ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

ТОМ 1

ОБСЄ Організація з безпеки та співробітництва в Європі
Координатор проектів в Україні

Міністерство соціальної політики України

УДК

Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.

Загальна редакція: Н. Пророк.

Колектив авторів: Наталія Пророк, Ольга Запорожець, Джошуа Креймеєр, Людмила Гридковець, Людмила Царенко, Олександр Ковальчук, Володимир Невмержицький, Лариса Кондратенко, Лідія Манилова, Оксана Чекстере, Тетяна Палієнко.

Загальне керівництво проектом: Л. Малогулко.

ISBN

У посібнику розглянуто питання організації психологічної допомоги різним верствам населення з метою подолання наслідків психотравми, представлено основні напрямки соціально-психологічної підтримки постраждалих внаслідок психотравмівних подій. Багато уваги зосереджено на загальних положеннях та принципах психологічної реабілітації, обґрунтовано необхідність використання світових стратегій для створення вітчизняної системи психологічної реабілітації. Для психологів, соціальних працівників, педагогів, волонтерів, капеланів, студентів і викладачів вищих навчальних закладів та всіх, хто цікавиться питаннями реабілітаційної психології.

ОБСЄ Організація з безпеки та співробітництва в Європі
Координатор проектів в Україні

Україна, 01030, Київ,
вул. Стрілецька, 16
www.osce.org/ukraine

Видано за підтримки Координатора проектів ОБСЄ в Україні. У цій публікації висловлено виключно погляди авторів. Вони не обов'язково збігаються з офіційною позицією Координатора проектів ОБСЄ в Україні.

Усі права захищені. Зміст цієї публікації може безкоштовно використовуватися для освітніх та інших некомерційних цілей за умови посилання на джерело інформації.

©ОБСЄ, 2018

ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:
ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

т. 1

ЗМІСТ

Вступ 5

Розділ 1. РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ В УМОВАХ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ (Людмила Гридковець) 7

1.1. Реабілітаційна психологія: мета, завдання, зв'язок з іншими дисциплінами 8

1.2. Організаційний аспект реабілітаційної психології 14

Запитання і завдання до розділу 1 20

Розділ 2. ПСИХОТРАВМІВНІ І КРИЗОВІ СИТУАЦІЇ 21

2.1. Типи психотравмівних ситуацій (Людмила Царенко) 22

2.2. Кризи життєвих втрат (Людмила Гридковець) 32

2.3. Травми пережитого насильства (Людмила Гридковець) 40

Запитання і завдання до розділу 2 43

Розділ 3. СВІТОВИЙ ДОСВІД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ, ЩО ПОСТРАЖДАЛО ВНАСЛІДОК ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ 45

3.1. Психологічна допомога постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій (Людмила Гридковець, Тетяна Палієнко) 46

3.2. Профілактика стресових розладів у військового персоналу міжнародних миротворчих місій (Олександр Ковальчук, Володимир Невмержицький) 55

3.3. Американський досвід психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам війни (Ольга Запорожець) 72

3.4. Психологічна допомога родинам військовослужбовців і ветеранів війни (Ольга Запорожець, Джошуа Креймеєр) 80

Запитання і завдання до розділу 3 83

Розділ 4. ДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ 85
(Наталія Пророк, Лариса Кондратенко, Лідія Манилова, Оксана Чекстере, Людмила Гридковець)

4.1. Базові принципи психодіагностики постраждалих осіб 86

4.2. Психодіагностика осіб, що пережили травмівну подію 89

4.3. Особливості посткризової психологічної діагностики дітей 94

4.4. Короткі характеристики психодіагностичних методик 99

Запитання і завдання до розділу 4 106

Глосарій (Людмила Царенко) 107

Додатки 123

Використані джерела 195

ВСТУП ДО ПЕРШОГО ТОМУ

В першому томі посібника «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи» висвітлено методологічні підходи до розгляду проблем реабілітаційної психології, питання організації в різних країнах світу психологічної реабілітації населення, що потерпає від травмівних ситуацій, і психодіагностичний інструментарій реабілітаційного процесу.

В **першому розділі «Реабілітаційна психологія в умовах екстремальних ситуацій»**: визначено поняття «реабілітаційна психологія»; розглянуто її місце в структурі психологічної науки і практики; описано дисциплінарні та галузеві зв'язки реабілітаційної психології як начально-практичної дисципліни; висвітлено мету і завдання реабілітаційної психології в сучасному світі. Зазначено, що у XXI столітті рамки науково-практичного інтересу реабілітаційної психології суттєво розширилися за рахунок таких дисциплін та напрямів, як: психологічна реабілітація, психологічна корекція, кризова психологія, психологія жертви, психологія травмівних подій (в тому числі психологія екстремальних ситуацій), психологія стресу тощо.

Другий розділ «Психотравмівні і кризові ситуації» починається підрозділом «Типи психотравмівних ситуацій», у якому: схарактеризовано основні психотравмівні ситуації; проаналізовано відмінності в тлумаченні психотравми як стану і як ситуації. Визначено типологію травмівних ситуацій; розглянуто поняття «монотравма», «мультитравма», «політравма», «повторювана травма». Проаналізовано і диференційовано різні поняття, які використовуються в реабілітаційній психології: «психотравма», «травмівний стрес», «емоційна травма»; «травмівна подія», «стресова подія», «стресова ситуація»; «психотравмівна ситуація», «екстремальна ситуація» і «надзвичайна ситуація». В цьому розділі також розглянуто особливості переживання криз життєвих втрат (підрозділ 2.2.). Втрати (соціальні, психічні, фізичні, духовні, матеріальні, психологічні, втрати рідних і близьких) розглядаються як важлива частина людського життя. Показано, що характер переживання криз життєвих втрат залежить від особистісних якостей людини та її стратегій «виживання» в екстремальних ситуаціях. У підрозділі 2.3. проаналізовано травми пережитого насильства, описано психологічний стан постраждалих від різних видів насильства (фізичного, духовного, сексуального).

У **третьому розділі «Світовий досвід психологічної допомоги населенню, постраждалому внаслідок психотравмівних ситуацій»** представлено аналіз практичного досвіду та особливостей психологічної реабілітації учасників бойових дій, ветеранів та членів їхніх сімей в різних країнах світу. Зазначено, що системи допомоги постраждалим від воєнних конфліктів, які створені в різних країнах, схожі між собою за принципами та підходами, спрямуванням на збереження й відновлення здоров'я людей. Описано моделі психологічної підготовки військовослужбовців збройних сил країн НАТО, які базуються на досягненнях

сучасної військової психології та педагогіки, враховують досвід використання військових підрозділів цих держав у закордонних місіях й особливості різних цільових груп військовослужбовців (підрозділ 3.2.). Аналізуючи американський досвід психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам війни (підрозділ 3.3.), авторка закцентувала увагу на етапах надання допомоги військовослужбовцям «до» та «після» травмівної події (запобігання стресовим розладам; перша психологічна допомога у випадку гострої стресової реакції; допомога військовослужбовцям у випадку розладів супутніх ПТСР та ін.).

У **четвертому розділі «Діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі»** описано психодіагностичні інструменти для проведення скринінгу і психологічної діагностики постраждалих від психотравмівних ситуацій. Розглянуто базові принципи психодіагностики осіб, постраждалих внаслідок психотравмівних ситуацій (безпеки, зацікавленості, мінімізації травми, відповідальності, конфіденційності, професіоналізму та професійної відповідальності, достатнього мінімуму, чіткого розуміння меж професійної компетентності) (підрозділ 4.1.). Описано особливості психодіагностики осіб, що пережили травмівну подію (підрозділ 4.2.). Зазначено, що вибір методик, які використовуються для психодіагностичного обстеження, визначається його завданнями (наприклад, проведення скринінгових процедур; постановка діагнозу; диференціальна психодіагностика; оцінка відповіді на попередні психологічні впливи; визначення ресурсів особистості тощо). Описано також посткризову психологічну діагностику дітей (підрозділ 4.3.). Представлено короткі характеристики психодіагностичних методик (підрозділ 4.4.), які подано в Додатках.

Розділ 1.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ В УМОВАХ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ

1.1. РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ: МЕТА, ЗАВДАННЯ, ЗВ'ЯЗОК З ІНШИМИ ДИСЦИПЛІНАМИ

Реабілітаційна психологія як окрема галузь науки виникла у 80-х роках XX століття (Koch, Lucius-Hoene & Stegie (1988) [3; 114], Witte (1988)). У багатьох університетах світу створено кафедри реабілітаційної психології і викладається відповідна дисципліна. Науково-теоретичний профіль реабілітаційної психології не має ще чітко визначених меж, але практичні напрацювання в цій галузі активно застосовуються у структурі всіх форм реабілітації, оскільки психологічна реабілітація є неодмінною частиною будь-якого виду реабілітаційної допомоги.

Впродовж століть люди, які зазнали духовних, душевних чи тілесних травм, часто відновлювалися (отримували духовну, психологічну, інколи, і фізичну реабілітацію) у численних монастирях. Якщо звернутися до історичних подій, що стали прапередумовами появи реабілітаційної психології, то треба передусім згадати перший державний досвід людства опіки над ветеранами – притулок для солдатів-ветеранів, який збудував Людовик XIV. Будівництво тривало протягом 1671–1706-х років. Паризький «Дім Інвалідів» [57; 21] став справжнім містом у мініатюрі, де жили за церковними правилами і військовою дисципліною. Якщо схарактеризувати «Дім Інвалідів» сучасною мовою, то там проводилася певна соціальна та духовна реабілітація, трудотерапія (працювали у швацькій, гобеленовій майстернях, розмальовували гравюри тощо), була сформована чітка ієрархічна система взаємин (майже 4000 ветеранів об´єднувалися в роти під керівництвом офіцерів); ветерани підтримували один одного, психологічну підтримку їм надавали командири й духовенство.

Термін «реабілітація» з'явився лише всередині XX сторіччя. В Англії та США після Другої світової війни було розроблено принципи реабілітації, які згодом стали основою концепцій реабілітації хворих та інвалідів у різних країнах світу. **Реабілітація** – це використання різних можливостей для зменшення впливу чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції (WHO). Тоді ж виникла така галузь науки і практики, як фізична й **реабілітаційна медицина** – незалежна лікарська медична спеціальність, спрямована на забезпечення фізичного й когнітивного функціонування (поведінки також), участі в суспільному житті (передусім якості життя) і модифікації особистісних чинників і чинників навколишнього середовища. Медичний реабілітолог відповідає за профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію осіб із клінічними та супутніми станами, що призводять до обмежень життєдіяльності для всіх вікових груп (White Book of PRM, 2006) [75; 143].

Визначення поняття «реабілітація» змінилося наприкінці XX століття.

РЕАБІЛІТАЦІЯ – ЦЕ СИСТЕМА ДЕРЖАВНИХ, СОЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ, ПРОФЕСІЙНИХ, ПЕДАГОГІЧНИХ, ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА ІНШИХ ЗАХОДІВ, СПРЯМОВАНИХ НА ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКОВІ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ, ЩО ПРИЗВОДЯТЬ ДО ТИМЧАСОВОЇ АБО СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ; НА ЕФЕКТИВНЕ І РАННЄ ПОВЕРНЕННЯ ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ (ДІТЕЙ І ДОРОСЛИХ) У СУСПІЛЬСТВО І ДО СУСПІЛЬНО КОРИСНОЇ ПРАЦІ.

Наприкінці XX сторіччя в державних документах різних країн (в Україні також) з'являються такі поняття, як:

- **нейрореабілітація** – система заходів у медицині, що стосується використання всіх засобів реабілітації для зменшення впливу станів ураження нервової системи, які обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та забезпечення відповідним особам можливості досягнути оптимальної соціальної інтеграції (WFNR);
- **психологічна реабілітація** – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психічного й особистісного здоров'я, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження людини;
- **психолого-педагогічна реабілітація** – система психологічних і педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями й навичками (які стосуються, зокрема, процесів: формування адекватної самооцінки своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки тощо) через системну навчально-виховну роботу;
- **соціальна реабілітація** – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності через соціально-довкільну орієнтацію та соціально-побутову адаптацію, соціальне обслуговування, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації;
- **професійна реабілітація** – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності в нових психо-соціально-фізичних умовах, що спонукають до відновлення чи здобуття професійної працездатності через адаптацію, реадаптацію, навчання, перенавчання чи перекваліфікацію з можливим подальшим працевлаштуванням і необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих здібностей та побажань особи.

Ці визначення змінюються і в науковому апараті, і в державних документах залежно від потреб конкретного суспільства та від того, яка проблематика досліджується.

В Україні реабілітаційні заклади створюють на основі державної, комунальної і приватної власності, а також шляхом об'єднання майна різних форм власності. Реабілітаційні заклади поділяють на типи, залежно від змісту реабілітаційних заходів. Це заклади:

- медичної реабілітації;
- медико-соціальної реабілітації;
- соціальної реабілітації;
- психологічної реабілітації;
- спеціалізованої реабілітації (нейрореабілітації, кардіо-пульмональної, травматолого-ортопедичної тощо);
- багаторівневої медичної реабілітації;
- психолого-педагогічної реабілітації;
- фізичної реабілітації;
- професійної реабілітації;
- трудової реабілітації;
- фізкультурно-спортивної реабілітації;
- превентивної медичної реабілітації;
- реабілітації учасників АТО/ ООС;
- реабілітаційні установи, де реалізуються різні типи реабілітації.

В Україні, як і в більшості інших країн, реабілітаційну психологію сприймали багато років лише в контексті розробок, спрямованих на психологічний супровід і реабілітацію осіб з різними вадами й, зокрема, в регуляції взаємин між неповносправною людиною і навколишнім світом, а також спортсменів, травмованих під час тренування чи змагань.

Сьогодні спектр науково-практичного зацікавлення реабілітаційною психологією суттєво розширився, увібравши в себе такі дисципліни та напрями, як: психологічна реабілітація, психологічна корекція, кризова психологія, психологія жертви, психологія травмівних подій (зокрема психологія екстремальних ситуацій), психологія стресу тощо.

Останніми роками багато наших співвітчизників набули досвіду переживання травмівних подій. Тому розвиток реабілітаційної психології цілком відповідає потребам суспільства. Стисло розглянемо місце реабілітаційної психології в структурі психологічної науки і практики.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ – ГАЛУЗЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ, В МЕЖАХ ЯКОЇ РОЗРОБЛЯЄТЬСЯ, ВПРОВАДЖУЄТЬСЯ Й ОРГАНІЗОВУЄТЬСЯ СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДИНИ, ЩО ЗАЗНАЛА ТРАВМІВНОГО ВПЛИВУ, ДЛЯ СТАБІЛІЗАЦІЇ АБО ВІДНОВЛЕННЯ ЇЇ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я, ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА СТВОРЕННЯ УМОВ ДЛЯ ГАРМОНІЗАЦІЇ ПСИХІЧНОГО, ПСИХОЛОГІЧНОГО, ДУХОВНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ [15].

Як навчально-практична дисципліна «реабілітаційна психологія» має такі дисциплінарні та галузеві зв'язки (*див. рис. 1.1*):

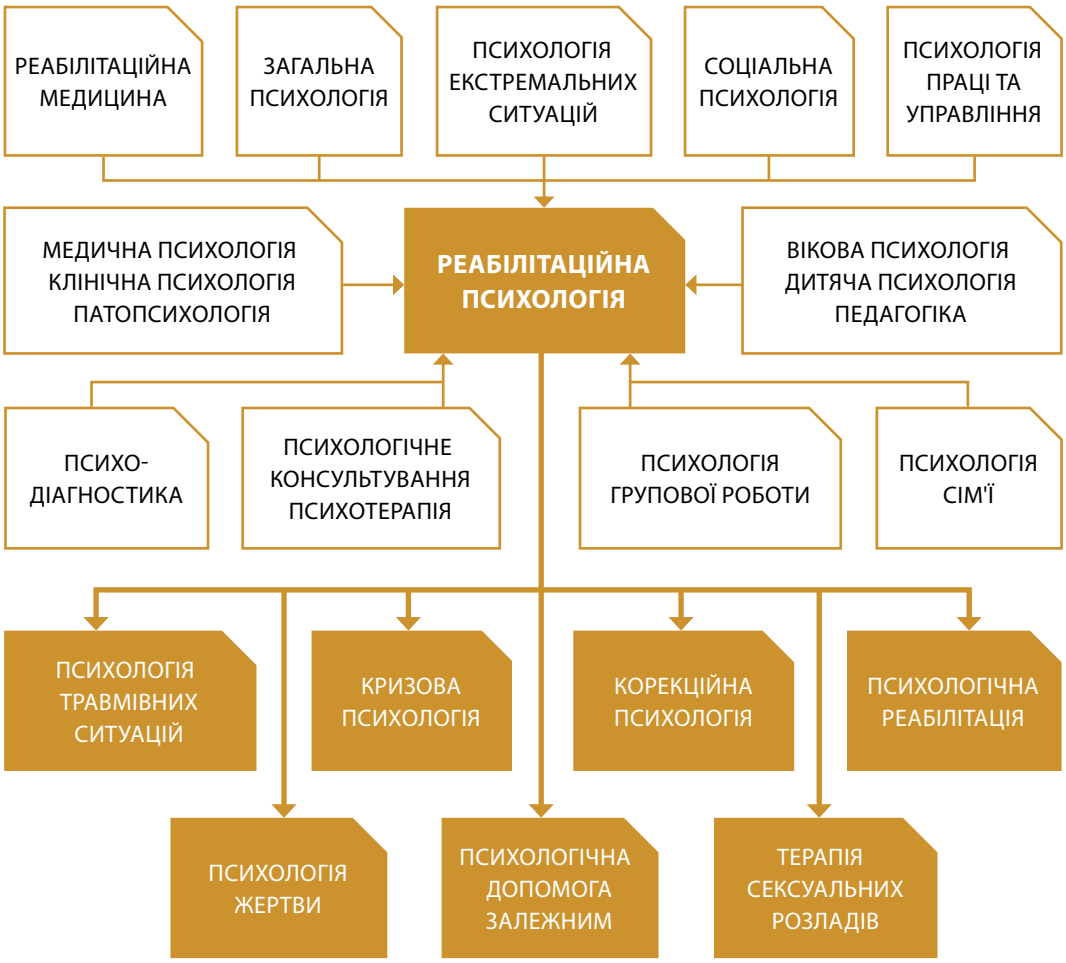


Рис. 1.1. **Реабілітаційна психологія в структурі галузевих взаємозв'язків**

Реабілітаційна психологія як навчальна дисципліна [16] – це інтегративна дисципліна, що базується на наукових дослідженнях загальної, соціальної, клінічної, вікової, педагогічної галузей психології, а також психології екстремальних ситуацій, реабілітаційної медицини, психології девіантної поведінки тощо.

Знання реабілітаційної психології можна застосовувати у вивченні таких дисциплін, як корекційна психологія, психологія травмівних ситуацій, кризова психологія, психологічна реабілітація, психологія жертви, психологічна допомога залежним, терапія сексуальних розладів тощо.

Реабілітаційна психологія також важлива в організації і наданні психологічної допомоги різним верствам населення, зокрема особам, що пережили екстремальні, надзвичайні ситуації та психотравмівні події; особам із прогнозованою та наявною інвалідністю; особам із психічними порушеннями та девіантною поведінкою тощо. Організаційні засади реабілітаційної психології базуються на положеннях психології праці та управління, організаційної психології, медичної психології.

Завдання реабілітаційної психології:

- ефективна організація реабілітаційного процесу особистості (групи);
- визначення етапів і послідовності надання психологічної допомоги особистості чи цільовій групі відповідно до специфіки їхнього травмівного досвіду;
- добір оптимальних для особистості (групи) психологічних реабілітаційних заходів;
- організація та здійснення супервізійних заходів надавачам психологічних послуг тощо.

Реабілітаційна психологія також сприяє:

- **пропаганді здорового способу життя**, зміцненню психічного здоров'я і підвищенню добробуту окремих осіб і громадськості/суспільства загалом, оскільки скерована на своєчасну реабілітацію, формує мотивацію на посткризове зростання та досягнення добробуту;
- **запобіганню погіршенню психічного здоров'я в осіб**, що належать до групи ризику через особливості їхньої професійної діяльності та досвід (військові, медики, що перебувають чи перебували в зоні воєнних дій) чи служіння, пов'язаного з екстремальними чи надзвичайними ситуаціями – (волонтери, капелани), через проблеми з перебуванням у зоні надзвичайних чи екстремальних ситуацій (у минулому, теперішньому чи майбутньому);

- **здійсненню втручання/терапії** для відновлення цілісного та якісного функціонування психічних функцій, психічних процесів і психологічних індивідуально-особистісних показників; максимізації функцій організму та відновлення сил; зведення до мінімуму терміну непрацездатності; підвищення якості життя, психологічного забезпечення незалежного способу життя і працездатності окремих осіб і груп з обмеженими руховими функціями, що виникли в результаті вроджених чи набутих вад, функціональних обмежень та неповносправності;
- **зміні довкілля, домашнього і робочого простору** й особистісного сприймання людиною цього простору для забезпечення безперешкодної і повноправної її участі в житті сім'ї, суспільства та професійній реалізації; психологічну допомогу членам сім'ї, щоб адаптувати їх до умов співжиття і взаємодії з особою з особливими потребами.

1.2. ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ АСПЕКТ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Заходи з психологічної реабілітації людини, що зазнала травмівного впливу і переживає посттравматичні стресові та супутні розлади, реалізують підготовлені фахівці. Свою діяльність вони організують згідно нормативно-правових актів та правил прийнятих у межах професійної спільноти.

Реабілітаційні заходи спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного, психологічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство.

Залежно від того, хто отримує послуги з психологічної реабілітації та якого виду реабілітації потребує, до реабілітаційного процесу залучаються фахівці, які отримали освіту насамперед за такими освітніми кваліфікаційними спеціальностями:

- **01 Освіта/Педагогіка** (Освітні, педагогічні науки (011). Дошкільна освіта (012). Початкова освіта (013). Середня освіта (за предметними спеціальностями) (014). Професійна освіта (за спеціалізаціями) (015). Спеціальна освіта (016). Фізична культура і спорт(017));
- **02 Культура і мистецтво** (Образотворче мистецтво, декоративне мистецтво (023). Музичне мистецтво (025). Сценічне мистецтво тощо (026));
- **03 Гуманітарні науки** (Релігієзнавство (031), Культурологія (034));
- **04 Богослов'я** (Богослов'я (041));
- **05 Соціальні та поведінкові науки** (Психологія (053));
- **22 Охорона здоров'я** (Медицина (222). Медична психологія (225). Фізична терапія та ерготерапія (227). Педіатрія (228). Громадське здоров'я (229));
- **23 Соціальна робота** (Соціальна робота (231), Соціальне забезпечення (232)).

Фахівці перелічених спеціальностей, що пройшли додаткову підготовку, опанували відповідні знання та навички з галузі реабілітаційної психології, мають забезпечувати широкий спектр реабілітаційних послуг населенню.

Організаційна складова реабілітаційного процесу забезпечується фахівцями з кваліфікаційними рівнями підготовки за такими спеціальностями:

- **02 Культура і мистецтво** (Менеджмент соціокультурної діяльності (028));
- **05 Соціальні та поведінкові науки** (Психологія (053));
- **07 Управління та адміністрування** (Облік і оподаткування (071), Менеджмент (073));

- **08 Право** (Право (081));
- **22 Медицина** (Медична психологія (225), Громадське здоров'я (229));
- **23 Соціальна робота** (Соціальна робота (231), Соціальне забезпечення (232));
- **28 Публічне управління та адміністрування** (Публічне управління та адміністрування (281)).

За організаційний спектр реалізації завдань реабілітаційної психології відповідають фахівці, що забезпечують менеджмент реабілітаційних процесів, законодавче та правове забезпечення цих процесів на різних державних, громадських та соціальних рівнях.

Реабілітаційна психологія є базовою для діяльності мультидисциплінарної команди з реабілітації різних верств населення, що потребує реабілітації внаслідок травмування (психологічного, фізичного, духовного, з одного боку, вродженого чи набутого – з іншого боку).

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА – ЦЕ ГРУПА ФАХІВЦІВ ІЗ РЕАБІЛІТАЦІЇ (ЛІКАРІ, СПЕЦІАЛІСТИ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ, ПЕДАГОГИ, ПСИХОЛОГИ, СОЦІАЛЬНІ ПРАЦІВНИКИ, КАПЕЛАНИ ТА ІН.), ЯКІ ТРИВАЛИЙ ЧАС ПРАЦЮЮТЬ РАЗОМ І НАДАЮТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПОСЛУГИ ОСОБІ (ЧИ ГРУПІ ЛЮДЕЙ), ЩО ПОТРЕБУЮТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ, У ПАРАЛЕЛЬНОМУ РЕЖИМІ ВІДПОВІДНО ДО ЛІМІТОВАНИХ У ЧАСІ ЦІЛЕЙ ТА ЗАВДАНЬ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДНОВЛЕННЯ АБО КОМПЕНСАЦІЇ НАЯВНИХ ОБМЕЖЕНЬ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ.

В Україні процес психологічної реабілітації регулюється низкою нормативно-правових актів.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ, ЯКІ РЕГУЛЮЮТЬ ПРОЦЕС ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ЗАКОНИ УКРАЇНИ

- Про соціальні послуги (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, N 45, ст.358) (із змінами 2004-2017 р (Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги). – https://xn--80aagahqwyibe8an.com/ukrajiny-zakony/zakon-ukrajini-pro-sotsialni-poslugi-vidomosti-2003-1017.html

- Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні (Назва Закону зі змінами, внесеними згідно із Законом N 2249-VIII (2249-19) від 19.12.2017). – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15
- Закон України Про освіту (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 38-39, ст.380). – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19
- Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143) (Із змінами, 2013с. – 2018 р.р.). – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14
- Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». – https://zakon.rada.gov.ua/go/2011-12
- Закон України "Про запобігання та протидію домашньому насильству" (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.35). – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#n231

ПОСТАНОВИ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ

- Про затвердження Положення про центр розвитку дитини/ Постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 05.10.2009 № 1124 – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2009-%D0%BF
- Про внесення змін до Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей/ Постанова Кабінету Міністрів України від 21. 11. 2012 № 1128. – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1128-2012-%D0%BF
- Постанова Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2016 року № 528 «Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості проїзду учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності до суб'єктів надання послуг для проходження психологічної реабілітації та назад». – https://zakon.rada.gov.ua/go/528-2016-п
- Постанова Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 року № 497 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності». – https://zakon.rada.gov.ua/go/497-2017-п
- Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності». – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-п

- Про затвердження Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року / Постанова Кабінету Міністрів України; Програма, Паспорт, Заходи від 05.12.2018 № 1021. – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2018-%D0%BF
- Про затвердження Типового положення про мобільну бригаду соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі. Постанова Кабінету Міністрів України; Положення від 22.08.2018 № 654. – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/654-2018-%D0%BF
- Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року Розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 27.12.2017 № 1018-р. – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80
- Про схвалення Концепції Державної соціальної програми запобігання та протидії домашньому насильству та насильству за ознакою статі на період до 2023 року / Розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 10.10.2018 № 728-р – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/728-2018-%D1%80

НАКАЗИ МІНІСТЕРСТВ УКРАЇНИ

- Про внесення змін до Положення про психологічну службу системи освіти України/ МОН України; Наказ, Положення, Нормативи від 02.07.2009 № 616. Зареєстровано: Мін'юст України від 23.07.2009 № 687/16703. – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0687-09
- Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати / Мінсоцполітики України; Наказ, Перелік від 03.09.2012 № 537.Зареєстровано: Мін'юст України від 19.09.2012 № 1614/21926 (з доповненнями 2017 р.). – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1614-12
- Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати / Мінсоцполітики України; Наказ, Перелік від 03.09.2012 № 537.Зареєстровано: Мін'юст України від 19.09.2012 № 1614/21926 (з доповненнями 2017 р.). – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1614-12

- Про організацію соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими / Наказ Міністерства юстиції України; Положення, Форма типового документа, Журнал від 04.11.2013 № 2300/5. Зареєстровано: Мін'юст України від 04.11.2013 № 1863/24395 – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1863-13
- Про затвердження Методичних рекомендацій щодо проведення супервізії у соціальних службах / Міністерство соціальної політики України. Наказ від 5 січня 2015 року N 5 – https://zakon.rada.gov.ua/go/v0005739-15
- Про затвердження Державного стандарту соціальної адаптації/ Мінсоцполітики України; Наказ, Стандарт, Картка, Форма типового документа, План, Заходи від 18.05.2015 № 514. Зареєстровано: Мін'юст України від 05.06.2015 № 665/27110 – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0665-15
- Про затвердження Положення про службу військового духовенства (капеланську службу) у Національній гвардії України / МВС України; Наказ, Положення від 24.03.2016 № 205. Зареєстровано: Мін'юст України від 14.04.2016 № 557/28687 – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0557-16
- Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги кризового та екстреного втручання / Мінсоцполітики України; Наказ, Стандарт, Журнал, Форма типового документа, Акт від 01.07.2016 № 716. Зареєстровано: Мін'юст України від 20.07.2016 № 990/29120 – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0990-16
- Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України / Міноборони України; Наказ, Інструкція від 04.11.2016 № 591. Зареєстровано: Мін'юст України від 28.11.2016 № 1538/29668 – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16
- Про затвердження Змін до Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати/ Мінсоцполітики України. Наказ від 14.04.2017 № 626. Зареєстровано: Мін'юст України від 15.05.2017 № 615/3043 – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0615-17
- Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності / Наказ Міністерства соціальної політики від 01.06.2018 № 810. – https://zakon.rada.gov.ua/go/z0723-18

- Про встановлення граничної вартості послуг із психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності у 2018 році / Наказ Міністерства соціальної політики від 26.04.2018 № 591. – https://zakon.rada.gov.ua/go/z0558-18
- Про затвердження Вимог до суб'єктів надання послуг із психологічної реабілітації та форми акта наданих послуг із психологічної реабілітації за рахунок бюджетних коштів / Наказ Міністерства соціальної політики від 27.04.2018 № 597. – https://zakon.rada.gov.ua/go/z0554-18
- Про затвердження примірного договору про надання послуг із психологічної реабілітації / Наказ Міністерства соціальної політики від 27.04.2018 № 598. – dsvv.gov.ua/.../ministerstvom-sotsialnoji-polityky-vydano-nakazy-stosovno-psyholoh...
- Про затвердження Положення про психологічну службу у системі освіти України / МОН України; Наказ, Положення від 22.05.2018 № 509. Зареєстровано: Мін'юст України від 31.07.2018 № 885/32337. – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0885-18

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 1

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Що, на вашу думку, треба змінити в довкіллі, в робочому просторі, щоб забезпечити безперешкодну й повноправну участь осіб з інвалідністю в житті суспільства та їхню професійну реалізацію?
2. Які, на вашу думку, заходи найважливіші в організації і наданні психологічної допомоги особам, що пережили екстремальні, надзвичайні ситуації та психотравмівні події?
3. Поміркуйте над тим, на яких саме наукових дослідженнях загальної і соціальної психології ґрунтується реабілітаційна психологія як інтегративна дисципліна?

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Коли з'явився термін «реабілітація»?
2. Коли виникла галузь науки і практики – «фізична й реабілітаційна медицина»?
3. Дайте визначення поняття «реабілітаційна психологія».

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Створіть порівняльну таблицю щодо змісту систем заходів таких видів реабілітації, як нейрореабілітація, психологічна реабілітація, психолого-педагогічна реабілітація, соціальна реабілітація, професійна реабілітація.

Розділ 2.

ПСИХОТРАВМІВНІ І КРИЗОВІ СИТУАЦІЇ

2.1. ТИПИ ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ

Питання психотравми як відносно самостійного психічного і психологічного феномену вивчали такі дослідники, як Б. Колодзін, Д. Калшед, П. Левін, Дженей і Баррі Уайнхолд, Е. Фредерик, Л. Бурбо, Н. Пезешкіан, А. Єрмошин, Н. Тарабріна та ін. В Україні інтерес до цієї проблеми різко зріс після 2013 року: з'явилася низка зарубіжних публікацій [4; 11; 24 та ін.], в яких систематизовано найновіший досвід подолання наслідків психотравми; зросла кількість робіт вітчизняних дослідників, серед яких публікації О. Романчука, З. Кісарчук, Т. Титаренко, В. Климчука, П. Горностая, А. Карачевського, Г. Лазос, Я. Омельченко, Л. Гребінь, Н. Журавльової, Л. Царенко, О. Вознесенської, М. Сидоркіної, В. Горбунової та ін.

У різних джерелах по-різному тлумачиться поняття «психотравма». Виділяють **«психічну»** і **«психологічну»** травми [65, 68]. За умови психічної травми спостерігаються помітні порушення нормального функціонування психіки. А якщо це травма психологічна, то таких порушень не буде, проте суттєво зміняться базові переконання і цінності людини. У випадку психічної травми події загрожують життю людини, а у випадку психологічної – події є загрозливими для особистості (чи такі, що інтерпретуються як загрозливі): втрата домівки, роботи, місця проживання, свободи (наприклад, у випадку ув'язнення); подружня зрада, приниження людської гідності (цькування в школі чи психологічне насильства в сім'ї) тощо. Такі події змінюють усталений спосіб життя та особистісну цілісність людини. Результатом пережитого може бути дистрес (виснаження), криза або важкий емоційний стрес. За цих умов зміни психічного стану суттєво відрізняються від змін у випадку психічної травми.

Часто визначення терміна **«психотравма»** (як синонім у літературі вживається ще й термін «травмівний стрес») схожі на визначення **стресу** (подія [31], що несе додаткове навантаження на людину):

а) **психотравма** [68] – незвичайна подія, яка здатна спричинити важкий психологічний стрес, що супроводжується почуттям жаху, страху та безпорадності;

б) **психотравма** – це зовнішні подразники, що діють на індивіда болісно й патогенно, викликають переживання і страждання.

Незважаючи на подібність визначень переживання стресу і психотравми відрізняються. На цю відмінність указує Н. Тарабріна [*цит*. за 12]. Згідно з сучасними уявленнями про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стає порушення у психічній сфері людини аналогічне з порушеннями в соматичних процесах. Стресором у таких випадках стає травмівна подія.

ТРАВМІВНА ПОДІЯ ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ РАПТОВІСТЮ, РУЙНІВНОЮ СИЛОЮ, ІНТЕНСИВНІСТЮ; ЧАСТО ПОВ'ЯЗАНА З ФАКТОМ АБО ЗАГРОЗОЮ СМЕРТІ, СЕРЙОЗНОГО ТІЛЕСНОГО УШКОДЖЕННЯ ЧИ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА; НЕСЕ ЛЮДИНІ АБСОЛЮТНО НОВУ ІНФОРМАЦІЮ, ЯКУ НЕОБХІДНО ІНТЕГРУВАТИ В ПОПЕРЕДНІЙ ЖИТТЄВИЙ ДОСВІД.

Отже, у випадку травмівних подій людина «зустрічається з фізичною смертю», такі події можуть загрожувати життю чи фізичній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства. Такі події з великою ймовірністю призведуть до **психічної травми**.

Ця особливість відображена у п'ятому виданні (DSM-5; Американська психіатрична асоціація [APA], 2013) [4], де **психотравма** визначається як «експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів: (1) безпосереднє переживання травмівної події (-ій); (2) перебування свідком подій, які трапилися з іншими; (3) знання того, що травмівна подія (-ії) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другові, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою; (4) переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (-ій), наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки. (Експозиція – безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання).

Дослідники розглядають психотравму і як стан, і як ситуацію чи подію (психотравмівна ситуація чи психотравмівна подія).

Психотравма (як стан) [*цит.* за 61] – переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання. Цей стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності й втрати контролю, когнітивними змінами і змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади. На фізіологічному рівні змінюється біохімічна рівновага (чим пояснюються ефект знеболення, надмірне збудження, амнезія, зниження імунітету, виснаження тощо); змінюється робота мозку – блокується міжпівкульна синаптична передача. Інакше функціонують нейрони кори головного мозку, внаслідок чого страждають насамперед мозкові зони, пов'язані з контролем агресивності та циклом сну [11; 31].

І в зарубіжній, і у вітчизняній літературі більше зосереджуються на вивченні психотравми як стану, спричиненого травмівною подією/ситуацією. У цьому розділі ми коротко розглянемо характеристики психотравми як ситуації/ події і визначимо типологію травмівних подій.

Одне з визначень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – стійка реакція на **травмівну подію**. Проте в МКХ-10 [31] першим критерієм для постановки діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» є перебування в **травмівній ситуації**: «Короткочасне або тривале перебування особи в надзвичайно загрозливій або катастрофічній ситуації, що здатна викликати відчуття глибокого розпачу».

У найширшому значенні психотравма – це реакція особистості на психотравмівні події, такі як війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насильства, важкі захворювання, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо.

Психотравма (як ситуація/подія) – це будь-яка особисто значуща ситуація/подія, що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може, у випадку недостатності захисних психологічних механізмів, зумовити психічні розлади [58].

ТИПИ ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ

Відмінність між поняттями «подія» і «ситуація» полягає в тому, що коли йдеться про ситуацію, то розглядають взаємовплив особистості й середовища, і провідна роль тут відводиться **суб'єктивним чинникам**: переживанню і розумінню ситуації людиною, ставлення до неї, а в події зауважують насамперед **зовнішні чинники**.

Подія [9]:

- те, що відбувалося або відбулося, сталося;
- явище, факт суспільного або особистого життя;
- сукупність пов'язаних між собою явищ, фактів суспільного життя (зазвичай, важливих, значних), які є ніби єдиним цілим;
- те, що порушує усталений, звичний хід життя;
- щось важливе, видатне;
- що-небудь непередбачене, несподіване; пригода.

Найважливіші характеристики травмівної події: несподівана, неочікувана, приголомшлива. Така подія виходить за межі звичайного досвіду людини. Це може бути аварія, пожежа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини тощо.

Зазвичай, таку травмівну подію називають **монотравмою** на відміну від **мультитравми** [49], коли одночасно людина піддається впливу кількох травмівних подій (наприклад, у зоні воєнного конфлікту – отримана контузія від вибуху, і від цього ж вибуху загинув товариш). Близькими до поняття мультитравма є поняття **політравма** (множинна, поєднана,

комбінована травма). Ці визначення – «монотравма», «мультитравма», «політравма» – запозичені з медичної термінології.

Політравми особливо важкі, супроводжуються суттєвим розладом життєво важливих функцій організму, труднощами діагностики, складністю лікування, високим відсотком інвалідності, високим рівнем смертності.

До комбінованих травм (політравм) призводять різні травмувальні чинники, що діють не обов'язково одночасно. Деякі характеристики множинних травм, прийняті в медицині, можна застосувати і для опису наслідків комбінованих психотравм та мультитравм.

Політравми характеризуються такими особливостями [49]:

- синдромом взаємного обтяження – реакцією на множинну травму часто буває шоковий стан, важче переживаються травмівні ситуації, гірший прогноз;
- поєднання травм утруднює терапевтичний процес;
- частіше розвиваються супутні розлади та важкі ускладнення;
- спостерігається нечіткість симптоматики, що спричиняє діагностичні помилки.

Отже, наслідки політравми/мультитравми (кількох травмівних подій, що діють одночасно або через короткий час) завжди будуть важчі, ніж наслідки монотравми (однієї травмівної події).

Інше смислове навантаження (порівняно з визначенням «політравма») закладено в понятті «повторювана травма» – ситуація пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо. Це поняття характеризує травмівну життєву ситуацію, в якій часто повторюються схожі події. Працюючи з наслідками повторюваної травми, вибирають найбільш інтенсивні, останні (чи перші) за часом або найбільш значущі для постраждалої людини. А якщо це політравмівна ситуація, то травмівні події – різні, і працювати потрібно з кожною.

ТИПИ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЙ

Життєва ситуація особистості [39] – це сукупність обставин життєдіяльності, які безпосередньо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, зумовлюючи зміст та напрям індивідуального розвитку.

Ситуація [9] як психологічна одиниця аналізу потреб і діяльності людини є інтегральною характеристикою відповідності можливостей (професійної підготовки, особистісної готовності і психічного здоров'я) щодо характеру завдань і проблем, що їх має розв'язувати людина в конкретних природно-кліматичних, часових, соціально-політичних, групових умовах (*див. рис. 2.1*).



Рис. 2.1. **Складники життєвої ситуації**

Ресурс **психічного здоров'я** людини може бути:

- оптимальним;
- середнім;
- низьким;
- аномальним (психічне нездоров'я, хвороба, порушення особистісної цілісності).

На переживання ситуації чи події впливають **особистісні характеристики людини**. Зокрема, здатність адаптуватися до ситуації, що визначається підготовкою (професійною); попереднім досвідом перебування в складних ситуаціях і досвідом позитивного розв'язання проблем пов'язаних із цим перебуванням; стресостійкість та психологічна пружність (*psychological resilience*). Проблеми з адаптацією виражаються в неадекватному реагуванні на те, що відбувається – агресивності, дратівливості чи тривожності, апатії, відчуженості тощо; зловживанні психоактивними речовинами для зняття емоційного напруження тощо.

Особистісні характеристики, що залежать від **історії попереднього життя людини** [4]: наявність у минулому психічних розладів чи схильності до таких; проблеми з фізичним здоров'ям; зловживання потерпілого чи його батьків психоактивними речовинами; особистий досвід (чи відсутність) перебування в екстремальних ситуаціях; досвід позитивного розв'язання проблем і недостатня готовність/підготовка (брак необхідних

знань, умінь та навичок); численні психічні травми в минулому, зокрема травми розвитку (від зачаття до 7 років) тощо.

Виділяють [9] **чотири типи життєвих ситуацій** відповідно рівня їхньої суб'єктивної складності та впливу на психічне здоров'я.

1. **Комфортні ситуації**, що потребують мінімальних енергетичних витрат. Це ситуації, в яких задовольняються актуальні потреби, і людина відновлюється від втоми, виснаження.

2. **Проблемні, повсякденно-життєві ситуації**. Розв'язання проблем вимагає вибіркової активності, психічного і фізичного напруження. Проблемні ситуації є стресовими. Особистісні характеристики людини та соціальні чинники визначають, як завершиться ситуація – дистресом чи адаптацією й особистісним зростанням. Якщо не вдається адаптуватися до ситуації через збільшення втоми, розчарування, погіршення умов тощо, то психічні ресурси зменшуються, людина виснажується. За умови сприятливого вирішення ситуації і цілеспрямованого подолання проблем психічне здоров'я поліпшується.

3. **Важкі ситуації** (екстремальні, надзвичайні) пов'язані з великими енергетичними навантаженнями на людину через вплив різних чинників: небезпеки, несподіваності, невизначеності, новизни; високої інтелектуальної або/і психофізичної складності; необхідності поєднувати кілька видів діяльності й виконувати декілька завдань; негативного групового впливу; несприятливих природно-кліматичних і часових впливів; смислових розбіжностей або девальвації колишніх базових смислів і цінностей тощо.

Психічні ресурси у важких ситуаціях виснажуються пропорційно зростанню втоми, фізичному та психічному травмуванню; й обернено пропорційно стосовно професійної підготовленості й готовності до виконання завдань завдяки сформованості базових психофізичних якостей, вмінню довільно входити в оптимальний стан і відновлюватися.

Виділяють [39; 65; 6] чотири типи важких життєвих ситуацій: стрес, фрустрація, конфлікт і криза.

Стрес (англ. stress – напруження) – неспецифічна реакція організму на ситуацію (емоційний стрес – захисна реакція організму спрямована на захист від впливу психічних чинників, що викликають сильні емоції). Стресовими можна вважати ситуації, що вимагають більшої або меншої функціональної перебудови організму, відповідної адаптації.

Фрустрація (лат. frustratio – обман, марне очікування, розлад) [65] – стан, спричинений великою вмотивованістю для досягнення мети та задоволення потреб і перепоною, що перешкоджає досягнення бажаного. Перешкодами на шляху до мети можуть виявитися

зовнішні та внутрішні чинники: фізичні (позбавлення волі), біологічні (хвороба, старіння), психологічні (страх, інтелектуальна недостатність), соціокультурні (норми, правила, заборони), матеріальні (гроші) тощо.

Конфлікт (лат. conflictus — сутичка) [38] – особливо гострий, такий, що виходить за межі правил і норм, спосіб розв'язання суперечностей в інтересах, цілях, поглядах. Проявляється в процесі соціальної взаємодії, полягає у протидії учасників цієї взаємодії, зазвичай, супроводжується негативними емоціями.

Криза [6, 39, 65] – це:

а) «повний небезпеки шанс», надзвичайна загрозлива ситуація, в якій необхідно діяти;

б) поворотний пункт життєвого шляху, що виникає в ситуації неможливості реалізувати намічений життєвий задум;

в) вкрай складна, важка та небезпечна ситуація, що «породжує дефіцит смислу в подальшому житті людини», коли неможливо реалізувати свої прагнення, мотиви, мету і цінності – все те, що може бути викликане внутрішньою необхідністю;

г) стан, породжений проблемою, якої не можна уникнути і яку не можливо розв'язати за короткий час і звичним способом;

д) стан, спричинений накопиченням нерозв'язаних життєво важливих проблем, суперечностей або подій, що призводить до втрати сенсу попереднього стилю життя, поведінки й діяльності.

Кризовими можуть стати ситуації фрустрації, конфлікту. Кризові ситуації можуть розвиватися на фоні дистресу, що переживається як горе, нещастя, виснаження сил і супроводжується порушенням адаптації, контролю, перешкоджає самоактуалізації особистості.

Всі кризові ситуації [65] І. Албегова поділяє на два типи: серйозні потрясіння та власне кризи. У першому випадку в людини є шанс повернутися до колишнього рівня життя (наприклад, у ситуації безробіття). А в другому – ситуація безповоротно перекреслює життєві задуми, залишаючи єдиним виходом модифікацію собистості та сенсу її життя.

Травмівна подія, що переживається на фоні дистресу, фрустрації, конфлікту чи кризи з більшою ймовірністю призведе до розвитку посттравматчних стресових та супутніх розладів, ніж у випадку комфортної ситуації.

4. **Гіперекстремальні ситуації**, пов'язані з навантаженнями, що перевищують адаптаційно-компенсаторні можливості психіки й організму та супроводжуються руйнуванням психічного здоров'я. Гіперекстремальні ситуації завжди травмівні для кожного, хто їх переживає. А екстремальні (важкі) та надзвичайні можуть такими стати залежно від особистісної готовності, рівня підготовки та психічного здоров'я людини.

Поняття «екстремальна» і «надзвичайна» ситуація часто вживаються як синонімічні. У психологічній літературі інтерес до вивчення цих ситуацій і, зокрема, питань їхньої відмінності, з'явився ще наприкінці XX століття, адже в цей час, як зазначено в довіднику практичного психолога «Екстремальні ситуації» [23; 2] «… сталася дуже багато лих і катастроф, світ буквально захлинається від епідемії терористичних актів. Проте поняття екстремальних, кризових і надзвичайних ситуацій ще не отримали вичерпного визначення».

Втім у цьому ж довіднику зазначені поняття вживаються як синонімічні. Тут зазначається: «*надзвичайні ситуації* набувають в сучасних соціально-політичних умовах усе більшого поширення. Дедалі частіше діти й дорослі переживають ситуації техногенних катастроф, стихійних лих, піддаються насильству, стають заручниками. Тому інтерес до психології екстремальних ситуацій у сучасному світі неухильно зростає».

Сукупність надзвичайних і екстремальних ситуацій називають небезпечними ситуаціями. У цих поняттях багато спільного, проте є і суттєві відмінності, на які треба зважати, організовуючи психологічний супровід.

Слово «надзвичайний» тлумачиться як «винятковий, дуже великий, що перевершує все». **Надзвичайна ситуація** [51] – це обстановка на певній території, яка склалася в результаті аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного або іншого лиха, що може призвести до людських жертв, шкоди здоров'ю людей або довкіллю, до значних матеріальних втрат і порушень умов життєдіяльності людей. Надзвичайні ситуації – це масштабні небезпечні та екстремальні ситуації, що загрожують тяжкими наслідками.

Екстремальна ситуація (*від лат. extremus – крайній*) [51] тлумачиться як сукупність умов і обставин, що виходять за рамки звичайних, які ускладнюють або роблять неможливою життєдіяльність індивідів або соціальних груп. Екстремальні ситуації – це особливо складні небезпечні ситуації, коли збігаються кілька несприятливих для людини умов і чинники ризику. Екстремальні ситуації, зазвичай, вимагають для захисту життя і здоров'я людини напруження всіх її фізичних і духовних сил.

Поняття екстремальна й надзвичайна ситуація використовуються для відображення впливу на людину небезпечних і шкідливих чинників, що призвели до нещасного випадку або здійснюють надмірний негативний емоційно-психологічний вплив.

Проте найсуттєвішою відмінністю між зазначеними поняттями є визначення джерела травмування. **Надзвичайні ситуації** [51; 23] є наслідками аварій, небезпечних природних явищ, стихійних чи техногенних катастроф, які можуть призвести до людських жертв, шкоди здоров'ю людей, значних матеріальних втрат і порушень умов життєдіяльності людей. А джерелом травмування в екстремальній ситуації – є людина чи суспільство.

КОНФЛІКТНУ СИТУАЦІЮ НА СХОДІ УКРАЇНИ МОЖНА ВВАЖАТИ **ЕКСТРЕМАЛЬНОЮ** [51; 23], ТОБТО ТАКОЮ, ЩО ВИХОДИТЬ ЗА МЕЖІ ЗВИЧАЙНОГО, «НОРМАЛЬНОГО ЛЮДСЬКОГО ДОСВІДУ». А ДЛЯ ОКРЕМИХ ГРУП УКРАЇНЦІВ ЦЯ СИТУАЦІЯ Є **ГІПЕРЕКСТРЕМАЛЬНОЮ**, ВНУТРІШНІ НАВАНТАЖЕННЯ, ЯКІ ВОНА ВИКЛИКАЄ, ЧАСТО ПЕРЕВИЩУЮТЬ ЛЮДСЬКІ МОЖЛИВОСТІ, РУЙНУЮТЬ ЗВИЧНУ ПОВЕДІНКУ І ДІЇ, МОЖУТЬ СПРИЧИНЯТИ НЕБЕЗПЕЧНІ НАСЛІДКИ. ГІПЕРЕКСТРЕМАЛЬНИМИ МОЖНА ВВАЖАТИ НЕСПОДІВАНУ ВТРАТУ БЛИЗЬКОЇ ЛЮДИНИ, ПОЛОН, ТОРТУРИ, НАСИЛЬСТВО (ОСОБЛИВО, ЯКЩО Є ЗАГРОЗА ЖИТТЮ ЧИ ЦІЛІСНОСТІ), ПРИСУТНІСТЬ ПРИ ЗАГИБЕЛІ ЧИ ТРАМУВАННІ ТОЩО.

Боротьба зі стихією й техногенними катастрофами об'єднує громаду. А в екстремальній ситуації джерелом травмування є суспільство, тому постраждалі часто втрачають довіру до людей.

У межах екстремальної ситуації на Сході України часто трапляються й надзвичайні ситуації чи події (транспортні аварії, пожежі, руйнування житла тощо). Окремо виділяють **воєнні надзвичайні ситуації** внаслідок застосування сучасних засобів ураження (ядерна, хімічна, біологічна зброя), що призводять до загибелі людей, тварин і рослин, руйнування і пошкодження об'єктів народного господарства, елементів навколишнього природного середовища.

За масштабами [2] надзвичайні та екстремальні ситуації поділяють на:

- загальнодержавні;
- регіональні;
- місцеві;
- об'єктові.

Психотравми в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій називають колективними. **Колективна травма** [34] – це психічна травма, яку отримала група людей будь-якого розміру, аж до цілого суспільства, внаслідок соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи або злочинних дій політичних чи інших соціальних суб'єктів.

Причини колективних травм:

- війни;
- геноцид у різних виявах (в Україні це Голодомор);
- катастрофи (техногенні та гуманітарні);
- стихійні лиха (екологічні катастрофи);

- соціальні революції і перевороти (державні та військові);
- депортація або вигнання великих груп людей (наприклад, за етнічною чи релігійною ознакою);
- обмеження свободи великих груп людей (концтабори, рабство);
- політичні, релігійні та інші репресії;
- терористичні акти, що викликали суспільний резонанс;
- вбивство або трагічна загибель суспільних лідерів чи кумирів.

Особливості колективної травми [34]:

1) не обмежена в просторі – окрім безпосередніх учасників, охоплює людей, прямо не причетних до травмувальних подій;

2) розтягнутість у часі – травма відривається від конкретної події, закріплюється в історичній пам'яті, часто проходить через декілька поколінь (тоді травму називають історичною);

3) жертви колективної травми не окремі люди, а соціальні групи, що стали об'єктами травматизації;

4) травмованою себе відчуває вся група, навіть ті, кого особисто не торкнулася трагедія;

5) тривалий характер (в неопрацьованих травмах є багато прихованих наслідків, особливо, коли події замовчувалися).

Рівень травмованості поглиблюється, якщо:

- група переживає несправедливість того, що сталося;
- були невинні загиблі;
- причинами травмування стали свідомі чи навмисні дії людей (страта, катування, вигнання тощо);
- жертва не може чинити опору (загибель на полі бою не така травмівна для суспільства, як насильницька смерть у концтаборі).

Психологічні наслідки колективної травми: соціальна фрустрація; зростання психологічних проблем; посттравмівні стресові та супутні розлади; зростання соматичних хвороб; групоцентризм, схильність ідеалізувати власну соціальну групу та бачити образ ворога в представниках інших груп, особливо тих, хто відповідає за травмування.

2.2. КРИЗИ ЖИТТЄВИХ ВТРАТ

Слово **«криза»** походить від грецького – «κρίσις», що значить рішення; поворотний пункт.

Кризовий стан – психічний (психологічний) стан людини, яка пережила психічну травму чи перебуває під загрозою можливості психотравмівної події. Стан характеризується відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмівній ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичної оцінки себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності.

> **ВТРАТИ** – ВАЖЛИВА ЧАСТИНА ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ. КОЖНА ЛЮДИНА РАНІШЕ ЧИ ПІЗНІШЕ ПЕРЕЖИВАЄ ЇХ. БУДЬ-ЯКА СЕРЙОЗНА, ОСОБЛИВО НЕСПОДІВАНА, ВТРАТА Є ПОТУЖНИМ ТРАВМІВНИМ СТРЕСОГЕННИМ ЧИННИКОМ, ПОДІЄЮ, ЩО МОЖЕ СПРИЧИНИТИ КРИЗОВИЙ СТАН.

Виокремлюють такі **типи втрат**:

- **втрата рідних чи близьких** людей (інтенсивність переживання особою цих втрат залежить від значущості цих людей для неї);
- **соціальні** втрати (наприклад, втрата роботи чи навчання);
- **психічні й фізичні** (втрата певних здатностей і можливостей, наприклад, непрацездатність внаслідок інвалідизації; цей тип втрат майже завжди пов'язаний з фізичними стражданнями);
- **духовні** (розчарування у вірі чи її втрата);
- **матеріальні** (наприклад, втрата домівки внаслідок стихійного лиха, техногенних катастроф, військових дій тощо);
- **психологічні втрати** (переважно стосуються різких змін у сприйнятті себе. Наприклад, переживання втрати молодості, фізичної привабливості тощо).

Іноді можна переживати кілька втрат одночасно. Наприклад, людина, яку врятували пожежники з палаючого будинку, може переживати втрату здоров'я через серйозні ушкодження (фізична втрата) і втрату домівки (матеріальна втрата), а ці події є травмівними для її психіки (психологічна втрата).

Втрати можуть бути: фактичними (дійсними) та уявними.

Фактична втрата означає, що втрата вже відбулася, і це є очевидним для інших людей. Наприклад, пожежа повністю знищила будинок, і за фактом це – втрата власником особистого майна.

Уявна втрата має переважно психологічне підґрунтя, така втрата значуща лише для людини, що її переживає. Рідні та близькі можуть навіть не здогадуватися про це, або не розуміти сенсу такого переживання. Наприклад, деякі матері, дуже прив'язані до своїх дітей, переживають втрату, коли діти у відповідному віці залишають «сімейне гніздо» і стають на самостійний життєвий шлях.

Коли людина дізнається про втрату, то вона в повному обсязі або частково переживає певні **етапи** [17; 45; 44].

Етапи переживання втрати:

- первинної взаємодії з втратою (шок; неможливість повірити в те, що сталося;
- усвідомлення і прийняття події;
- горювання;
- одужання (прощання-відпускання і відокремлення-реконструктуризація).

Якщо переживання втрати відбувається за патологічним сценарієм, то останні два етапи відсутні, біль втрати витісняється й активно впливає на життя людини. Дослідники [45; 50; 18 та ін.] поділяють симптоми переживання втрати на типові та патологічні.

Типові симптоми переживання втрати:

- порушення сну;
- втрата або збільшення ваги;
- дратівливість;
- порушення здатності до концентрації уваги;
- втрата інтересу до новин, роботи, друзів, захоплень, церкви тощо;
- пригніченість;
- відчуття втоми, апатія;
- відчуження, прагнення до усамітнення;
- плач;
- почуття провини, самозвинувачення;
- суїцидальні думки;
- застосування снодійних та заспокійливих засобів;
- ототожнення з померлим (у разі втрати близької людини) або відчуття її присутності.

Можливі патологічні вияви втрати:

- тривале переживання горя (до кількох років);
- відсутність вияву страждань упродовж двох і більше тижнів;
- важка депресія, що супроводжується безсонням;
- постійне напруження, самозвинувачення;
- поява хвороб психосоматичного характеру, таких як: виразковий коліт, ревматичний артрит, астма;
- зміна чутливості, іпохондрія;
- надмірна активність, як захист від болю втрати;
- ворожість, спрямована проти конкретних людей;
- повна зміна стилю життя;
- стійкий брак ініціативи;
- слабко виражені емоції; різкі перепади настрою від страждань до самовдоволення впродовж коротких проміжків часу;
- зміна ставлення до друзів і родичів;
- дратівливість;
- небажання контактувати, відхід від соціальної активності;
- схильність до самоізоляції;
- розмови про суїцид, бажання з усім покінчити.

Типові кризи, спричинені втратами, проілюструємо прикладами з екстремальних ситуацій на сході України.

КРИЗА ВТРАТИ ЛЮДИНИ

Втрата близьких людей – це найтрагічніші події в житті будь-якої людини. Витіснення переживань або «заборона на переживання» досить часто призводить до своєрідного оніміння емоційно-почуттєвої сфери.

Серед учасників бойових дій і серед вимушених переселенців багато тих, хто пережив втрату близьких людей. Багато з них спочатку не відчували всієї глибини цієї втрати. У декого такий стан тривав упродовж тижнів або навіть місяців. Подібна реакція – нормальна в умовах воєнних конфліктів, коли на людину одночасно впливає кілька травмувальних подій.

Якщо людина не може конструктивно пройти стадію горювання, то це не тільки призводить до витіснення переживань, але й може стати причиною хвороби чи смерті.

ВТРАТА ЗДОРОВ'Я ВНАСЛІДОК ПОРАНЕННЯ

І у військовослужбовців, і в населення з прилеглих до зони бойових дій територій нерідко бувають поранення різного ступеня тяжкості. Біль як стресогенний чинник може не тільки зменшити здатність організму до загоєння ран, але й погіршувати психічний стан.

Отримані внаслідок поранення ушкодження кінцівок поділяють на: **«здорові»** (загоєння відбувається нормально і потребує мінімального втручання), **проблемні** (процес загоєння порушений, для пацієнта виникає загроза ампутації на рівні гомілки, а то й вище), **незагоювані** (ймовірність незагоювання особливо висока незалежно від лікування, а ризик ампутації високий) [127]:

Фахівці вважають, що для підвищення якості життя осіб із хронічним болем, потрібно застосовувати системний підхід для пошуку ключових причин болю і виявлення їхнього взаємозв'язку, що забезпечується сукупністю чинників: фізичні (особливості соматичного лікування); обставини навколишнього середовища (соціальний контекст, культурні правила й очікування тощо); психологічні чинники (переконання, емоційний фон, мотиваційна сфера) і чинник стресу, оскільки сам біль викликає стрес. Тому один із напрямів психологічної допомоги має бути обов'язково спрямований на зменшення стресу.

Існує ще одна категорія больових відчуттів, яка трапляється серед поранених – так звані **«фантомні болі»**, що належать до найскладніших больових синдромів. Їх переживають поранені після ампутації і кінцівок, і після втрати будь-якої частини тіла.

ПРИЧИНИ ФАНТОМНОГО БОЛЮ

Біологічні:

- патологізація соматосенсорних процесів у структурах центральної нервової системи, зокрема існування фантому за рахунок активності кори головного мозку, а саме тих центрів, що відповідають за схему тіла;
- патологізація таламічних структур, ретикулярної формації і спинного мозку.

Психологічні:

- наявність психологічного шоку в момент травми, за умови відсутності природної біологічної шокової реакції;
- фіксація на втраті частини тіла, як на втраті себе.

КРИЗА ВТРАТИ ЗДОРОВ'Я

До наслідків перебування в зоні воєнного конфлікту можна віднести різні хвороби, стимульовані чинником інтенсивного перебування людини в стані стресу і чинником накопичувальної втоми. Велике значення має характер, інтенсивність й особливості перебігу захворювання. Проте не менш важливою є особистісна позиція людини щодо встановленого діагнозу. Фіксація людини на почутті жалю до себе, навіть за умови, що хвороба легка, може призвести до деструктивної, депресивної картини взаємодії людини з недугою, посилюючи гостроту прояву симптоматики [17].

Питання щодо кризи втрати здоров'я набуває особливої актуальності в умовах розвитку тяжкого чи невиліковного захворювання, передусім онкозахворювання. У пресі майже щодня з'являється інформація про збір коштів на лікування онкохворих волонтерів і ветеранів АТО / ООС. Зазвичай, процес взаємодії з хворобою є процесом переживання нового стресу, що може стати і психологічним потенціалом для активізації особи, і травматичним досвідом, що призведе до відмови від життя.

Свого часу Е. Кюблер-Росс [40] запропонувала опис **етапів взаємодії особи з невиліковною хворобою** (ці етапи схожі на переживання втрати близької людини).

Фази переживання невиліковної хвороби за Е. Кюблер-Росс:

- фаза заперечення хвороби
- фаза протесту
- фаза «торгів»
- фаза депресії
- фаза прийняття своєї смерті.

Фаза заперечення хвороби (анозогнозична) – відмова прийняти хворобу. «Ні, не я!» – типова реакція цього етапу. Це природна реакція.

Фаза протесту (дисфорична) – прагнення зрозуміти суть хвороби через протистояння «я-вони»: «Чому саме я?». Зауважмо, що в ситуації гніву, агресії на оточення (і загалом – на всіх здорових людей), хворий потребує розуміння і підтримки.

Фаза «торгів» (аутосугестивна) – активна фаза дій, що передбачає певні умови для оточення. Визначається перевагою сегментарного мислення, що водночас забезпечує вузько спрямований розподіл життєвої енергії. Історії про одужання на цьому етапі дають хороший позитивний ефект.

Фаза депресії – примирення з хворобою (навіть якщо немає її прийняття). Відсутність прийняття хвороби виявляється депресією, сумом, тугою. Ця фаза особливо загострюється, якщо є втрата частини тіла чи функцій, важливих для цілісного Я-образу. Примирившись зі смертельною хворобою, але не прийнявши її, людина передчасно оплакує втрату сім'ї, близьких, майбутнього. Близькі уникають спілкування з хворим, бо не знають, як із ним поводитися. А в цей період із термінальним хворим треба просто бути поруч.

Фаза прийняття своєї смерті залежить від результату попередніх фаз. Якщо їх пройдено успішно, то спостерігається заспокоєння, відчуття завершеності, тихої радості. Інакше людина або змиряється з хворобою (в результаті безвиході), або переживає стан агонії.

Звісно, не всі хвороби призводять до летального кінця, частіше вони лише змінюють життєві моделі особистості. Але багато захворювань (хронічні захворювання кишково-шлункового тракту, серцево-судинні, хвороби сечовидільної системи, психічні розлади, тяжкі поранення) можуть переживати як процес умирання, що негативно впливає на динаміку перебігу захворювання.

Найгостріше втрату здоров'я переживають учасники бойових дій. У багатьох з них відбувається потрійна травматизація:

- втрата побратимів на передовій;
- усвідомлення (після демобілізації) того, що основна частина населення в повсякденному житті не хоче думати про війну, про те, що там гинуть захисники Батьківщини (до того ж часто з'являється відчуття розпачу і безнадії);
- фіксація на почутті несправедливості (претензії до людей, до Бога: «Я стільки разів ризикував своїм життям, я пройшов «котли», «гради»… Чому я не загинув там на фронті як герой, а маю тут помирати як ізгой?»).

Це призводить до втрати сенсу життя, до відмови від пошуку шляхів подолання хвороби.

КРИЗА ВТРАТИ ВОЛІ ТА СВОБОДИ ПЕРЕСУВАННЯ

Кризу втрати волі та свободи пересування переживають і військові полонені, і ті представники цивільного населення, що стали заручниками.

Якщо внутрішня свобода людини належить до категорії її екзистенційних переживань, то зовнішня свобода формує образ психофізичної дійсності, образ простору і часу та місця людини в цьому просторі та часі. Обмеження свободи призводить до цілої низки психофізіологічних змін особистості.

Відсутність перспективи, відсутність майбутнього, відсутність надії – це перше, з чим стикається особа, втративши свободу. Шок змінюється усвідомленням того, що реальність виглядає саме так, і відповідно формується образ реальності «до» та реальності «після» [17].

Залежно від особистісних якостей заручників формуються такі **базові стратегії їхньої поведінки**:

- **істероїдність** (для жінок більше характерний плач, для чоловіків – агресивна поведінка). Накопичення агресії проти терористів чи обставин може стати передумовою героїчних вчинків;
- **стійкість** (внутрішні якості особистості виявляються через незламність цінностей, розумну сміливість та обережність, що є ресурсом у переживанні ситуації несвободи);
- **пригніченість** (домінація переживання страху та безпорадності аж до розвитку шизоїдних виявів);
- **інтеграція** (наприклад, заручник інтегрується у простір терориста).

У процесі надання психологічної допомоги тим, хто перебував у полоні, обов'язково потрібно досліджувати стратегію, яку особа обрала для виживання в умовах неволі, і зважати на неї.

Потрібно також зважати й на умови перебування в полоні. Якщо ці умови були прийнятними, а терористи, які безпосередньо перебували у взаємодії з полоненими, мали позитивну харизму, то деякі полонені стають заручниками так званого **«стокгольмського синдрому»**, що характеризується розвитком співчуття до терористів, а прихильність до людей переходить у прихильність до їхньої справи.

Натомість, психологічна травма тих, хто тривалий час перебував у полоні в тяжких умовах, виявляється у важких психологічних станах, зокрема:

- в почутті нескінченної та безмежної апатії, в стані внутрішньої притупленості аж до байдужості та поступового психічного вмирання;
- в почутті болю від несправедливого ставлення, від свавілля і принижень;
- у вилученні себе з життя (примітивізація), коли залишаються лише первинні інтереси, а єдиною цінністю є або виживання, або смерть (залежно від особистісних настанов);
- у втраті сьогодення і майбутнього, що часто призводить до відступу та капітуляції;
- в розхитуванні фундаментальних уявлень про реальність, що знищує первинну фундаментальну мотивацію і формує базову недовіру до світу [17].

Люди, що перебували в полоні, після звільнення обов'язково мають пройти психологічну реабілітацію перед поверненням до своїх домівок.

КРИЗА ВТРАТИ МАТЕРІАЛЬНИХ І СОЦІАЛЬНИХ БЛАГ

Ця криза хоч більше й стосується населення, що проживає в зоні екстремальної ситуації, природного чи соціального катаклізму, проте її переживають і військовослужбовці, і медики, і МНСники, і волонтери, і добровольці. Така криза може спричинятися: втратою майна (пожежа, руйнація будинків внаслідок артилерійських обстрілів, знищення гуманітарної допомоги, мародерство, рейдерство тощо), втратою коштів (крадіжки, банкрутство), роботи (скорочення, звільнення).

Безперечно, характер переживання таких криз залежать від особистісних якостей людини та її життєвих настанов. Досвід роботи з вимушеними переселенцями показав наявність трьох базових стратегій «виживання» в нових умовах.

СТРАТЕГІЇ ВИЖИВАННЯ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ:

1. Сприйняття втрати як ситуативної складної задачі, що передбачає пошук компетентного розв'язання.
2. Сприйняття ситуації як деструктивного досвіду з подальшою відмовою від активного соціального та професійного розвитку.
3. Сприйняття втрати як особистої трагедії.

За наявності в людини третьої стратегії «виживання» навіть незначні втрати можуть призвести до дезорганізації і суїцидальних спроб.

Сьогодні в Україні спостерігається суттєве **зростання самогубств**. За даними державного комітету статистики України [79], протягом останніх двох років відбувається 20-22 самогубства на 100 тисяч населення. Україна посідає за цим показником третє місце серед країн Європи. Однією з основних мотивацій суїцидальності є відчуття власної неспроможності та сприймання себе як проблеми для власної родини. Акцент ставиться на втратах і власній відповідальності за ці втрати, а поряд із цим спостерігається повна відсутність відповідальності щодо подальшої долі власної родини внаслідок здійснення суїциду.

2.3.ТРАВМИ ПЕРЕЖИТОГО НАСИЛЬСТВА

Насильство як травматичний досвід часто переживають люди, що перебувають в зоні екстремальної ситуації, а в умовах воєнного конфлікту і полонені. В цих ситуаціях часто зростає фізичне, психологічне та сексуальне насильства.

Юристи розуміють **насильство** як «умисний фізичний чи психічний вплив однієї особи на іншу проти її волі, що спричиняє цій особі фізичну, моральну, майнову шкоду або містить у собі загрозу заподіяння зазначеної шкоди зі злочинною метою. Такий вплив на особу здійснюється вчиненням певних умисних діянь» [7; 501].

Психологічний компонент є у всіх видах насильства: фізичному, економічному, сексуальному.

> **ФІЗИЧНЕ НАСИЛЬСТВО** – ЦЕ «УСВІДОМЛЕНЕ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ СИЛИ З МЕТОЮ ПРОТИПРАВНОГО ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ ІНШОЇ ЛЮДИНИ ПОЗА ЇЇ ВОЛЕЮ АБО ВСУПЕРЕЧ ЇЙ, ЩО ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ В ПОРУШЕННІ ТІЛЕСНОЇ НЕДОТОРКАНОСТІ ОСОБИ ЧЕРЕЗ ЗОВНІШНІ ПОКРОВИ ТІЛА АБО ВНУТРІШНІ ОРГАНИ. НАЙЧАСТІШЕ ФІЗИЧНЕ НАСИЛЬСТВО ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ В НАНЕСЕННІ РІЗНИХ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ, ПОБОЯХ, КАТУВАННІ, ОБМЕЖЕННІ СВОБОДИ ПЕРЕСУВАННЯ ТОЩО» [83].

На окупованих територіях України фізичне насильство поширене – катування, викрадення, примуси, підриви тут стали нормою життя. Тому і місцеві жителі, волонтери та військові, особи, що були заручниками, досить часто зазнають певних видів фізичного насильства, зокрема:

- ушкодження фізичними факторами: механічними (тупими чи гострими знаряддями травми, зброєю, енергією вибуху), термічними (високою або низькою температурою), електрикою (технічною, атмосферною), звуком;
- ушкодження хімічними факторами (різноманітними отруйними речовинами, що спричиняють хімічні опіки та отруєння);
- ушкодження психічними факторами (переляк, погрози тощо);
- ушкодження комбінацією чинників (механічних і термічних, механічних і хімічних тощо);
- ушкодження комбінованими факторами (електрострумом, що вражає людину і здійснює хімічну, термічну і механічну дію тощо) [76; 48-49].

На сході України місцеве населення досить часто натрапляє на приховані міни (див. фото).



Присипання міни дрібними монетами свідчить про те, що міна призначена не на військовослужбовців, а передусім на дітей, у яких природно висока допитливість, і на літніх людей, оскільки вони найменш заможна частина населення. Тобто терористи зорієнтовані на здійснення прямого фізичного насильства щодо мирного населення в районах підконтрольних українській стороні.

Варто наголосити на **сексуальному насильстві**, оскільки, з одного боку, це психологічне та фізичне насильство над особистістю, а з іншого боку – це інтимна сфера особистості, що призводить до особливо руйнівних наслідків для психіки людини і прямо пов'язане з руйнуванням образу честі, гідності, самоцінності.

Під сексуальним насильством розуміємо будь-яку примусову дію сексуального характеру щодо іншої особи, а також використання сексуальності іншої людини без її згоди.

У Законі України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (2018 р.), в якому різні форми насильства над особою розглядаються як такі, що описують суто домашнє насильство, сексуальне насильство визначається більш розлого. Це будь-які діяння сексуального характеру, вчинені стосовно повнолітньої особи без її згоди або стосовно дитини незалежно від її згоди, або в присутності дитини, примушування до акту сексуального характеру з третьою особою, а також інші правопорушення проти статевої свободи чи статевої недоторканості особи, у тому числі вчинені стосовно дитини або в її присутності [25].

У сучасному світі не тільки зона військових дій, а й будь-яка зона екстремальних ситуацій, стає зоною масштабного використання сексуального насильства. Нерідко зґвалтування стають чи не найпоширенішим способом знущання з беззахисних цивільних людей. Саме цьому була присвячена Міжнародна конференція щодо проблеми сексуального насильства під час воєн (Лондон, червень 2015). Напередодні відкриття конференції міністр закордонних справ Великої Британії Вільям Гейґ сказав: «Я жахнувся, коли дізнався, що досі лише 30 осіб покарані за понад 50 000 зґвалтувань, скоєних під час війни в Боснії в 90-х. Надходять жахливі повідомлення про зґвалтування в Сирії разом із вбивствами, катуваннями й утисками тисяч невинних цивільних людей. Як міністр закордонних справ я обурений масштабами сексуального насильства проти чоловіків, жінок і дітей в умовах конфліктів і переслідувань» [67]. Втім, оскільки суспільство зосереджене на бойових діях, то тема сексуального насильства в зоні воєнного конфлікту залишається поза увагою.

До наслідків воєнних дій на території України можна додати і чинник тривалого психічного напруження в населення, що призводить до своєрідного накопичення агресії, яка часто виходить через «насильство в сім'ї».

У Законі України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (2018 р.) дано таке визначення: «домашнє насильство – діяння (дії або бездіяльність) фізичного, сексуального, психологічного або економічного насильства, що вчиняються в сім'ї чи в межах місця проживання або між родичами, або між колишнім чи теперішнім подружжям, або між іншими особами, які спільно проживають (проживали) однією сім'єю, але не перебувають (не перебували) у родинних відносинах чи у шлюбі між собою, незалежно від того, чи проживає (проживала) особа, яка вчинила домашнє насильство, у тому самому місці, що й постраждала особа, а також погрози вчинення таких діянь» [25].

У Законі також зазначено, що «фізичне насильство – форма домашнього насильства, що включає ляпаси, стусани, штовхання, щипання, шмагання, кусання, а також незаконне позбавлення волі, нанесення побоїв, мордування, заподіяння тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості, залишення в небезпеці, ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, заподіяння смерті, вчинення інших правопорушень насильницького характеру» [25].

Фахівці міжнародного жіночого правозахисного центру «Ла Страда-Україна» проаналізували звернення на гарячу лінію і виокремили три категорії населення, серед якого насильство стає головною проблемою. «Це переселенці з окупованих територій, ті, хто залишився жити в так званих республіках, і сім'ї, де чоловік повернувся із зони АТО. Остання категорія, за спостереженнями експертів, найчисленніша. Бійці, повернувшись із фронту, перебувають у важкій депресії й апатії. Як правило, вони зриваються на батьках, дружинах і дітях. Нерідко доходить і до рукоприкладства. Як результат – розлучення, алкоголізм і навіть випадки самогубств» [70].

Отже, проблема воєнного конфлікту на території України виходить за межі політичної чи економічної ситуації. В країні зростає кількість людей, які потребують психологічної допомоги і супроводу, зокрема: учасники бойових дій; ті, хто був визволений з полону; населення, що проживає в зоні воєнного конфлікту; населення з підконтрольних терористичним організаціям територій України; вимушені переселенці; родини учасників бойових дій, полонених, пропалих безвісти і загиблих.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 2

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Чи доцільно, на вашу думку, запроваджувати систему профілактики постстресових розладів у населення України? Які категорії населення найбільш вразливі?
2. Хто з тих, що перебувають в зоні бойових дій, насамперед потребують психологічної підтримки і супроводу: діти, вчителі, лікарі?
3. Чи відрізняється, на вашу думку, переживання сексуального насильства в мирних умовах від сексуального насильства в умовах воєнного конфлікту?
4. Що ви думаєте стосовно потреби в безпеці та потреби в ризикові в житті людини?

ЗАДАЧА

Молодий педагог збирається переїхати на деякий час до зони бойових дій, щоб допомогти місцевим дітям усвідомити себе частиною великої країни, яка зветься Україна, і надати їм психологічну підтримку. Проте він не знає, що відбувається на тих територіях, і фантазує щодо подальшої діяльності.

Продемонструйте фрагмент консультування молодого педагога, щоб допомогти йому зрозуміти реальність, але не знищити його намірів «служити» дітям.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Які стресові й травмівні чинники характерні для ситуації воєнного конфлікту?
2. Схарактеризуйте можливі посттравматичні стресові розлади, спричинені перебуванням людини в епіцентрі травмівних подій.
3. Окресліть основні види втрат, що їх переживають різні верстви населення в зоні воєнного конфлікту.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

1. Опишіть послідовність своїх дій в умовах екстремальної ситуації (наприклад, обстрілу): вночі, вдень. Опишіть кількома короткими реченнями-інструкціями послідовність дій для інших людей.
2. Опишіть один із методів організації групи людей для виходу з епіцентру травмівної події.

Розділ 3.

СВІТОВИЙ ДОСВІД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ, ЯКЕ ПОСТРАЖДАЛО ВНАСЛІДОК ПСИХОТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ

3.1. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ

Сьогодні майже в усьому світі люди страждають від різних екстремальних ситуацій, зокрема від воєнних конфліктів і терористичних актів. Фахівці виокремлюють категорії населення, які найбільше страждають від воєнних конфліктів (безпосередньо стикаються з матеріальними й людськими втратами, переживають різні розлади після стресових і травмівних ситуацій):

- біженці;
- військовослужбовці;
- вимушені переселенці;
- ветерани війни;
- сім'ї загиблих;
- рятувальники;
- люди, що проживають в зоні бойових дій.

У різних країнах створені системи допомоги постраждалим від конфліктів. Ці системи схожі між собою за своїми принципами та підходами, спрямуванням на збереження й відновлення здоров'я людей (відповідно до документів ВООЗ, **здоров'я** – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів).

Для організації допомоги постраждалим використовують комплексну багаторівневу модель, описану в багатьох документах ВООЗ (http://www.who.int); у документах Міжвідомчого постійного комітету, створеного 1992 року відповідно до Резолюції Генеральної Асамблеї ООН (46/182) з метою координації у сфері надання гуманітарної допомоги та для полегшення міжвідомчого ухвалення рішень в умовах складних надзвичайних ситуацій та стихійних лих.

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОПОМОГИ БІЖЕНЦЯМ

Воєнні конфлікти примушують тисячі людей покидати свої домівки. Не тільки Україна, а й вся Європа розв'язує проблеми біженців. Німецькі джерела наводять такі дані щодо вимушених переселенців, зокрема з Сирії [70]:

- понад 70 % дорослого населення, що прибули як біженці до Німеччини, були свідками насильства щодо інших осіб;
- біля 25 % стали свідками насильства щодо членів їхніх родин;
- 43 % зазнали тортур.

Значна кількість біженців потребує висококваліфікованої психотерапевтичної допомоги. Відповідно потрібні зміни в німецькому законодавстві щодо надання психологічної, психотерапевтичної та психіатричної допомоги біженцям. Через п'ятнадцять місяців перебування в країні біженці отримують медичне страхування, що дає їм змогу покрити витрати на лікування, оскільки понад 50 % з них страждають від посттравматичного стресового розладу.

Окрім медичної та соціальної допомоги, вони потребують і послуг перекладачів, зокрема, на психотерапевтичних сесіях. Якщо раніше забезпечували послуги перекладачів лише в медичних закладах, то тепер ідеться про внесення змін до законодавства з метою надання подібних послуг загалом під час реабілітації [120].

У Сполучених Штатах Америки з біженцями працюють спеціальні служби, проте провідна роль у цьому питанні належить Управлінню з розселення біженців, яке організовує такі види допомоги [127]:

- короткотривала грошова підтримка новоприбулих;
- медична допомога;
- організація вивчення англійської мови;
- допомога в працевлаштуванні;
- сприяння самозабезпеченню життя.

Для тих, у кого є право на проживання, у перші вісім місяців після прибуття Управління організовує **додаткові програми**. А саме:

- сприяння розвиткові мікропідприємств;
- залучення етнічної спільноти для допомоги;
- сприяння створенню і розвитку сільськогосподарських товариств;
- організація послуг для літніх біженців.

Допомога спрямована на **відновлення здоров'я** біженців передбачає: обстеження здоров'я; пропаганду здорового способу життя; медичне страхування; емоційне оздоровлення; послуги для жертв тортур.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦЯМ, ВЕТЕРАНАМ ТА ЧЛЕНАМ ЇХНІХ СІМЕЙ: ДОСВІД США

В американській армії за наказом Міністерства оборони кожний військовий підрозділ повинен професійно володіти методами контролю бойового стресу, зокрема, методами первинної, вторинної і третинної профілактики стресу. На рівні дивізій та бригад створено відділи охорони психічного здоров'я, які очолюють психіатри. У складі відділів є офіцери з охорони психічного здоров'я, які мають відповідний магістерский ступінь із психології чи соціальної роботи, ліцензію на діяльність та мінімум рік практичної роботи в медичних закладах.

Повноваження відділів охорони психічного здоров'я:

- надання лікувальних послуг;
- планування послуг з охорони психічного здоров'я у військовій частині та нагляд за якістю надання таких послуг;
- консультування командирів та лікарів дивізії з питань психічного здоров'я;
- співпраця з капеланами, що відповідають за питання бойового стресу;
- співпраця з медичним персоналом, що супроводжує військових за кордоном;
- наставництво та забезпечення навчання медичного персоналу найновіших практик діагностики та лікування психологічних і психічних розладів, проведення діагностики та підготовка звітів щодо ризику скоєння самогубств у військовій частині тощо.

Важливою для підготовки військових до стресових ситуацій є **навчальна програма «Battlemind»** (www.battlemind.org) розрахована на солдатів, командирів та подружжя військовиків, що базується на позитивно орієнтованих підходах, опирається на сильні риси учасників програми, ідею взаємопідтримки і поваги до командира як відповідального за психічне здоров'я військовослужбовців.

Вся родина військовослужбовця, поки він на військовій службі, може розраховувати на психосоціальну підтримку. Фахівці психічного здоров'я NGO організовують програми з формування стресостійкості та здійснюють психосоціальний супровід не тільки дружин, а й дітей. (Реалізуються і програми підтримки родин загиблих військовослужбовців, наприклад TAPS (www.TAPS.org)).

У бойових військових частинах, переважно на рівні бригади, створені підрозділи з контролю бойового стресу, до складу яких входять психіатри, психологи, соціальні працівники, спеціалісти з психічного здоров'я, а також трудотерапевти та психіатричні медсестри.

Ці підрозділи розташовані на території так званого «військового карантину» – військових баз віддалених від місць проведення бойових операцій.

Мета діяльності підрозділів із контролю бойового стресу:

- виявляти військовослужбовців з ознаками ПТСР або з супутніми розладами;
- перенаправляти їх до фахівців для подальшої перевірки симптомів;
- організовувати профілактичні заходи та заходи з відновлення.

У США також створено **Департамент у справах ветеранів (ВА)**, який за останні кілька років пройшов трансформацію на шляху до інтегрованої системи збереження психічного здоров'я – і під час переходу від статусу військовослужбовця до статусу ветерана, і через розширення діапазону послуг.

Департамент у справах ветеранів має багато баз для збереження психічного здоров'я ветеранів: включно зі 150 медичними центрами, 819 амбулаторними клініками на рівні громади, 300 центрами ветеранів, ветеранською кризовою лінією, представниками Департаменту в університетських кампусах та інші інформаційно-просвітницькі структури.

Департамент розширив клінічні програми для забезпечення активного виявлення депресії, ПТСР, проблем з алкоголем, військових сексуальних травм та для відновлення психічного здоров'я в закладах первинної медичної допомоги, в інших медичних і реабілітаційних закладах.

Організація забезпечує доказове спеціалізоване лікування ветеранів у стаціонарах, лікарнях за місцем проживання та в амбулаторіях зі спеціальними послугами лікування ПТСР; лікування проблем із зловживанням наркотиків та алкоголю, серйозних психічних розладів, а також забезпечує загальні послуги з відновлення психічного здоров'я та послуги професіоналів.

Департамент підтримує близько 250 стаціонарних реабілітаційних програм у 106 закладах охорони здоров'я (з них 8 спеціалізованих, для жінок). Ці стаціонарні програми спрямовані, зокрема, на психологічну реабілітацію тих, хто страждає від ПТСР (http://www.realwarriors.net/).

У реабілітаційних центрах працюють мультидисциплінарні команди, що передбачає тісну співпрацю психіатрів, психологів, соціальних працівників, сімейних терапевтів тощо.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ГРУЗІЇ

Є своя специфіка у грузинській програмі психологічної допомоги учасникам бойових дій [73]. Вона полягає у розв'язанні таких **основних завдань**:

- виявлення рівня психологічної готовності військовослужбовців (офіцерів) до виконання завдань;
- визначення характеру психотравм, отриманих військовослужбовцями в бойових діях, прогнозування можливостей і динаміки виникнення постстресових розладів;
- відновлення психологічної готовності військовослужбовців до виконання бойових завдань;
- консультування щодо управління ситуацією і психологічна допомога військовослужбовцям та членам їхніх сімей, спрямована на реадаптацію до мирних умов;
- організація для учасників бойових дій комплексних фахових центрів (пунктів) психологічної допомоги та реабілітації, виявлення осіб, які потребують спеціалізованих медичних послуг;
- надання адресної медичної та психологічної допомоги близьким родичам військовослужбовців;
- проведення психологічної реабілітації засобами освітньої діяльності.

У грузинській програмі зважають не тільки на умови ведення бойових дій (гірська місцевість, ліси та міста), а й на специфіку зовнішнього ворога. Ця необхідність зумовлена також і психологічним впливом російських масмедіа на населення, що перебувало на окупованих територіях.

Психологи звертають увагу і на побічні наслідки гібридної війни: проросійські погляди на події, які найбільш поширені серед тієї частини населення, яка перебуває в зоні активного впливу російських ЗМІ; вплив на людей політичних і громадських діячів, які стоять на проросійських позиціях; стереотип «чеченського синдрому».

Досвід грузинських психологів може бути корисним і для українських фахівців, оскільки українські ветерани, повернувшись із зони бойових дій, також стикаються з фактами насильства з боку деяких «мирних» мешканців їхніх міст, що перебувають під маніпуляційним інформаційним впливом сусідньої держави-агресора.

Що стосується фахівців, які надають первинну психологічну допомогу, то у грузинській військовій системі вони представлені такими категоріями:

- посадові особи без спеціальної освіти, але які володіють методами спостереження, інтерв'ювання, соціально-психологічних досліджень, вивчення документів, узагальнення незалежних функцій, експертних досліджень;

- фахівці зі спеціальною психологічною підготовкою, військовослужбовці, що проходять військову службу за контрактом, беруть участь у бойових діях та володіють методиками дослідження: Стандартизований метод багатофакторного дослідження особистості (SMIL) (Л. Собчик); Анкета «Рівень невротизації та психопатизації» (УНП ООН); Особистісний опитувальник Л. Шмішека (Leonard Shmishek), Методика «Шкала Тривожності» (Джона Тейлора), Адаптована версія опитувальника особистісної орієнтації (POI) Е. Шострома (E. Shostroma), Анкета І. Котенєва «Травматичний стрес» (ОТС); Проективні методики (Психогеометричний тест, «Неіснуюча тварина», «Дім, дерево, людина», модифікований (Л. Собчик) кольоровий тест Люшера);
- командири, сержанти, що безпосередньо перебувають у військових частинах і виявляють осіб із прогнозованими розладами (з групи ризику);
- працівники психологічної просвіти, діяльність яких спрямована на профілактику зловживання алкоголем, самогубства та інші вияви асоціальної поведінки;
- професіонали, що володіють різними психотерапевтичними методами.

У роботі з учасниками бойових дій, використовуються індивідуальні та групові форми. Якщо це можливо, то в гарнізоні надається телефонна екстрена психологічна допомога військовослужбовцям (TEPPV), створюються психологічні консультативні центри та інші підрозділи екстреної допомоги для невідкладного надання кваліфікованої психологічної допомоги в разі серйозної кризи.

Проводиться психологічне навчання командирів усіх рівнів, передусім командирів підрозділів, відділів, екіпажів, що індивідуально працюють з підлеглими, які брали участь в бойових діях. Особлива увага зосереджується на формуванні позитивного настрою бійців, використовуються й мобілізаційні методи, зокрема: бойові кличі, «кричалки», пісні, бойові ритуали, підтримуються традиції, сформовані під час проведення локальних операцій і місій з підтримання миру.

Серед психотерапевтичних напрямів психологічного супроводу та психологічної реабілітації військовослужбовців грузинські фахівці рекомендують розмовну (раціональну) терапію, бодинаміку, аутогенне тренування, NLP-терапію, поведінкову терапію, ігрову терапію, аромотерапію, арттерапію, музичну терапію, бібліотерапію, зцілення вірою.

Попри те, що запропонований перелік видів психотерапевтичної допомоги відмінний від рекомендованих американськими фахівцями, значущість духовної компоненти простежується в обох підходах.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ІЗРАЇЛІ

Досвід Ізраїлю особливо цікавий для України, адже ця країна веде бойові дії вже кілька десятиліть, і тут чи не найкраща в світі організація психологічної допомоги і військовослужбовцям, і ветеранам, і членам їхніх родин. В Ізраїлі понад 2500 фахових військових психологів. Але в час активних військових дій на службу призивають ще й резервістів. Кількість військових психологів і соціальних працівників наближається до такого показника: один фахівець на 70–90 військовослужбовців [81]. На особливу увагу заслуговує той факт, що військових психологів в Ізраїлі визначають як «офіцерів зі здоров'я душі», що унеможливлює спекуляції щодо психічної повноцінності військовослужбовців.

ІЗРАЇЛЬСЬКА СИСТЕМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

Ця система складається з п'яти великих підрозділів: підрозділ діагностики, профілізації та профорієнтації; служба психологічної підтримки військовослужбовців; підрозділ із реабілітації та роботи з демобілізованими; служба підтримки цивільного населення при кризових ситуаціях; служба роботи з сім'ями постраждалих.

Підрозділ діагностики, профілізації та профорієнтації – найбільший. Його представники відповідають за всебічне медичне обстеження молодих людей, починаючи від 15 років (включно з психологічним тестуванням) і формують **медичну карту військового** (профіль), що супроводжує його протягом життя. Зміни до карти можна внести лише протягом наступних трьох років після тестування.

Первинна психологічна оцінка визначає: інтелектуальний рівень розвитку особистості, психологічний і соціальний статус, мотиваційні характеристики та лідерські якості. Всі показники заносять до особової картки, і на їхній основі здійснюється профорієнтація потенційного військовослужбовця в той чи інший рід військ. «З огляду на те, що мотивація до служби в армії в Ізраїлі досить висока, вступити на військову службу можуть навіть призовники з інвалідністю, з психіатричним діагнозом також, наприклад, з аутизмом, легкою формою дебільності, шизофренією в тривалій ремісії, синдромом Дауна, афективними розладами тощо. Для таких військовослужбовців розроблено спеціальні методики реабілітації та соціалізації в армійському середовищі. Хорошим прикладом є робота аутистів у підрозділах електронної розвідки.

Своє місце в армії знайшли люди з вадами слуху та мовлення. Вони успішно служать у військах, де потрібна робота з тваринами. Окремі програми існують і для пацієнтів, які мають розлад дефіциту уваги та гіперактивність, біполярний афективний розлад.

Своє місце в армії знайшли людей з обмеженням слуху і мовлення. Вони успішно служать у військах, де потрібна робота з тваринами. Окремі програми існують і для осіб, які мають: розлади уваги; гіперактивність; біполярний афективний розлад.

Втім, і це важливо розуміти, що армія – не клініка, і медичного супроводу такі військовослужбовці не отримують, але адаптовуються вони іноді дуже успішно, і період ремісії в них помітно подовжується. У цьому випадку на армійських психологів і соціальних працівників покладається функція контролю, супроводу і розроблення програм адаптації і м'якої реабілітації таких військовослужбовців», – зазначає в своєму інтерв'ю воєнний психолог ізраїльської армії Альберт Фельдман [81].

Ізраїльські військові психологи займаються і посткризовим тестуванням (яке проходять всі учасники бойових дій), і діагностикою бойової психічної травми, шоку бойових дій та посттравматичного стресового розладу.

Підрозділ психологічної підтримки військовослужбовців займається поточною психологічною допомогою, яка спрямована і на розвиток стресостійкості особового складу, на формування його психологічної готовності до виконання службових та бойових завдань, і на надання психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їхніх сімей, що зазнали впливу екстремальних чинників службово-бойової діяльності. При цьому використовуються методи групової та індивідуальної роботи.

Як і в інших арміях, що воюють, велика роль в ізраїльській армії надається підготовці командирів, оскільки саме бойові командири щодня безпосередньо перебувають поруч зі своїми підлеглими, тому, по суті, на них покладена роль первинної діагностики і, за потреби, спрямування бійця до психолога.

Підрозділ із реабілітації та роботи з демобілізованими ветеранами війни. На особливу увагу заслуговує ізраїльська реабілітаційна програма військовослужбовців після демобілізації, спрямована на те, щоб жоден боєць не залишився наодинці навіть із незначною проблемою. Ця програма передбачає також і підготовку близьких і рідних демобілізованого до його повернення додому.

Діяльність підрозділу з реабілітації та роботи з демобілізованими спрямована на:

- розроблення реабілітаційних програм;
- створення та/або підтримку спеціальних центрів анонімної допомоги;
- супровід військовослужбовців з інвалідністю;
- супровід бійців із бойовою психічною травмою;
- надання соціальної допомоги, зокрема:

  а) у профорієнтації;

б) у працевлаштуванні;

в) у відкритті бізнесу;

г) одиноким солдатам і ветеранам;

д) сім'ям військовослужбовців;

е) особам із девіантною поведінкою.

Ізраїль має багаторічну вдосконалену систему **допомоги цивільному населенню в умовах ведення бойових дій**. У кожному мікрорайоні населених пунктів країни створено:

- добровільні штаби кризових ситуацій;
- пункти оповіщення населення;
- пункти термінової допомоги.

А також:

- за місцем проживання розміщено інформаційні банери;
- регулярно проводиться навчання;
- застосовується метод «хибних тривог»;
- ведеться роз'яснювальна робота в школах і коледжах;
- для дітей молодшого віку розроблено спеціальні методики донесення інформації.

3.2. ПРОФІЛАКТИКА СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОГО ПЕРСОНАЛУ МІЖНАРОДНИХ МИРОТВОРЧИХ МІСІЙ

(ІЗ ДОСВІДУ КРАЇН БАЛТІЇ, КАНАДИ, РУМУНІЇ, БОЛГАРІЇ)

Психологічне забезпечення цивільного та військового персоналу міжнародних миротворчих місій переважно організовується на основі досвіду провідних держав НАТО. Важливо нагадати і те, що зазначні країни (крім Канади) є «молодими» членами Північноатлантичного альянсу і ще недавно перебували у складі колишнього Радянського Союзу або Варшавського договору.

Головні **цілі психологічного забезпечення персоналу міжнародних миротворчих місій** цих країн світу:

- формування психологічної стійкості та готовності до впливу психотравмівних чинників бойової обстановки;
- формування психологічної згуртованості бойових підрозділів;
- забезпечення необхідного психічного стану під час ведення бойових дій;
- зниження психогенних втрат та надання психологічної допомоги військовослужбовцям, що отримали бойову психічну травму;
- проведення психореабілітаційних заходів військовослужбовців після виконання службових обов'язків.

Особливості психологічного забезпечення: наявність відповідних фахівців практично у всіх підрозділах організаційної структури збройних сил; розгалуженість і логічна підпорядкованість різних служб та органів; наявність у розпорядженні органів управління психологічним забезпеченням матеріально-фінансової бази; наявність у цих органах управління висококваліфікованого персоналу; комплексний підхід до задач, що розв'язуються; широка взаємодія та обмін досвідом між структурами.

Професійна діяльність військового персоналу міжнародних миротворчих місій характеризується складними умовами, що впливає на психічний стан особистості і проявляється перенапруженнями, тривожністю, страхами, стресами тощо. Виокремлюють (T. Banner) такі **особливості професійної діяльності військовослужбовців** [91]:

- раптовість, несподіваність появи і розвитку екстремальної події;
- загроза нормальній життєдіяльності та здоров'ю індивіда;
- незвичність і новизна ситуацій;
- невизначеність (повна або часткова відсутність інформації, її нестача, суперечливість бойової обстановки);

- надмірність інформації (через перевищення кількості інформації щодо певних подій, явищ виникає необхідність глибокого і точного аналізу та адекватних висновків);
- дефіцит часу (на аналіз, оцінювання обстановки, ухвалення рішення і виконання конкретних дій – порівняно зі звичними умовами діяльності, військовослужбовцям надається дуже мало часу);
- відповідальність (за виконання наказів і розпоряджень);
- наявність тривалих труднощів, дискомфорту, а іноді й поневірянь, яких зазнають військовослужбовці через відсутність належних для успішної життєдіяльності умов.

Т. Баннер зазначає, що негативні впливи на психіку військовослужбовців виявляються в загальній дезорганізації поведінки, у гальмуванні раніше напрацьованих навичок, неадекватних реакціях на зовнішні подразники, труднощах у розподілі уваги, звуженні обсягу уваги та пам'яті, імпульсивних діях, у суттєвих вегетативних змінах. За умови тривалого впливу чинників, що зумовлюють ці стани, порушення механізмів біологічного пристосування та компенсації набувають незворотного характеру і в майбутньому стають передумовою виникнення нервово-психічних розладів і порушень.

Військовослужбовці часто перед і під час бойових дій перебувають у стані тривожності. Тривога – це один із найпоширеніших психічних станів у людей, діяльність яких пов'язана з дією стрес-чинників підвищеної інтенсивності. **Тривожність** виявляється в порушенні психічної рівноваги, появі безпредметної загрози, хвилювань. Тривожність переживається на декількох рівнях: по-перше, власне на рівні тривоги, у формі почуття неусвідомленої небезпеки, невизначеної загрози; по-друге, на рівні страху як результату встановлення особистістю причин тривоги і конкретних чинників небезпечної ситуації.

Регулятором конкретних актів поведінки військовослужбовця є його емоційно-вольова сфера, від рівня розвитку якої залежить ступінь вияву різних несприятливих станів, що виникають як відповідь на дію стрес-чинників зовнішнього середовища.

Система психологічного забезпечення військового персоналу міжнародних миротворчих місій спрямована на підвищення якісних показників діяльності військовослужбовців через формування у них **психічної стійкості** та **психологічної готовності** до дій у бою, у складних і небезпечних умовах, в обстановці, що різко змінюється, під час тривалого нервово-психологічного напруження; формування стійкості до бойового стресу тощо [98].

ЗАПОБІГАННЯ ТА КОНТРОЛЬ БОЙОВОГО СТРЕСУ

Більшість реакцій бойового стресу у військовослужбовців виявляється у перший місяць і максимум (40 %) – у перший тиждень бойових дій. Заходи із запобігання бойовому стресу та контролю за ним постійно проводять **фахівці підрозділів із надання медичної допомоги при психічних розладах** (*Mental Health Section – MHS*) і на індивідуальному рівні, й на рівні підрозділів. Впродовж чотирьох днів після психотравмівної події військовослужбовцям має бути надана перша психологічна допомога, проведено заходи соціальної підтримки, освітньо-роз'яснювальна робота про реакції на бойовий стрес і можливі ускладнення, а також духовна релігійна підтримка. Психотерапевтичні заходи (психологічний дебрифинг) на цьому етапі не рекомендовані, тому що можуть завдати більше шкоди, ніж принести користі.

Цілі першої психологічної допомоги [98]:

- запобігти погіршенню стану;
- зменшити рівень психологічного збудження;
- мобілізувати підтримку найбільш постраждалих військовослужбовців;
- відновити зв'язок із товаришами по службі, друзями, коханими і членами сім'ї;
- забезпечити інформування про ситуацію і стан потерпілого;
- інформувати потерпілого про можливі ризики.

Ключові елементи першої психологічної допомоги:

1) контакт і взаємодія – відгук на контакт, ініційований постраждалим, або ініціація контакту з потерпілим у ненав'язливій і підтримуючій манері;
2) безпека і комфорт – невідкладне створення безпечної обстановки, забезпечення фізичного й емоційного комфорту;
3) стабілізація стану (у разі потреби) – заспокоєння й орієнтування в ситуації дезорієнтованих та емоційно перевантажених постраждалих;
4) збирання інформації про поточні потреби і проблеми – визначення потреб і проблем, збирання додаткової інформації для оптимізації втручання;
5) реальна практична допомога – надання практичної допомоги з метою задоволення нагальних побутових і фізіологічних потреб, розв'язанні проблем;
6) зв'язок і підтримка – допомога у встановленні зв'язку з товаришами по службі, друзями, коханими і членами сім'ї (для надання психологічної підтримки потерпілому);

7) інформація про подолання стресу – надання інформації про суть стресових реакцій для зменшення страждань і підтримання адаптивних реакцій;

8) зв'язок із професіоналами – інформування військовослужбовців про можливі симптоми посттравматичного стресового розладу та можливість отримання професійної психологічної допомоги.

Основні принципи допомоги при гострих реакціях бойового стресу [108; 119; 91]:

1) **короткотривалість** – відпочинок військовослужбовців і відновлення сил у спеціалізованих підрозділах із надання медико-психологічної допомоги при бойовому стресі, розташованих безпосередньо біля місць дислокації військових частин. Перебування військовослужбовців у відновних підрозділах – від 1 до 3 днів. Приблизно 30 % особового складу повертається у стрій кожні 24 години;

2) **своєчасність** – початок заходів із профілактики бойового стресу – залежно від оперативної обстановки, лікувальних втручань – відразу після виявлення симптомів розладів;

3) **збереження соціальної підтримки** – постійний контакт командування, товаришів по службі, капелана або лікаря з військовослужбовцями і пояснення, що прибуття військовослужбовця в польовий відновний центр не означає, що він «хворий», «нездоровий» або «ненормальний», що реакції бойового стресу є природними для людини на війні, військовослужбовець потрібний своєму підрозділу та повернеться в нього, коли відновить сили. До військовослужбовця, який повернувся з відновного центру, у підрозділі ставляться так само, як і до будь-якого іншого в підрозділі;

4) **передбачуваність результатів допомоги** – очікування персоналом, що надає допомогу військовослужбовцям, ефективних результатів лікувальних і відновних заходів, повернення до повноцінної повсякденної службової діяльності. Пояснення військовослужбовцеві в польовому відновному центрі природності й передбачуваності виявів бойового стресу, які за умови правильної реабілітації знизять інтенсивність або зникнуть через кілька годин чи днів. Особливу роль у формуванні правильного ставлення до виявів бойового стресу відіграють молодші командири, які постійно контактують із військовослужбовцями;

5) **близькість** – оптимальність відновлення при бойовому стресі поза дислокацією бойового підрозділу, але не в госпіталі разом із пораненими і постраждалими. Найбільш вдалим рішенням є окремий польовий відновний центр, розташований поблизу бойового підрозділу;

6) **простота цілей**:

- переконання військовослужбовця, що страждає від бойового стресу, в тому, що він психічно здоровий і «нормальний», а всі нетипові прояви – звичайні для травмівної ситуації і тимчасові;
- надання військовослужбовцеві короткого відпочинку від бойових дій або виконання службових обов'язків;
- відновлення фізіологічного комфорту – нормального температурного режиму, задоволення гігієнічних потреб, потреби у воді, їжі і сні тощо;
- відновлення довірливих стосунків з товаришами;
- повернення військовослужбовця в підрозділ для виконання службових обов'язків.

Відновно-реабілітаційні заходи після участі військовослужбовця в бойових діях:

- мобілізовують підтримку для найбільш проблемних постраждалих;
- зменшують прояви психомоторного збудження;
- сприяють зменшенню страху, тривоги і занепокоєння;
- надають інформацію про обстановку, стан підрозділу і самого військовослужбовця;
- забезпечують зв'язок із товаришами по службі, друзями, близькими і сім'єю;
- створюють у військовослужбовця обґрунтовану впевненість в отриманні адекватної кваліфікованої допомоги при бойовій психічній травмі;
- відновлюють нормальний сон, особисту гігієну та харчування;
- інформують про негативні наслідки самолікування та вживання алкоголю і наркотичних засобів.

Виділяють **три лінії проведення відновно-реабілітаційних заходів**:

1) **в зоні тилового забезпечення** військової частини за участі штатного медичного персоналу. Завдяки високій мобільності курс відновлення триває від 24 до 72 годин;

2) **лікувально-відновні табори** (центри), в яких надають спеціалізовану допомогу фахівці з подолання бойової психічної травми;

3) **спеціалізовані відділення лікувальних закладів**, де неухильно дотримуються правила ставлення до військовослужбовця, який повертається у стрій, а не пацієнта клініки. Військовослужбовців, що проходять реабілітацію в лікувальних закладах, утримують окремо від пацієнтів клініки, часто у спеціально обладнаних наметових таборах, де зберігаються базові елементи службових стосунків і можливість носіння військової форми одягу.

Після закінчення програми відновлення та реабілітації для військовослужбовців може бути організовано чотири-семиденні програми відновлення професійних навичок та вмінь у закладах першої лінії надання допомоги: від невеликого табору при спеціалізованому лікувальному закладі, польовому госпіталі або в спеціалізованих відновних центрах. Якщо протягом семи днів військовослужбовці не відновлюють боєздатності, то їхнє перебування у відновному центрі може бути подовжене до 14 днів. Якщо стан військовослужбовця не поліпшується і за цей період, його евакуйовують із зони бойових дій у тилові стаціонарні лікувально-відновні заклади другої лінії. Якщо й тут немає результатів, то військовослужбовців переводять у медичні центри третьої лінії надання допомоги.

У військовослужбовця, що перебуває на реабілітації в польовому відновному центрі, немає статусу пацієнта. Йому забороняють входити в цю пасивну роль, активно підтримують його статус та самооцінку як повноцінного і рівноправного бійця. Для цього в польовому відновному центрі військовослужбовці носять форму і зберігають звичайні для бойових підрозділів службові взаємини. Військовослужбовці з бойовими соматичними ушкодженнями і хворі проходять відновлення окремо від військовослужбовців без патології.

Військовослужбовцям не призначають ніяких медикаментозних препаратів, окрім необхідних для відновлення нічного сну. Фахівці польового відновного центру ставлять діагноз після проведення первинних заходів подолання виявів бойового стресу. Евакуйовують військовослужбовців зі свого підрозділу в польовий відновний центр на звичайному тактичному автотранспорті, а не на медичному.

Психологічне відновлення персоналу міжнародних миротворчих місій після участі в миротворчий операції є обов'язковою частиною заходів відновлення бойової готовності військових підрозділів, залучених до миротворчої діяльності. Психологічне відновлення передбачає регенерацію втрачених (порушених) функцій соціального й особистісного статусу, відновлення фізичної та психологічної спроможності та готовності вести бойові дії, зниження частоти й тяжкості наслідків, перенесених бойових психічних травм у формі посттравматичних стресових станів. Психологічне відновлення засновується на принципі партнерства, тобто залучення самих військовослужбовців до активної участі у відновлювальному процесі, і проводиться за однією з трьох ліній надання допомоги.

Форми допомоги у випадку бойової психічної травми:

- систематичні скринінг-обстеження бойових підрозділів для визначення структури й обсягу необхідної допомоги;
- консультування і навчання командування та військовослужбовців щодо способів підвищення стресостійкості;
- невідкладні втручання і заходи після потенційно травмівних подій;

- відновна підтримка для приведення боєготовності підрозділу до належного рівня;
- сортування військовослужбовців зі стресовими розладами і поведінковими порушеннями;
- стабілізація стану постраждалих із важкими виявами бойового стресу або поведінкових розладів для забезпечення їхньої безпеки; оцінювання можливості їхнього повернення до виконання службових обов'язків і підготовка до евакуації для госпітального етапу надання медичної допомоги;
- короткострокова реабілітація військовослужбовців із виявами бойового стресу або поведінкових розладів у польовому відновному центрі поряд із місцем основної дислокації (тривалість від 1 до 3 днів);
- лікування та супроводження військовослужбовців із поведінковими розладами за клінічними стандартами медичної допомоги з веденням історії хвороби;
- відновлення оптимального рівня працездатності військовослужбовців із застосуванням працетерапії, фітнесу, психотерапії, спеціальних бойових тренінгів. Тривалість програми – сім днів і більше. Програму проводять за місцем основної дислокації підрозділів.

Структура і пріоритетність проведення заходів визначається спільно командуванням і медичною службою залежно від умов бойової діяльності і переважних психічних порушень у військовослужбовців.

Під час надання спеціалізованої медико-психологічної допомоги військовослужбовцям на етапі відновлення провідними є заходи **короткострокової когнітивно-поведінкової терапії** (4-5 терапевтичних сесій), застосування яких може успішно запобігти розвиткові посттравматичного стресового розладу. Застосовують також методику неспецифічної десенсибілізації і відновлення процесу руху очей (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR*) за методикою доктора Франсін Шапіро. Клінічну ефективність цієї методики у профілактиці розвитку ускладнень гострих стресових реакцій бойового стресу підтверджено в багатьох дослідженнях [87].

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА

Діяльність професійних військових, і в мирний час, і в бойових умовах (при виконанні зарубіжних місій), є значним джерелом психічного напруження та емоційних переживань. В результаті, у деяких військовослужбовців можуть спостерігатися симптоми хронічного стресу та посттравматичних стресових розладів [94]. Від 9 до 20% американських військовослужбовців спостерігаються ознаки посттраватичного стресового розладу (ПТСР), у британській армії ці ознаки є у 4%; у німецькому бундесвері в 2,9% військовослужбовців.

Основні чинники, що впливають на психіку військовиків, на думку німецьких дослідників, зазначено в табл. 1.1.

Стрес – це результат невідповідності між вимогами навколишнього середовища та індивідуальної реакції людини. Стрес є також межею нормального функціонування психіки, залежить від індивідуальних особливостей людини та визначає її фізичний і психічний опір вимогам навколишнього середовища. Цю межу можна підвищити за допомогою спеціального навчання, тобто психологічної підготовки.

Необхідною умовою забезпечення високого рівня психічної стійкості та фізичної витривалості, належного функціонування нервової системи, адаптивності до незвичних погодних умов, є психологічна підготовка до майбутніх умов застосування, розроблена у вигляді певної моделі.

Таблиця 1.1

ОСНОВНІ ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІКУ ВІЙСЬКОВОГО ПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС ПЕРЕБУВАННЯ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІКУ	Разом (n = 1483), %	Без ПТСР (n = 689), %	ПТСР (n = 65), %
Зруйновані будинки і села	70,4	76,4	78,7
Пожежа / удари артилерії, ракет / мін	36,0	43,6	44,8
Загиблі або важкопоранені товариші по службі	31,3	41,7	45,9
Напад або насильство	30,5	38,6	48,0
Атака із застосуванням вогнепальної зброї	24,6	31,1	45,4
Перебування в замінованій місцевості	19,2	24,2	30,5
Стрільба зі зброї противником	18,1	23,6	30,1
Свідок випадків аварій, серйозних травм, смерті	17,0	21,8	33,5
Свідок поранення товаришів по службі	12,0	16,1	27,5
Перебування в загрозливій ситуації, коли треба самостійно вирішувати, що робити	8,3	11,6	19,0
Свідок насильства чи жорстокого поводження з людьми	7,9	9,7	19,4
Помилки в поводженні зі зброєю	7,9	9,7	19,4
Участь в ідентифікації частин людських тіл	6,9	9,5	15,9
Керування обстрілюванням позицій противника	6,8	8,0	13,4

Помилки у здійсненні рятувальних операцій	5,2	7,0	9,5
Інформування товаришів по службі про смерть військовослужбовця	5,1	7,4	13,5
Поранення	2,3	3,3	8,2
Участь у ближньому бою	2,2	2,8	6,5
Свідок загибелі або поранення товариша по службі, який був поруч	1,9	2,7	6,4

В організації психологічного забезпечення в таких державах, як Румунія та Болгарія, важливими є розроблені для збройних сил моделі психологічної підготовки військового персоналу до бойової та миротворчої діяльності.

МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ РУМУНСЬКИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

(НА ПРИКЛАДІ ПІДГОТОВКИ ДО УЧАСТІ ПІДРОЗДІЛІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ РУМУНІЇ В ОПЕРАЦІЯХ СИЛ НАТО В ІРАКУ.)

В Румунії, за ступенем ризику, цю участь вважають одним з найскладніших завдань, що виконувалося після закінчення Другої світової війни [91; 119]. Це потребувало психологічної підготовки, а також застосування методів, спрямованих на розвиток психологічної стійкості та готовності військового персоналу до виконання поставлених завдань. Зокрема в операції в Іраку, в період з лютого по липень 2005 року, брала участь рота військової поліції, загальною чисельністю 100 осіб.

Структура психологічної підготовки складалася з чотирьох модулів:

1) модуль **релаксації**, спрямований на набуття навичок використання методів релаксації (за Е. Джекобсоном, прогресивне розслаблення м'язів), контролю дихання та самонавіювання у процесі занять із релаксації;

2) модуль **когнітивної реструктуризації**, під час проведення якого військовослужбовці вивчають альтернативні способи мислення, з метою ослаблення негативних емоційних станів (депресивності, тривожності тощо);

3) модуль **оптимізації міжособистісних стосунків** містить методи, спрямовані на поліпшення спілкування між членами групи;

4) модуль навчання **вирішенню проблем**, що спричиняють емоційні та поведінкові розлади, і формування здатності опановування важкими ситуаціями.

Після цієї програми у військовослужбовців спостерігалося підвищення рівня психологічної сумісності через підвищення взаєморозуміння та застосування методів саморегуляції психічного стану. Повернувшись з Іраку, військовослужбовці та їхні командири підтвердили позитивний вплив цієї програми психологічної підготовки на ефективність професійної діяльності.

Програма психологічної підготовки складалася з 15 занять тривалістю 75-90 хвилин (згідно зазначених модулів).

МОДУЛЬ 1. МЕТОДИ РЕЛАКСАЦІЇ (ЗАНЯТТЯ 1-4)

Контроль дихання. Дихальна функція особливо важлива для людини, вона залежить від психічного стану. Відомо, що емоційний шок спочатку уповільнює дихання людини, а потім серце починає битися швидше. У стані страху або занепокоєння дихання прискорюється. Під час депресії частота дихання знижується, під час піднесеного настрою, радості – збільшується.

Якщо психічні стани впливають на дихання, то його регулювання може впливати на настрій. Повільне і глибоке дихання може зменшити хвилювання; зміна ритму і регулювання дихання сприяють підвищенню концентрації уваги і здатності підвищувати загальну ефективність інтелектуальної діяльності.

Вплив дихальних практик на організм:

- підвищується опірність до вірусних та інших захворювань;
- підвищується загальний життєвий тонус організму;
- збільшується здатність організму протистояти низьким температурам;
- краще функціонують усі внутрішні органи, бо кров збагачується киснем;
- краще функціонує нервова система.

М'язова релаксація (глибоке розслаблення м'язів). Цю методику розробив К. Шаффер на основі методики прогресивної м'язової релаксації Е. Джекобсона.

Людина, перебуваючи в зручному положенні, із заплющеними повіками, подумки переміщається по своєму тілу й напружує кожну групу м'язів. Це дає змогу розслабити всі м'язи тіла і сприяє психічній релаксації.

Релаксаційні вправи на основі самонавіювання. Самонавіювання в цих вправах застосовується як метод саморегуляції психічного стану людини. Його суть у тому, що людина самостійно запрограмовує себе на досягнення оптимізації психологічних і фізіологічних процесів і функцій. Наприклад, поліпшення самооцінки («Я врівноважена та ефективна лю-

дина, здатна домогтися успіху», «Щодня я набуваю професіоналізму»); розвиток позитивного мислення («Я відчуваю себе спокійним, урівноваженим, розслабленим», «Я відчуваю в собі сили, щоб упоратися з ситуацією»), підвищення впевненості в собі («Я відчуваю себе абсолютно спокійним, упевненим у своїх силах»).

Це можуть бути вправи на:

- розслаблення тіла після фізичного навантаження;
- релаксацію і розподіл енергії в організмі;
- знеболення;
- розвиток фізичних і психічних якостей;
- зменшення негативних емоцій;
- оптимізацію діяльності.

МОДУЛЬ 2. КОГНІТИВНА РЕСТРУКТУРИЗАЦІЯ (ЗАНЯТТЯ 5-7)

У цьому модулі застосовувалися вправи когнітивно-поведінкової стратегії раціонально-емоційної терапії А. Бека [129] з метою навчання контролю настрою за допомогою виявлення і зміни негативних стереотипів мислення. Учасники були ознайомлені з поняттями дисфункціональних негативних думок, що створюють неадекватні емоційні стани (гнів, розпач або почуття провини тощо).

З допомогою психолога учасники вчилися замінювати негативні думки альтернативними для творчого розв'язання складних питань.

МОДУЛЬ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ (ЗАНЯТТЯ 8-11)

Ці заняття були спрямовані передусім на розвиток комунікації на індивідуальному і груповому рівні з метою регулювання міжособистісних стосунків військовослужбовців, створення і підтримування соціально-психологічного клімату, запобігання конфліктам або врегулювання їх. Пасивність й агресивний стиль спілкування вважаються результатом мислення, що призводить до неприйнятних форм поведінки.

Заняття починалися з релаксаційних вправ, щоб зменшити тривогу учасників шляхом орієнтування їх на переживання позитивного досвіду. Це давало змогу швидко згуртувати учасників та закріпити їхні навички релаксації.

Учасники вивчали багато методів комунікації, що базувалися на рольовій грі, опрацюванні сценаріїв, адаптованих до конкретних ситуацій.

МОДУЛЬ 4. РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ (ЗАНЯТТЯ 12-15)

Мета цих занять – розбір складних ситуацій, які створюють дискомфорт, і можуть зумовлювати різні проблеми невротичного та психосоматичного характеру; формування навичок розв'язування проблем, що виникають у стресових ситуаціях.

Під час занять військовослужбовці вивчали стратегії вирішення проблем за К. Гавтоном і Дж. Кірком (K. Hawton та J. Kirk), а саме: пошук можливих шляхів розв'язання проблеми; проведення рольової гри в складі групи; моніторинг діяльності з постановки цілей, визначення ієрархії задач і розроблення програми дій [119].

Заняття 14 і 15 були присвячені розвиткові навичок розв'язання проблем. Кожний учасник пропонував варіанти розв'язання проблем, які аналізувала група. Це здійснювалося за допомогою «мозкового штурму», з обговоренням альтернативних рішень, не піддаючи їх цензурі. Кожне рішення, з точки зору ефективності, оцінювалося за шкалою від 1 до 5 балів. Рішення, що набирало найбільшу кількість балів, визначалося як ефективне.

МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ БОЛГАРСЬКИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В іншій державі НАТО, в Болгарії, у 2007 році було запропоновано модель психологічної підготовки миротворчого персоналу, в основі якої лежала ідея про те, що ефективність діяльності підрозділів залежить від знань, навичок і досвіду командирів, стосунків у цих підрозділах, а також, умов обстановки, оперативності у виконанні вказівок вищого керівництва [119; 108]. Частиною загальної моделі підготовки ефективних лідерів було визначено військово-лідерську та психологічну підготовку (ПВЛП) професійних військовослужбовців сухопутних військ. У ній було сконцентровано увагу на необхідності змін та підвищенні якості управління на основі досвіду участі болгарських підрозділів в операціях НАТО в Іраку та Афганістані.

Основними тенденціями в підготовці військових кадрів для болгарської армії, що безпосередньо впливають на процес, форми і зміст підготовки військ, визнано: перехід від воєн третього до воєн четвертого покоління (за класифікацією У. Лінда), від індивідуального через групове до систематичного навчання; від кількості часу на навчання до ефективності навчання.

У сухопутних військах болгарської армії констатовано переважання традиційної моделі навчання, хоча виклики сьогодення вимагають переходу до сучасної моделі. Це пропонується зробити через упровадження психологічної військово-лідерської підготовки для всіх цільових груп (категорій) військовослужбовців. Додатковими аргументами щодо її

впровадження визнано те, що вона майже не потребує додаткових матеріальних ресурсів та особливої підготовки тих, хто її буде здійснювати. Підготовку здійснюють військові психологи. Програма підготовки гнучка і може змінюватися відповідно до потреб і планів конкретного підрозділу.

Загальна модель психологічної військово-лідерської підготовки) містить у собі методологічні, змістовні, процедурні та організаційні аспекти.

Методологічні аспекти. Психологічна військово-лідерська підготовка ґрунтується на моделі сучасного навчання, побудованої на досвіді воєн четвертого покоління.

Підготовка сфокусована на чотирьох рівнях: індивідуальному, груповому, організаційному і системному. Це навчання, а не викладання, із застосуванням різних стилів навчання, самонавчання, групового та організаційного навчання; відбувається конкретне оцінювання ефективності навчання і, в разі необхідності, відповідна корекція, спрямована на поліпшення результатів. Важливо те, що модель сучасного навчання побудована на тому, що не педагог, а ті, кого навчають, є рушійною силою у навчальному процесі [108; 119; 96].

Змістовні аспекти моделі ПВЛП містять у собі різні способи вибору і формування змісту підготовки – «згори вниз» (за допомогою експертів), «знизу вгору» (на основі аналізу потреб та думки учасників підготовки), «поєднання» відповідно до рівня військової ієрархії, спеціальності, посад учасників тощо. На початковій стадії реалізації цієї моделі зважають на думку експертів і рівень військової ієрархії учасників підготовки. Згодом, після набуття досвіду, у формуванні змісту враховують об'єктивні потреби й суб'єктивні думки учасників, їхні спеціальності та посади, результати оцінювання ефективності підготовки.

Найважливіші змістовні питання психологічної військово-лідерської підготовки: лідерство, згуртованість, мотивація, вирішення внутрішньоособистісних і міжособистісних конфліктів, проблеми стресу, перебування в міжнародному, полікультурному та іншомовному середовищі.

Процедурні аспекти. Психологічна військово-лідерська підготовка базується на комбінації трьох особливостей:

а) поєднання і баланс між лекціями, семінарами та практичними формами навчання;

б) поєднання по «вертикалі» (за провідної ролі викладачів), по «горизонталі» (за провідної ролі учасників) і по «діагоналі» (викладачі й більш досвідчені ті, кого навчають, допомагають іншим тим, кого навчають);

в) поєднання діагностичних, профілактичних та консультативних форм роботи з учасниками.

Організаційні аспекти. Тут важливо з'ясувати:

а) хто проводить підготовку (військові психологи);

б) хто бере участь у підготовці;

в) час на проведення підготовки (по 2 години щомісяця, переважно разом, тобто не менше 20 годин на рік);

г) навчання модульне – 10 двогодинних базових модулів, які, за бажання, можуть бути перетворені на 20 одногодинних модулів;

д) на початку, під час і наприкінці підготовки необхідно здійснювати: оцінювання рівня вхідних, проміжних (середніх) і прикінцевих знань, навичок та умінь учасників, оцінювання компонентів підготовки (і на цій основі оцінювання її ефективності);

е) ПВЛП є обов'язковою частиною бойової підготовки, яка регламентується відповідними керівними документами.

Орієнтовна програма психологічної військово-лідерської підготовки. Тематику модулів ПВЛП визначено за цільовими групами військовослужбовців. Тривалість кожного модулю – 2 години.

Тематика модулів для молодших офіцерів (командир взводу, командир роти):

- психологія особистості;
- психологія та керівництво малими групами;
- психологія та керівництво великими групами;
- управління навчанням;
- управління мотивацією;
- управління ризиками і стресом;
- управління конфліктами;
- управління комунікацією (спілкуванням);
- консультування і підтримування підлеглих;
- представлення особистого прикладу.

Для старших офіцерів (ланка – рівень батальйону або бригади) замість двох останніх тем пропонують такі: управління часом, управління досягненнями.

Тематика модулів для сержантів:

- психологія особистості;
- психологія лідерства;
- управління ризиками;

- управління професійним стресом;
- спілкування з командирами і підлеглими;
- консультування і підтримування підлеглих;
- управління конфліктами;
- управління навчанням і досягненнями;
- управління мотивацією уявлення особистого прикладу;
- психологія та управління малою групою.

Тематика модулів для військовослужбовців за контрактом:

- психологія і боротьба з залежностями (алкоголь, наркотики);
- психологія подолання ризиків;
- психологія подолання стресів;
- психологія подолання негативних емоцій;
- психологія лідерства;
- спілкування з командирами;
- психологія врегулювання конфліктів;
- створення і функціонування команди;
- психологія малої групи;
- спілкування з колегами.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ КАНАДИ ТА КРАЇН БАЛТІЇ

У збройних силах Канади психологічним забезпеченням займаються психологи, які за своїм статусом є державними службовцями й виконують свої обов'язки у військових частинах і підрозділах. Головна увага концентрується на питаннях психіатрії і, тому, на відміну від психологів, лікарі-психіатри є військовослужбовцями [119].

Відповідно до цього в містах Петавава, Оттава, Едмонтон і Валкартьєр працюють багатопрофільні групи із забезпечення психічного та психологічного здоров'я військовослужбовців у складі лікаря-психіатра, психолога, соціального працівника, капелана та медичної сестри. У Канаді створено мережу пунктів роботи з сім'ями військовиків. У професійно-психологічному відборі кандидатів на військову службу, зазвичай, використовують такі **тести**: Особистісний опитувальник PAI (*Personality Assessment Inventory*); Опитувальник MMPI-2; Шкала ПТСР (*Clinician-administered PTSD Scale (CAPS)*); Структуроване клінічне інтерв'ю (*Structured Clinical Interview for the DSM-IV-TR (SCID)*).

Психологічне забезпечення в країнах Балтії здійснюють фахівці психологічних служб, нещодавно створених у збройних силах. У межах програми підготовки до миротворчих місій з військовим персоналом проводять спеціальні психологічні тренінги, спрямовані на розвиток низки якостей [87].

1. **Ментальні здібності.** Розвиток ментальних здібностей є базовим курсом, на якому побудовані інші компоненти програми. Цей компонент ознайомлює з якісними і кількісними показниками ефективності діяльності на прикладі окремого військовослужбовця і підрозділу. Військовослужбовцям демонструють взаємозв'язок між думками, емоціями, психологічними станами і досягненням високих результатів та навчають практики входження у стан «потоку свідомості» для досягнення пікових показників розумової та фізичної продуктивності й ефективності, які можна використати в екстремальних бойових ситуаціях.

2. **Впевненість.** Впевненість є важливим психологічним компонентом, що зумовлює високу ефективність професійної діяльності військовослужбовця. На психологічних тренінгах військовослужбовці вивчають методику зміцнення характеру і методи контролю за думками, зосередження уваги на позитивних та оптимістичних моментах, оволодіння конструктивними діями в екстремальних ситуаціях. Військовослужбовцям показують зв'язок між високою адаптивністю, гнучкістю психіки, оптимальними рішеннями та успіхами в екстремальних ситуаціях.

3. **Постановка і досягнення цілей.** Вміння правильно ставити цілі є визначальним і для професійного, і для життєвого успіху людини. Навчання процесу цілеутворення розпочинається з визначення основних цінностей, що дають напрям життя загалом і допомагають військовослужбовцям встановлювати професійно значущі цілі й визначати реальні кроки для їхнього досягнення. Психологічний тренінг досягнення цілей виходить за межі традиційного складання списку побажань та визначення проміжних цілей і кроків для їхнього досягнення. Під час тренінгів психологи домагаються високої особистісної залученості у процес планування, навчають людей мислити далі «мінімальних» стандартів і звичних «норм» задля досягнення більшого. Після встановлення амбітних цілей досягнення, здатних стимулювати розвиток особистості й загальну культуру людини, військовослужбовці навчаються формувати пріоритети і напрямки дій, розробляти картини досягнення і вірити у проміжні та фінальні результати.

4. **Управління увагою.** Тренінги з управління увагою дають ширше розуміння психологічних механізмів уваги та визначення її ролі в досягненні цілей і високих показників у професійній діяльності. Військовослужбовці вчаться керувати увагою, розвивають уміння зосереджуватися на необхідному об'єкті, розвивають здатність перебувати в теперішньому моменті тощо.

Мета тренінгів з управління увагою – розвивати у військовослужбовців здатність миттєво оцінювати весь потік вхідної інформації, виокремлювати критичні для успіху компоненти, зосереджувати на них увагу і виконувати відповідні дії. Практика управління увагою – провідна у формуванні «психологічної спритності», протидії примусовому зосередженню уваги і швидкому відновленню зосередження уваги в разі її розсіювання.

5. **Саморегуляція**. Навчання саморегуляції передбачає застосування технологій біологічного зворотного зв'язку для засвоєння технік саморегуляції психофізіологічних реакцій у повсякденному житті та в умовах бойового стресу, контролю і спрямування переживань, думок та емоцій для розвитку самовладання і психічної стійкості. Спеціальні методики релаксації дають змогу військовослужбовцям навчитися швидко відновлювати сили, регулювати сон, ефективно зберігати, відновлювати і використовувати психічну енергію.

6. **Креативна спрямована уява.** Креативну спрямовану уяву розвивають за допомогою техніки візуалізації досягнення цілей, що сприяє поліпшенню всіх аспектів професійної діяльності й життя. Передбачається, що образне психічне відображення навичок, дій або подій зумовлює ті ж нейрофізіологічні процеси, що й реальні процеси. Це означає, що візуалізовані уявою дії та події функціонально еквівалентні реальним фізичним умінням. Запорукою нейрофізіологічної еквівалентності образних і реальних подій є глибоке покрокове відпрацьовування навичок, умінь або дій: створені образи мають містити всі фізичні відчуття, які переживає людина в реальному житті. Побудова образів досягнення має відображати зовнішнє середовище з урахуванням реакції військовослужбовця, детальне відчуття виконуваних дій або досягнень на фізичному та емоційному рівнях [87; 119; 108].

Отже, країни, які ми розглянули в цьому розділі, в питаннях психологічного забезпечення багато в чому використовують досвід провідних держав-членів НАТО.

Психологічне забезпечення військового персоналу міжнародних миротворчих місій цих країн можна визначити як цілісний неперервний процес вивчення, аналізу, формування, розвитку і корекції військовослужбовців і військових колективів, впливу на різні елементи військово-професійної діяльності для забезпечення їхнього оптимального стану і найвищої ефективності.

3.3. АМЕРИКАНСЬКИЙ ДОСВІД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ВЕТЕРАНАМ ВІЙНИ

Надання психотерапевтичної допомоги після бойових дій не нове у світовій практиці. На базі сотень досліджень у літературі є конкретні рекомендації стосовно психотерапевтичної та фармакологічної допомоги ветеранам війни. Відділ у справах ветеранів та Міністерство оборони США (*The Department of Veterans Affairs & The Department of Defense*) розробили детальні науково обґрунтовані протоколи надання психотерапевтичної та фармакологічної допомоги на різних етапах: від запобігання травмам до складних і хронічних виявів посттравматичних розладів зі стійкими симптомами, що потребують комплексного й гнучкого підходу до лікування [140].

Перш ніж розглядати результати міжнародних досліджень і протоколи допомоги, які є в західних колег, треба визначитися з тим, а що саме можна вважати результативною допомогою?

В АМЕРИКАНСЬКІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ДОПОМОГИ ВЕТЕРАНАМ
РЕЗУЛЬТАТИВНА ДОПОМОГА – ЦЕ:

- по-перше, позитивні зміни в соціальній та професійний сферах життєдіяльності;
- по-друге, зниження рівня соматичних захворювань, смертності та супутніх розладів (наприклад, алкоголізму);
- по-третє, тривале поліпшення самопочуття після реабілітації;
- по-четверте, зниження рівня інтенсивності та кількості діагностованих симптомів;
- по-п'яте, задоволення ветерана отриманою допомогою та підвищенням якості життя [140].

Такі параметри оцінювання якості допомоги використовуються в основних міжнародних дослідженнях і прийняті за стандарт оцінювання досліджень у Департаменті у справах ветеранів та в Міністерстві оборони США [140].

Етапи надання допомоги військовослужбовцям «до» та «після» травмівної події:

1. запобігання стресовим розладам, формування психологічної стійкості;
2. перша психологічна допомога, від 1 до 4 діб після травмівної події (у разі гострої стресової реакції);

3. рання психологічна допомога, від 4 до 30 діб після травмівної події (у разі гострого стресового розладу);
4. діагностування та лікування ПТСР (включно зі спостереженням після активної фази лікування), а також комплексна допомога у разі ускладненого перебігу розладу;
5. допомога в разі постстресових симптомів чи супутніх розладів (наприклад, розлади сну, вияви агресії чи соматичні болі).

1. ЗАПОБІГАННЯ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДАМ

На цій стадії у військовослужбовців рекомендовано формувати психологічну витривалість, стійкість до негативних стресових симптомів, які можуть виникати після травмувальної події [140], здатність витримувати тяжкі обставини, що допомагає людині пережити стресові розлади [99; 113].

Складники психологічної витривалості:

- навички самоконтролю в стресових ситуаціях;
- розуміння своїх обов'язків в екстремальній ситуації;
- ставлення до конфліктів як до випробувань, що їх потрібно подолати.

Вивчення психологічної підготовки загонів спеціального призначення показує, що найкращі результати досягаються за умови поступового підвищення складності реальних бойових ситуацій у навчанні та постійної підтримки командирів, які допомагають солдатам розглядати свої помилки, як вагомий досвід навчання, а не як особисту поразку [146].

Рекомендації до підготовки військовослужбовців із запобігання стресових розладів:

- організовувати реалістичне навчання, максимально наближене до справжніх бойових ситуацій;
- посилювати відчуття спроможності справлятися зі стресовою ситуацією, що включає методи концентрації, розуміння стресових реакцій як таких, що дають нові можливості та заміну ірраціональних думок на конструктивні, що допомагають подолати стресову ситуацію (когнітивну реструктуризацію);
- будувати стосунки взаємної підтримки та інформувати про характер допомоги, яку можуть надати в бойових обставинах командири, психологи та капелани;
- надавати інформацію (та здійснювати психоедукацію до та після травмівної події, особливо тим, у кого немає стресових симптомів), про те, що таке стресові симптоми та розлади, як вони виявляються. Важливо допомогти людині зрозуміти, що тимчасові розлади не свідчать про її слабкість, її помилки чи психічний розлад. Пояснення має містити розгляд можливих стресових симптомів та проблем у са-

мопочутті, стосунках, у професійній діяльності. Серед військових поширюється інформація про те, де можна отримати кваліфіковану психологічну допомогу, якщо стресові симптоми не минають упродовж декількох діб, і особа потребує допомоги фахівця;

- не рекомендується проводити дебрифінг для тих військовослужбовців, у яких немає симптомів розладів. У цьому випадку дебрифінг може бути непродуктивним чи навіть шкідливим [140].

Стресові реакції після травмівної події:

а) гостра стресова реакція (стресові симптоми спостерігаються від початку до 4 діб) (*див. Додаток 1 із переліком реакцій після травмівної події*);

б) гострий стресовий розлад (стресові симптоми від 2 до 30 діб) (*див. Додаток 2*);

в) гострий посттравматичний стресовий розлад (стресові симптоми від 31 доби до 3 місяців) (див. Додаток 3) та хронічний ПТСР (стресові симптоми понад 3 місяці) (*див. Додаток 3*).

2. ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В РАЗІ ГОСТРОЇ СТРЕСОВОЇ РЕАКЦІЇ

Гостра стресова реакція на травмівну подію характеризується симптомами тривоги – тремтіння, жар чи прискорене серцебиття. Може спостерігатися стан приголомшення або збудження, високої активності, чи, навпаки, депресії та відчуження (*докладніше див. Додаток 1*).

Важливо зазначити, що ці симптоми можуть зникнути через кілька годин чи діб і часто не призводять до тривалих стресових розладів. Тому мета першої психологічної допомоги (як і в медицині, «зупинити кровотечу») – стабілізувати стан людини та виявити, чи вона потребує подальшої допомоги.

Не було виявлено підходів, які суттєво поліпшують психічний стан людини на першому етапі психологічної допомоги (в перші чотири доби після події). Але є методи та підходи з відносною ефективністю. Зокрема, це перша психологічна допомога як підхід, зі своїм протоколом та показаннями [35; 46; 10].

На етапі **першої психологічної допомоги** потрібно:

а) задовольнити негайні потреби: надати першу медичну допомогу, забезпечити базові потреби в безпеці, їжі, питті, укритті, одязі, сні;

б) сприяти відновленню зв'язку з рідними та друзями;

в) провести психологічну підтримку і психоедукацію, спрямовану на подолання дезорієнтації, розуміння постраждалим виявів стресових реакцій, способів їхньої нормалізації та стабілізації психофізичного стану;

г) оцінити потребу людини в духовній допомозі. Це може бути розмова з капеланом, молитва чи участь у богослужінні або здійснення певного обряду [140].

Після терористичного акту одинадцятого вересня 2001 року в Сполучених Штатах відвідування церковних богослужінь відразу значно зросло [117], а телефонне опитування впродовж тижня після атак (вибірка – 567 дорослих респондентів) засвідчило, що 90 % опитуваних вдалися до релігійних засобів подолання стресу, пов'язаного з цими атаками [130].

Нерозв'язані духовні питання спричиняють духовний дискомфорт – сумнів у Божій силі, нездатність вибачити собі чи іншим, сприйняття стресової ситуації як Божого покарання – призводять до розвитку симптомів депресії, тривоги, стресових розладів [144].

Втрата віри в Бога була пов'язана зі зверненням по психологічну допомогу [100]. Тому розмова з капеланом може бути вирішальною в наданні першої духовно-психологічної допомоги та сприянні стабілізації психічного стану військового чи ветерана війни.

Протипоказання та неефективні підходи на етапі першої психологічної допомоги в разі гострої стресової реакції:

а) перша психологічна допомога людям, в яких немає психотравмівних симптомів, може бути непродуктивною і навіть шкідливою [128];

б) під час військових конфліктів не проводять класичних психологічних дебрифінгів, у цих ситуаціях вони неефективні [140].

Потрібно розділяти **психологічний дебрифінг**, спрямований на надання першої психологічної допомоги, та **операційний дебрифінг**, мета якого – аналіз операції. Операційний дебрифінг часто є невід'ємною частиною аналізу виконання бойового завдання, але він не допомагає подолати стресових симптомів. Командирів і службовців, що проводять операційний дебрифінг, потрібно вчити: не спричиняти мимовільної психологічної шкоди, не ставити запитань стосовно почуттів та реакцій; ідентифікувати людей, які потребують психологічної допомоги, і скеровувати їх до фахівців. На цьому етапі допомоги немає показань для психофармакологічного втручання з метою сприяння уникненню подальшого розвитку гострого стресового розладу чи ПТСР [140].

3. РАННЯ ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В РАЗІ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Якщо гострий стресовий стан триває два тижні максимум, то потрібно провести діагностичне опитування чи скринінгове дослідження, щоб виявити гострий стресовий розлад.

Симптоми гострого стресового розладу (*див. Додаток 2*):

- виснаження;
- соматичні скарги;
- збудження;
- тривожність;
- почуття провини;
- безнадія;
- амнезія чи дисоціативні симптоми;
- відчуження;
- нав'язливе повторне переживання події;
- уникнення ситуацій, що нагадують подію;
- зловживання алкогольними чи наркотичними речовинами.

Після стабілізації психологічного стану постраждалого внаслідок травмівної події потрібно через чотири доби (іноді фахівці це роблять протягом двох тижнів) встановити симптоми та провести діагностування гострого стресового розладу (можна за допомогою коротких скринінг-тестів).

Якщо встановлено гострий стресовий розлад, то постраждалому надається рання психологічна допомога (від 4 до 30 діб після травмівної події). На цьому етапі рекомендовано проведення 4–5 базових когнітивних терапевтичних сесій з елементами експозиційної терапії (із застосуванням стимулів, що нагадують про травмівну подію) разом чи без когнітивного реструктурування [140;109]. Замість експозиційної терапії часто застосовують реальну (in-vivo), уявну чи оповідальну (наративну) експозицію до травматичної ситуації чи стимулів, що часто поєднуються з когнітивною реструктуризацією, коли клієнт оцінює правдивість своїх переконань щодо небезпеки, а також релаксацію та моніторинг своєї тривоги. Прикладами **експозиційної терапії** є пролонгована експозиційна терапія, коротка еклектична терапія та наративна (оповідальна) терапія [140].

Групова робота на цьому етапі може бути корисною в межах інформаційної просвіти щодо травми (розуміння своїх посттравмівних симптомів і розвиток навичок їхнього подолання). Контекст багаторазових групових терапевтичних зустрічей також сприяє створенню атмосфери підтримки та довіри, природної для військовослужбовців під час несення служби і в бойових ситуаціях.

На етапі ранньої психологічної допомоги не рекомендується застосовувати психотерапію, якщо в потерпілого нема патологічних симптомів. Не рекомендується також проводити психологічний дебрифінг (хоча на цій стадії допомоги й немає протипоказань стосовно нього) [140].

На етапі ранньої психологічної допомоги настійно рекомендується уникати призначення бензодеазопінів і типових нейролептиків, аби не спричинити в майбутньому розвитку стресових симптомів. Немає досліджень, які б доводили доцільність застосування антидепресантів на цьому етапі допомоги, тому до зазначеної групи ліків потрібно ставитися обережно [140].

4. ДІАГНОСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ПТСР

Якщо симптоми стресового розладу тривають та поглиблюються і через 30 діб після травмівної події, то потрібно звернутися до фахівця, щоб оцінити наявність посттравматичний стресовий розлад (*див. Додаток 3*).

Ефективними психотерапевтичними підходами з **потужною доказовою базою** на цьому етапі вважають травмофокусовані підходи з елементами експозиції, когнітивного реструктурування чи стресового щеплення (інокуляції).

Ці підходи включають методи протидії симптомам тривоги з акцентом на дихальних вправах, розслабленні м'язів і когнітивних елементах (регуляції внутрішнього діалогу, зупинення нелогічних думок, рольової гри), а також експозиційні техніки (реальна, уявна чи наративна експозиція до травмівної події) [140]. Нові дослідження свідчать про ефективність когнітивно-процесуального підходу і десенсибілізації та переробки за рухом очей (ДПРО, англійською EMDR) [109].

Підходи з **відносною доказовою базою** та ефективністю:

- образно-циклічна терапія (Imaginary Rehearsal Therapy – IRT) може бути показана для допомоги у випадку жахів та розладів сну;
- коротка психодинамічна терапія;
- додаткове застосування гіпнотичних методів (може бути ефективним у роботі з такими психотравмівними симптомами, як тривога, біль, дисоціативні розлади та нічні жахи) [140].

До підходів, застосування яких показало **хороші результати**, але **доказова база досліджень замала**, належать:

- діалектична когнітивна терапія (*Dialectical Behavioral Therapy*), ефективна при пограничному розладі особистості та парасуїцидальній симптоматиці;

- терапія із застосуванням тварин (*Animal-Assisted Therapy*), найчастіше це собаки та коні – зв'язок із твариною допомагає відновленню у фізичній, емоційній, когнітивній та соціальній сферах [140];
- голковколювання (*acupuncture*) [106], особливо для підвищення якості сну [112];
- електроенцефалографія (*ЕЕГ*) зворотного зв'язку (*neurofeedback*) з метою контролю емоційних і стресових симптомів [101].

5. ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ У РАЗІ РОЗЛАДІВ СУПУТНІХ ПТСР

Надаючи допомогу при ПТСР, потрібно також звертати увагу на можливість **самогубства** та **насильства стосовно інших**, особливо щодо членів родини.

У Сполучених Штатах було спостереження, що після війни у В'єтнамі більше ветеранів померло від суїциду після війни (від власних рук), аніж загинуло під час бойових дій від рук ворога [116]. Дослідження показують, що існує зв'язок між почуттям провини та самогубством [104], тому необхідно виявляти почуття провини і допомагати військовослужбовцеві вибачити собі чи здійснити реструктуризацію його мислення. Потрібно зважати й на те, що більший ризик самогубства у ветеранів, травмованих фізично [147]. Необхідно виявляти чи ветеран не б'є дружини, дітей, чи карає їх, і як, а також запобігати завданню шкоди та здійсненню насильства щодо інших людей, особливо членів сім'ї [140].

У людей із ПТСР зростає ризик ВІЛ-інфекцій, гепатитів, тютюнокуріння, формування залежності від психоактивних речовин. У Сполучених Штатах у 40–50 % осіб, що зверталися до Адміністрації ветеранів, аби отримати психологічну допомогу при ПТСР, були проблеми зі зловживанням алкоголю чи наркотичних речовин [140]. У цьому випадку у фокусі психотерапевтичної допомоги мають бути **алкогольна та наркотична залежність**, а іноді ці напрями можуть бути пріоритетними.

ПТСР у військовослужбовців може ускладнюватися і травмою головного мозку. Але не слід припиняти психотерапії ПТСР, якщо надається медичне симптоматичне лікування симптомів струсу головного мозку [140].

У військовослужбовців і ветеранів бувають й **сексуальні проблеми**, зазвичай, пов'язані зі стресовими розладами. У таких випадках психотерапію сексуальних розладів потрібно включати до заходів комплексної допомоги при ПТСР.

Щодо **модальностей психотерапевтичної допомоги**, то на цьому етапі показані групова та сімейна терапія, оскільки стресові симптоми стосуються всіх членів сім'ї. Тому потрібно допомагати кожному членові родини і особливо, дітям.

Психофармакологічна допомога при лікуванні симптомів ПТСР спрямована на стабілізацію симптомів, наприклад, депресивного настрою за допомогою антидепресантів. Клас антидепресантів, які показали найбільшу доведену дослідженнями ефективність – селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor – SSRI*). З цією метою застосовують й інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (*Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor – SNRI*) [140]. Якщо нічні жахи не минають при застосуванні антидепресантів і терапії, другою лінією фармакологічної допомоги є празосін (*prazosin*), рекомендований у багатьох фармакологічних дослідженнях лікування симптомів ПТСР [140].

Із запропонованого аналізу стає зрозумілим, що допомога в разі стресових реакцій і розладів має досить конкретні показання та протипоказання. Ефективність допомоги залежить насамперед від обізнаності та підготовки фахівця, що її надає. Тому важливо, щоб психологи, лікарі та інші фахівці, які допомагають військовослужбовцям і працюють з наслідками психологічної травми, проходили додаткові курси підвищення кваліфікації та освоювали підходи з широкою доказовою базою ефективності. Щоб психологічна допомога була послідовною і контрольованою, потрібно розв'язувати проблеми щодо атестації та ліцензування фахівців.

3.4. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА РОДИНАМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

У кожній країні світу підписання контракту чи призов солдата на військову службу є стресом для родини. Сім'я часто відчуває, що її затягує вир наслідків, що їх вона не обирала, або на які не погоджувалася [131]. Щодня така родина приносить значні жертви. До прикладу:

- сім'я функціонує без одного з батьків (чоловіка чи жінки) тривалий час у період підготовки або виконання бойового завдання;
- сім'ї часто не вистачає військовослужбовця у свята, дні народження і спеціальні події, на яких він не може бути присутнім, перебуваючи далеко на навчанні або виконуючи бойове завдання;
- якщо військовослужбовець навіть живе з родиною, то його робочий день невнормований;
- сім'я налаштована на сприйняття військової служби понад усе і на функціонування за умов відсутності одного з її членів;
- кожний член сім'ї переживає дистрес, тому що близька людина може не повернутися з війни чи з бойового завдання, або повернутися змінена – психологічно і/або фізично.

Тому, плануючи терапію, треба зважати на потреби всієї родини. Після війни США в Афганістані й Іраку перша загальна рекомендація полягає в тому, щоб тримати всю сім'ю у фокусі терапії, проводити терапію родини як цілісної системи [132]. Якщо допомагати тільки одній частині системи, то очікування, що вся система буде ефективно працювати, є інфантильним. Тому треба зосередити терапію на сім'ї загалом, на динаміці її життя, на проблемі адаптації до життя після війни, на її труднощах і на справжньому зціленні. Водночас ефект терапії є обопільним: здорова сім'я допомагає зціленню військовослужбовця, і навпаки. Така природа сімейних систем – елементи системи взаємопов'язані, один елемент впливає на функціонування всіх інших [105].

У США є низка програм, протоколів і динамічних моделей, спрямованих на індивідуальну терапію ветеранів [103]. Втім, незважаючи на те, що дослідження незмінно демонструють вплив психотравми на всіх членів сім'ї [121], спостерігається брак даних щодо терапії родин військових. У деяких дослідженнях висвітлено підсистеми чоловіка чи батька [134] або пари [92], але тільки в декількох роботах подано дослідження терапії сімейної системи в її цілісності [141].

Далі ми розглянемо чинники **терапії**, що суттєво впливають на задоволення подружнім життям і на сімейну динаміку.

Після бойового завдання або військової служби людина загалом повертається іншою – фізично й емоційно. Важливо зазначити, що на відміну від колишніх воєн, більше ветеранів повертаються додому, переживши рани й травмування, які могли б у минулому бути смертельними; зазнавши при цьому більше політравмівних ушкоджень: множинних ампутацій, черепно-мозкових травм, важких травм обличчя тощо [102]. Будь-які **тілесні ушкодження** впливають на психіку людини [115], до цього додаються невидимі моральні травми від споглядання наслідків війни, стреси, пов'язані із загальними аспектами служби у збройних силах [142].

Відрядження для виконання бойових чи службових завдань сьогодні є реальністю військової служби. **Розлука** позбавляє членів сім'ї повсякденного спілкування, але не обов'язково негативно впливає на загальне задоволення або якість подружніх стосунків. Якщо взяти до уваги широке коло подружніх чинників: рівень впевненості, що шлюб може зберігатися тривалий час; рівень відданості подружжя одне одному; кількість розлучень; рівень задоволення подружнім життям, насильство в сім'ї, то з'ясовано, що немає істотних відмінностей у задоволенні подружнім життям у пар, роз'єднаних через військові конфлікти, і тих, хто просто служив в армії, перебуваючи вдома.

Однак істотні відмінності виявилися у випадку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Було встановлено, що конфлікти в родинах, в одного з членів яких був ПТСР, значно частіші, ніж в інших сім'ях, а рівень задоволення сімейними стосунками, рівень впевненості у шлюбі нижчий. Отже, не так розлука, як **симптоми ПТСР** після повернення військовослужбовців додому з бойової місії негативно впливають на якість сімейних стосунків [88].

Дослідження показали: що ближче в часі було бойове завдання, то ймовірніший розвиток симптоматики, пов'язаної зі стресом (зокрема ПТСР). У подальшому це призводило до низького рівня задоволення подружнім життям (*Allen et.al. 2010*). Багато досліджень підтверджують, що симптоматика ПТСР щодо сну, дисоціації і серйозних сексуальних проблем значно знижує рівень задоволення подружнім життям [122]. Високий рівень інтенсивності симптомів травми у ветеранів негативно впливає і на їхню здатність до емоційної відкритості та доступності для членів родин.

Іншим важливим напрямом терапії сім'ї є робота з **домашнім насильством**. Доведено, що в сім'ях військових спостерігаються серйозні форми домашнього насильства, і це не завжди пов'язано з наявністю стресових чи інших розладів у військовослужбовців [139]. Водночас є дослідження, які свідчать про те, що сама собою участь у бойових діях не є визначальною для домашнього насильства. Проте, молоді пари, особливо молоді дружини солдатів, повідомляють про значну кількість випадків насильства з боку військовослужбовців та ветеранів, що повернулися з бойових завдань чи з війни [123]. Зокрема, випадки домашнього насильства частіше виявлялися у перший рік після повернення військовослужбовців

додому [137]. Отже, робота з питань насильства в сім'ї актуальна і, можливо, має бути більше орієнтована на молоді пари та сім'ї у перший рік після повернення військовослужбовця зі службового відрядження.

Наступною важливою темою терапії є **робота з дітьми**. Нещодавнє дослідження показало, що діти в сім'ях, де в одного з батьків є симптоми ПТСР, частіше переживають стресові життєві події [133]. Такі додаткові стресори впливають на поведінку та емоційні почуття дитини, що не дає їй змоги успішно навчатися в школі та почуватися спокійно і комфортно в сім'ї.

Ще однією суттєвою проблематичною сімейною динамікою, пов'язаною з військовою службою, є **реінтеграція**. Під час тривалої розлуки військові і їхні сім'ї живуть різним життям. Тривалість розлуки на рік чи більше закріплює ці «різні» способи життя. Відокремлений від родини військовослужбовець (солдат, офіцер) вчиться функціонувати як особистість і піклуватися про себе та безпеку бойової команди. В цей час його дружина справляється з робочим навантаженням, яке раніше розподілялося на двох. Було встановлено, що риса, яка допомогла дружині впоратися без чоловіка, а саме – незалежність, стає тим руйнівним чинником, що спричиняє найбільші проблеми при возз'єднанні сім'ї. Отже, конструктивний механізм в умовах тимчасової відсутності чоловіка стає деструктивним механізмом після його повернення і спроби реінтегруватися в родину.

Оскільки розлука в сім'ях військовослужбовців буває дуже часто, це майже норма, деякі дослідження показують, що вона здатна допомагати сім'ям стати стійкішими і творчими у підходах до подолання відчуженості [118]. Було також встановлено, що повсякденне спілкування під час службового чи бойового відрядження, є захисним механізмом для загальної сімейної стійкості [118].

Спілкування під час військових навчань і бойових операцій може відбуватися електронною поштою, за допомогою веб-камери чи мобільного телефону. Звичка до регулярного й ефективного спілкування укріплюється і стає частиною характеру за умови частих відряджень.

Кажуть, що те, що не вбиває, робить тебе сильнішим. Це підтверджує практика. У родинах, в яких є труднощі, є й резерв стійкості. Механізми виживання під час розлуки допомагають адаптації після повернення чи демобілізації учасника бойових дій.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 3

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Що, на вашу думку, об'єднує наведені в цьому розділі підходи до надання психологічної допомоги учасникам бойових дій у різних арміях світу.
2. Який, на вашу думку, світовий досвід реабілітації було б доцільно застосувати в Україні?
3. Чи можна досвід іншої країни повністю перенести на простір українських реалій? Якщо так, то досвід якої країни, на вашу думку, можна повністю запровадити в Україні?

ЗАДАЧА

Вас запросили бути модератором бурхливого обговорення питань щодо доцільності й недоцільності запровадження в нашій країні психологічної реабілітації постраждалих від воєнного конфлікту. Продемонструйте методи комунікації, які, з одного боку, дадуть змогу висловитися учасникам обговорення, а з іншого – зменшать надто бурхливі вияви емоцій.

Примітка. Групу потрібно поділити на дві підгрупи, кожна з яких має аргументовано доводити свою позицію з питань підтримки чи заперечення застосування психологічної допомоги, запровадженої в інших державах.

Мета: напрацювати спільну обґрунтовану концепцію щодо створення системи психологічної допомоги постраждалим від воєнного конфлікту в Україні.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть основні напрями психологічної допомоги населенню, постраждалому від конфліктів (у контексті світового досвіду).
2. Схарактеризуйте психотерапевтичні підходи, що використовуються в міжнародній практиці для лікування стресових розладів: з доведеною ефективністю, умовною ефективністю та недоведеною ефективністю.
3. Окресліть представлені в міжнародному досвіді види психологічної допомоги родинам учасників бойових дій.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Створіть порівняльну таблицю основних підходів надання психологічної допомоги військовим, що виконують службові завдання в зоні бойових дій в американській, ізраїльській та грузинській армії.

Розділ 4.

ДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ

Мета цього розділу – надати фахівцям психодіагностичні інструменти, які можна використовувати для проведення скринінгу і психологічної діагностики постраждалих від психотравмівних ситуацій.

Запропоновані опитувальники і шкали успішно використовують в багатьох країнах, зокрема, у США, Ізраїлі, країнах Західної Європи, Австралії. Деякі з цих методик є в «Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розладі адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», що впроваджується в Україні. Діагностичні інструменти (переважно методики самозвіту) науково-обґрунтовані, апробовані, схвалені фахівцями. Це свідчить про їхню ефективність.

Оскільки користувачами цього посібника будуть і люди з психологічною освітою, і ті, в кого її немає, але які згідно зі своїми службовими обов'язками працюють з постраждалими, ми пропонуємо різні за обсягом, спрямованістю, складністю в інтерпретуванні шкали й опитувальники, що зможуть задовольнити різні категорії користувачів психологічним інструментарієм.

Із запропонованих інструментів одні мають більший потенціал для використання як скринінгові опитувальники (для оцінювання травмування та міри впливу травмівного досвіду на людину), інші краще застосовувати для поглибленої діагностики. Проте, як і всі психодіагностичні технології, кожна з цих груп має свої особливості. Перші – швидкі та доступні, тож підходять користувачам без спеціальної підготовки, але ними не можна обмежуватися здійснюючи глибоку психологічну діагностику. З іншими можуть працювати лише підготовлені фахівці.

4.1. БАЗОВІ ПРИНЦИПИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ПОСТРАЖДАЛИХ ОСІБ

Психодіагностика – один із перших етапів у процесі надання психологічної допомоги. Важливо звернути увагу, що процедури діагностування, окрім оцінювання, вирішують й інші завдання, зокрема: встановлення довірливих стосунків з клієнтом, його інформування і підтримування, збирання інформації про інші проблеми фізичного та психічного здоров'я, налагодження співпраці тощо. Процес оцінювання має мотивувати людину продовжувати спілкування з психологом та іншими фахівцями. Без правильного здійснення цього кроку, наступного може й не відбутися – людина просто відмовиться від подальших послуг.

Ті, хто проводить психодіагностику осіб, постраждалих від конфлікту на Сході України, має дотримуватися певних **принципів** [41; 60; 80; 93; 95].

1. ПРИНЦИП БЕЗПЕКИ

Важливо створити атмосферу психологічної та емоційної безпеки для клієнта (адже після перенесеної травми люди можуть почуватися незахищеними, не вірити в добрі наміри інших тощо). Основу для побудови такої атмосфери можна закласти від самого початку зустрічі. Наприклад, якщо це ветеран, передусім треба вислухати його, подякувати за службу Україні. Якщо він щось розкаже про свій стан, пояснити, що це типова реакція на травму. І лише після встановлення контакту можна проводити скринінг на основі чіткої методики. Обов'язково треба пояснити, що заповнення опитувальників – необхідна ланка в процесі психологічної допомоги. І головне для створення атмосфери безпеки – виявляти позитивне ставлення до людини.

2. ПРИНЦИП ЗАЦІКАВЛЕНОСТІ

Людям, яким ви надаєте допомогу, потрібно демонструвати небайдуже ставлення, повагу, щиру турботу. Допомога постраждалим не вичерпується тільки психологічною підтримкою. Суттєва частина допомоги припадає на розв'язання соціальних, родинних проблем, труднощів на роботі чи проблем із працевлаштуванням. Створенню довірливих стосунків допоможе сприяння в задоволенні нагальних потреб людини. Якщо це не входить до компетенції закладу, в якому ви працюєте, треба скерувати особу до організацій, які зможуть таку допомогу надати. Наприклад, можна допомогти людині зв'язатися з організацією телефоном, через веб-сайт або особисто.

3. ПРИНЦИП МІНІМІЗАЦІЇ ТРАВМИ

Насамперед мінімізуйте пов'язані з травмою переживання людини, щоб уникнути повторного травмування, Ставте тільки необхідні запитання і намагайтеся отримати лише важливу інформацію. Потрібно також зважати на особливу вразливість людей, які пройшли складні випробування. Зокрема, багато хто з них не вважає себе «постраждалим» чи «травмованим». Щоб не образити їх, не вживайте цих слів.

У процесі психодіагностики можуть виявитися симптоми переживання психотравми (людина може розплакатися, продемонструвати недовіру, злість, роздратування тощо). У разі неадекватної реакції важливо розуміти, що вона не обов'язково спрямована особисто на вас і може не стосуватися рівня вашої компетентності. Такі стани зумовлені минулим чи, можливо, очікуваннями від сьогодення, які не збуваються.

4. ПРИНЦИП ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Будьте відкритими, послідовними, передбачуваними (наскільки це можливо). Перед тим, як щось робити, поясніть, навіщо це потрібно; якщо даєте обіцянку (наприклад, направити

до відповідної організації, зателефонувати через деякий час, щоб обговорити висновки діагностики тощо) – то своєчасно її виконайте; якщо сталося непорозуміння, визнайте це та свою відповідальність за цю прикрість.

5. ПРИНЦИП КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

Ви відповідаєте за те, щоб інформація особистого характеру, яку повідомляє людина, використовувалася лише в її інтересах. Спочатку отримайте усвідомлену згоду; поясність, кому і як будете надавати інформацію, розкажіть про можливі обмеження в дотриманні принципу конфіденційності.

6. ПРИНЦИП ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ І ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Ви відповідаєте за компетентну та якісну роботу, за пріоритетність цілей надання допомоги клієнтові незалежно від його поведінки чи реакцій.

7. ПРИНЦИП ДОСТАТНЬОГО МІНІМУМУ

Не можна перевантажувати людину, якій ви надаєте психологічну допомогу, заповненням довгих опитувальників, особливо в процесі скринінгу. Необхідно використовувати тільки той психологічний інструмент, який допоможе вирішити завдання конкретного обстеження.

8. ПРИНЦИП ЧІТКОГО РОЗУМІННЯ МЕЖ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Якщо фахівець немає відповідної кваліфікації – потрібно скерувати клієнта до професіонала, який зможе якісно надати допомогу.

Чого **не можна робити** під час психодіагностики:

- проводити психодіагностичне дослідження особи, що перебуває в стані інтоксикації. В такому випадку фахівець має забезпечити відповідну допомогу клієнтові й виявити свою готовність поспілкуватися, коли він буде дієздатним;
- змушувати людину розповідати, що з нею відбулося;
- ставити запитання особистого характеру;
- говорити про те, що людина має відчувати або як вона, на вашу думку, повинна була діяти.

4.2. ПСИХОДІАГНОСТИКА ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМІВНУ ПОДІЮ

Одним із наслідків воєнних конфліктів можуть бути різноманітні порушення психічного здоров'я населення. Найчастішою формою психічних порушень в осіб, що пережили небезпечні для життя ситуації, є посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які з часом можуть стати більш вираженими або/та раптово виявитися на тлі загального благополуччя. До того ж, і в дорослих, і в дітей, внаслідок впливу травми і розвитку ПТСР можуть розвиватися супутні психічні розлади.

У світовій практиці для діагностики осіб, що перенесли важку травму, розроблено багато клініко-психологічних і психометричних методик. За деякими джерелами, існує 42 опитувальники, що використовуються в діагностуванні посттравматичних розладів [90; 29]. Частіше це складні методики, проведення та інтерпретування яких потребують спеціального навчання. А використання таких методик, як проективні тести Роршаха, Сонді (доведена висока інформативність), потребують не просто психологічної підготовки, а й отримання спеціального допуску до роботи. Тому навіть на Заході їх застосовують переважно в клініках.

Особливості (зокрема, зміст й обсяг методик) психодіагностичного обстеження визначаються завданням **обстеження**: проведення скринінгових процедур; встановлення діагнозу (оцінювання симптомів, синдромів); диференціальна психодіагностика; оцінка відповіді на попередні психологічні впливи; визначення мішені психокорекції/психотерапії і ресурсів особистості тощо.

Одним із перших кроків посткризової психодіагностики є проведення скринінгу. **Скринінг** (відбір, сортування) – у медицині система первинного обстеження груп клінічно безсимптомних осіб із метою встановлення наявності чи відсутності певного захворювання. Зауважимо, що, як правило, скринінговий тест не є інструментом діагностики, а лише дає змогу виявити осіб з високим ризиком наявності відповідного розладу [138; 47; 60].

Основна мета скринінгових процедур у посткризовій діагностиці – визначити актуальний психологічний і медичний стан, виявити тих, хто перебуває у стадії стресу. Тобто, є медичний (виокремлюють тих осіб, у яких зафіксовано серйозні інфекційні захворювання) і психологічний блок (короткі скринінгові опитувальники ПТСР).

Якщо скринінг проводиться впродовж місяця після травмівної події, то він спрямований переважно на виявлення гострого стресового розладу (ГСР), який часто виникає саме в цей період. Через місяць після травмівної події проводиться скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з метою виявлення цього розладу на ранньому етапі. Ще одне завдання скринінгу – виявлення осіб із високим ризиком пізнішого відтермінованого розвитку ПТСР і тих, хто потребує ретельнішого обстеження.

Результати сучасних наукових досліджень показують, що досі не знайдено точного методу скринінгу відтермінованого розвитку ПТСР [20; 93; 97].

Важливе питання, на яке ми не можемо не звернути уваги: кому саме потрібно проходити скринінг на ПТСР? У найкращих арміях світу (зокрема, в ізраїльській) вважають, що посткризове тестування мають проходити всі учасники бойових дій, і що дуже важливо, **з ініціативи психологів**, а не військовослужбовців та їхніх командирів [95]. В Україні лікарям рекомендовано проводити скринінг (на наявність психологічних причин соматичних захворювань) для тих осіб, що звертаються до закладів першої медичної допомоги з повторюваними неспецифічними проблемами з фізичним здоров'ям [80].

Рекомендовано також проводити оцінювання наявності ПТСР в осіб:

а) з групи підвищеного ризику (військовослужбовці, ветерани, переселенці, біженці, люди, які постраждали внаслідок травмівної події);

б) з поведінкою, що свідчить про наявність симптомів ПТСР;

в) з ознаками тривалих/поточних утруднень або психологічного виснаження (наприклад, під час ротацій військовослужбовців).

Найкращий варіант – **організація скринінгу для всіх, хто пережив травмівну подію** (учасників бойових дій, переселенців, біженців, звільнених з полону тощо). Одним із симптомів ПТСР є уникання, що утримує людей від візиту до психолога, і розлад залишається невиявленим. Часто потерпілі звертаються не до фахівця в галузі психічного здоров'я, а до когось іншого, наприклад, до працівника соціальної служби, працівників закладу первинної медичної допомоги чи у відділення невідкладної допомоги [60; 63– 64].

Є цілий набір різних скринінгових методик, які широко застосовують в усьому світі. Деякі з них застосовують і в Україні для скринінгу осіб, постраждалих від воєнного конфлікту (*Додатки 3, 14*).

Скринінгові інструменти є частиною переддіагностичного обстеження, основна мета якого: виявлення осіб, що потребують допомоги. Зауважмо, що скринінговий тест лише дає змогу виявити людей з високим ризиком відповідного розладу.

Скринінгові опитувальники ПТСР спрямовані на виявлення:

- основних симптомів ПТСР;
- типу травмівної події, яку пережила особа (ступінь розвитку цього розладу та рівень переживання часто залежать від тривалості та інтенсивності травмівного досвіду);
- та оцінювання впливу травмівної події на людину (наскільки глибоко вона її переживає).

Зазвичай, процедура проведення скринінгового тесту та його інтерпретація є достатньо простою і дає змогу оперативно виявити тих, у кого є чи немає відповідного розладу. Раннє виявлення симптомів дає можливість якомога раніше розпочати роботу з людиною, щоб мінімізувати негативні наслідки психологічного травмування.

Іноді переддіагностичне обстеження проводять і у формі бесіди (інтерв'ю), під час якої виявляють наявність чи відсутність ознак посттравматичних розладів. Для цього можна використовувати **«Формалізоване психодіагностичне інтерв'ю з комбатантами для діагностики ймовірності ПТСР»** (*Додаток 4*).

Далі описано процедури скринінгу, скерування до психолога, психотерапевта чи психіатра та подальше психологічне обстеження.

1. Для виявлення основних симптомів ПТСР можна використовувати один із таких опитувальників:
   - стандартизований **«Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу»**, що складається із семи питань (*Додаток 3*);
   - **«Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР (PCL–5)»** (*Додаток 5*);
   - **«Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL–C) – цивільна версія»** (*Додаток 6*) і **«Шкала самооцінки наявності ПТСР (PCL–M) – військова версія»** (*Додаток 7*).
2. Для виявлення типу травмівної події, яку пережила людина, можна застосовувати: **«Контрольний перелік життєвих подій (LEC)»** (*Додаток 5*).
3. Визначити вплив пережитої події на особу можна за допомогою **«Шкали оцінювання впливу травмівної події (IES–R)** (*Додаток 8*).
4. Якщо після підрахунку балів результати тестів вказують на ймовірність ПТСР, необхідно:
   - **поінформувати** клієнта про те, що виявлені в нього зміни можуть бути реакцією на стрес. А це потребує подальшого психологічного дослідження;
   - **скерувати** клієнта для уточнення діагнозу до психолога.
5. Психолог проводить подальше психологічне обстеження, задачами якого є:
   - уточнення діагнозу;
   - оцінювання клієнтів із ПТСР з позиції безпеки/небезпеки для себе та інших (скринінг суїцидального мислення): наявність суїцидальних думок, спроб самогубства, агресивної поведінки, факту попереднього лікування психічних розладів та адиктивної поведінки тощо;
   - виявлення постраждалих, що потребують обов'язкової консультації психотерапевта, лікаря-психіатра, нарколога чи інших фахівців; скерування до відповідного фахівця для проходження повного психологічного обстеження й отримання рекомендацій щодо лікування.

1. Розв'язання **першої задачі** – уточнення діагнозу. Якщо після проведення скринінгових тестів було виявлено симптоми ПТСР, необхідно провести глибоке вивчення цих симптомів за допомогою **«Контрольного переліку питань для оцінювання ПТСР (PCL-5)»** (*Додаток 5*). В ідеалі – для подальшої роботи з постраждалими, треба ретельно оцінити «історію» психотравми, сімейного стану, рівня соціального функціонування, професійної працездатності та якості життя. Адже в людини може бути не тільки ПТСР і супутні психічні розлади, а й соматичні захворювання, важка сімейна ситуація, залежність від психоактивних речовин тощо.

2. Для розв'язання **другої задачі** можна застосовувати **«Опитувальник ризику суїциду»** (*Додаток 9*) та **«Опитувальник рівня агресивності (А. Басса-М. Перрі)»** (*Додаток 23*). Зауважмо, що самогубство (свідоме позбавлення себе життя) належить до найбільших небезпек. Тому доцільно застосовувати опитувальник ризику суїциду навіть у разі мінімальної підозри щодо такої можливості.

   Останніми роками найвідомішими джерелами травми, що призводить до самогубства, є участь у бойових діях і перебування в полоні: після повернення з війни чи з полону ветерани можуть самостійно не справитися з пережитим [97; 95; 125; 60]. Важливо пам'ятати, що ризик самогубства чи самоушкодження посилюють такі чинники, як психічні хвороби, розлади настрою, вживання алкоголю та інших психоактивних речовин, попередні спроби самогубства, відсутність соціальної підтримки в родині, відсутність роботи, безнадія, симптоми тривоги; відсутність життєвих планів тощо. Дослідження показали, що загалом ПТСР не призводить до ризику суїциду, але якщо він поєднується з **клінічною депресією**, то ризик суїцидальної поведінки зростає [126; 93].

   Якщо виявлено, що стан людини небезпечний для її життя чи життя інших, необхідно терміново скерувати її до психотерапевта або лікаря-психіатра.

3. Окрім проблем, безпосередньо спричинених симптомами ПТСР, люди часто страждають і від **супутніх розладів**, зокрема депресії, тривожних розладів, зловживання алкоголем чи іншими психоактивними речовинами або залежністю від них. Це часто призводить до порушень функціонування в подружньому житті, на роботі та в соціальному середовищі [60; 127].

   Щоб виявити наявність супутніх розладів (що дає можливість розв'язати **третю задачу**) рекомендується застосовувати відповідний психодіагностичний інструментарій:

   - **«Опитувальник Бека для оцінювання депресії (BDI)»** (*Додатки 10 і 11*) чи «**Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)»** (*Додаток 12*) – для діагностики можливого депресивного розладу;
   - щоб визначити рівень зловживання алкоголем, можна застосовувати такі опитувальники: **«Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT»** (*Додаток 13*) або **«Опитувальник для визначення зловживання алкоголем «CAGE»** (*Додаток 14*);

- **«Тест на наркотичну та алкогольну залежність (Хелпер)»** для визначення наркотичної та алкогольної залежності (*Додаток 15*).

Різні дослідження незмінно вказують на зростання рівня вживання алкоголю після пережитих психологічних травм [30; 110; 95; 17]. А відтак, поширення алкоголізму є небезпечною суспільною тенденцією і в сучасній Україні. Зростає і кількість проблем, пов'язаних із зловживанням алкоголем.

До вживання психоактивних речовин часто вдаються як до копінгової, хоча й малоефективної, стратегії для подолання стресу. Сприяє популярності цієї стратегії той факт, що вживання алкоголю спочатку приносить короткотермінове відчуття полегшення. А далі алкоголь призводить до тривалого ефекту сповільнення активності центральної нервової системи. Тобто алкоголь як такий є **депресантом**.

Наведемо приклад процедури **диференціальної** психодіагностики. Для диференціації осіб із психологічними проблемами (невротизмом, неускладненими виявами розладів адаптації та дисоціацій) та осіб із підозрою на ПТСР можна застосовувати «батарею тестів» дібрану з урахуванням принципу достатнього мінімуму. **Основні тести**: *«Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для військових та ветеранів бойових дій)»* (*Додаток 16*); *«Місісіпська шкала оцінювання посттравматичного стресового розладу (для цивільних)»* (*Додаток 17*); *«Шкала оцінювання впливу травмівної події (IES-R)»* (*Додаток 8*). Всі названі тести є серед методик психодіагностики за Уніфікованим клінічним протоколом, затвердженим в Україні [80].

Якщо результат тестування за основними методиками вказує на ПТСР, особу треба спрямувати у відповідний заклад для подальшого ретельного обстеження та психологічної допомоги.

Якщо в результаті тестування виявлена норма, то подальшої психологічної діагностики людина не потребує.

Якщо ж результати в інтервалі між нормою та підозрою на ПТСР, то психолог має продовжити дослідження, щоб уточнити глибину та характер психологічної травми.

Уточнювальні тести: *«Опитувальник перитравматичної дисоціації» (Додаток 18); «Опитувальник Бека для оцінювання депресії (BDI)» (Додатки 10 і 11); «Опитувальник ризику суїциду» (Додаток 9); «Тест на наркотичну і алкогольну залежність (Хелпер)» (Додаток 15).*

З різними розладами адаптації (що їх фіксує Місісіпська шкала ПТСР) психологи можуть працювати, якщо уточню вальні тести показують помірний рівень травмування. Якщо ж розлади адаптації проходять на тлі більш вираженого психологічного травмування та депресії, то долучатися має психотерапевт, а то і психіатр.

4.3. ОСОБЛИВОСТІ ПОСТКРИЗОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДІТЕЙ

Життя показало, що травмівні події можуть спричинити розвиток ПТСР і в дітей. Вони такі ж вразливі до цього розладу, як і представники будь-якої іншої вікової категорії. Оскільки в дитинстві інтенсивно розвивається мозок, дитина значно більше страждає від впливу психотравми, ніж дорослі. До того ж, діти не можуть ще осмислити того, що з ними відбувається.

Наукові дослідження проблеми ПТСР у дітей і підлітків показали, що здебільшого цей розлад виявлявся в них у перші кілька тижнів, а відтермінована форма траплялася рідко. Поширені в дітей і такі супутні розлади, як тривога і депресія [107; 111; 145].

Більшість чинників ризику, що роблять дитину більш схильною до розвитку ПТСР, не відрізняються від чинників ризику дорослих. Без знання особливостей посттравматичних реакцій дітей, постраждалих під час воєнного конфлікту або в окупації, не можна здійснити якісної психодіагностики посттравматичних психічних проблем. Розгляньмо ці особливості [86; 36; 37].

ПТСР – це стійка реакція на травмівну подію. Для дитини травмівною подією може стати будь-яка ситуація, яку вона суб'єктивно сприймає як жахливу, страшну, таку, що приносить горе. Це може бути щось особисте (аварія, смерть близької людини, насильство в сім'ї тощо) або таке, що стосується багатьох людей (бомбування, обстріл, воєнна сутичка, терористичний акт, пожежа, природна катастрофа). Якщо дитина переживає кілька травмівних подій поспіль, то виникає кумулятивний ефект, що призводить до більшої ймовірності виникнення не тільки гострого стресового розладу (який зазвичай через кілька місяців минає без наслідків), але й тривалих посттравматичних стресових розладів. Війна, вимушене переселення – політравмівні явища, що складаються з багатьох травмівних подій.

Основні види подій, які можуть нанести психологічну травму дитині:

- війна як така та вимушене переселення як її наслідок, терористичні акти, важка природна або техногенна катастрофа з багатьма жертвами;
- природні катаклізми без катастрофічних наслідків (землетрус, цунамі, пожежа, велика повінь);
- смерть близької людини в родині;
- сексуальне або фізичне насильство;
- розлучення батьків;
- важка хвороба;
- перебування без батьків у лікарні тощо.

Дітям, які переживають психотравму, важко зрозуміти, що з ними сталося. Це пов'язано насамперед з їхніми віковими особливостями: їм не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина не в змозі повністю усвідомити сенс того, що відбувається – вона просто запам'ятовує ситуацію, свої переживання цієї миті. Її сприйняття дійсності стає хаотичним, безладним, заплутаним, руйнується «структура світу» в якому дитина живе. Більшість дітей справляється з психотравмою завдяки взаємодії з досвідченим фахівцем (психологом чи соціальним педагогом). Якщо в дитини немає психологічного резерву для озвучення своїх почуттів, можна використовувати проективні методики для психологічної діагностики. Але навіть під час звичайної консультативної зустрічі для того, щоб більше зрозуміти характер емоційних переживань дитини, можна скористатися «емоційною картою».

ПРОЕКТИВНА КАРТА ЕМОЦІЙ



Дитині важко висловлювати свої почуття стосовно подій чи людей, їй набагато простіше знаходити зображення емоційних реакцій на смайликах та ідентифікувати їх зі своїми переживаннями. Особливо це важливо, коли основну травму дитина отримала через приховану складну ситуацію в батьківській родині або від замовчування батьками подій, учасником яких стала дитина в зоні бойових дій чи в процесі переселення або адаптації до нового місця проживання:

У **дослідженні подій** використовують запитання на кшталт:

– Що ти відчув (ла), коли той чоловік підійшов до тебе?..

– А коли він тебе схопив?....

– Яким ти його бачив (ла) в той момент, коли він…?

– Як ти себе почував (ла), коли він утікав….?

– А як зараз почуваєшся, коли згадуєш ті події? Тощо. *(Рухаємося від травмівної події до теперішнього часу.)*

– Що ти відчуваєш, коли я запитую про ті події, покажи будь ласка?

– Бачу, що для тебе це…, а що ти відчував (ла) тоді, коли це трапилося? *(Рухаємося від теперішнього часу до глибини конкретної травми).*

У дослідженні образу людей питання можуть бути такими:

– Якою (яким) ти себе бачиш? А коли в тебе гарний настрій як ти почуваєшся? А коли поганий? тощо

– Як ти відчуваєш свою маму (тата, брата, друга тощо)?

– А який він, коли в неї (нього) хороший настрій?

– А коли – поганий настрій?..

– Якби ти себе почувала (почував), якби тато не пив (не сварився, не покинув вас) тощо?

Важливо пам'ятати, що під час діагностування дитина в жодному разі не повинна почуватися як під мовним обстрілом. Питання треба ставити м'яко, можна застосовувати порівняння, елементи казкотерапії чи психотерапевтичної метафори. Потрібно давати дитині змогу вільно висловлюватися стосовно тих проблем, що активізують зону інтересу самої дитини в процесі комунікації, навіть якщо ці запитання не стосуються досліджуваної теми.

Діти, як і дорослі, реагують на травмівні події по-різному. Важливо знати основні вияви ПТСР у дітей.

В **емоційній сфері** про розлад сигналізують:

- поява **страхів** як першої реакції на пережитий стрес. Ці страхи спричинені потребою уникнути повторного переживання загрозливої події. Наприклад, дитині

страшно виходити з будинку, залишатися на самоті або перебувати в замкненому просторі;

- поява **специфічних фобій**. Наприклад, дитина (навіть підліток) панічно боїться розлучатися з близькими, спати одна в кімнаті, бути в темряві тощо;
- поява **відчуття провини** за те, що трапилося. Особливо це характерно для старших дошкільнят та молодших школярів. Діти цього віку ще залишаються егоцентристами, а тому вважають, що «все погане сталося через мене, бо я був поганим», і думають, що хвилювання і страхи батьків спричинені їхньою поведінкою.

На **когнітивному рівні** ПТСР у дітей виявляється у:

- **погіршенні концентрації уваги:** діти стають неуважними;
- **порушенні пам'яті:** діти все забувають, їм важко згадувати минуле, особливо інформацію травмівного чи стресового характеру;
- **втраті** уже сформованих **когнітивних навичок**;
- **порушеннях сприйняття** навколишнього середовища: сприйняття стає хаотичним, уривчастим, вирізняється плутаниною;
- появі **думок про смерть**.

На **поведінковому рівні** ПТСР у дітей виявляється у:

- **різких змінах поведінки.** Наприклад, діти не хочуть розлучатися з батьками навіть ненадовго, можуть у прямому сенсі слова чіплятися за батьків і потребують постійної їхньої присутності, фізичного контакту;
- **регресі в поведінці.** Наприклад, діти можуть повертатися до поведінки, властивої молодшому віку – втрачають навички охайності, смокчуть пальці або взагалі поводяться, як зовсім маленькі діти;
- **посиленні агресивності, гнівливості, впертості**. Поведінка травмованих дітей часто характеризується ворожістю і конфліктністю стосовно інших.

У разі виявлення посттравматичного розладу дитину потрібно спрямувати до дитячого психолога чи психотерапевта.

Особливості психологічної діагностики дітей щодо наявності посттравматичного розладу:

а) при обстеженні дітей і підлітків обов'язково необхідно вивчити вплив на них потенційно травмівних подій. Для цього можна скористатися **«Напівструктурованим інтерв'ю для оцінювання травмівних переживань дітей»** (*Додаток 19*) або/і **«Батьківською анкетою для оцінювання травмівних переживань дітей»** (*Додаток 20*), **«Модіфікованою шкалою оцінювання впливу травмівної події на дітей (CRIES-8)»** (*Додаток 24*);

б) якщо такий вплив виявлено, дитину треба обстежити на наявність симптомів ПТСР.

Оцінюючи ПТСР у дитини, потрібно обов'язково поговорити з нею окремо й обережно поставити їй запитання, які виявляють симптоми ПТСР [133; 136; 80]. Вважають, що в діагностуванні дітей структуроване (клінічне) інтерв'ю більше бажане, ніж опитувальники самозвіту [80]. Шкільні психологи, вихователі й учителі можуть скористатися **«Бланковою методикою спостереження за дітьми»** (*Додаток 22*), яка допоможе їм ідентифікувати симптоми психологічних розладів у дітей;

в) поінформувати батьків (чи опікунів) про можливість розвитку ПТСР, коротко описати можливі симптоми (наприклад, проблеми зі сном, нічні жахи, труднощі концентрації і дратівливість). Якщо виявлені **симптоми зберігаються понад місяць**, необхідно порадити батькам звернутися до дитячого психоневролога, невропатолога, психіатра, дитячого психолога [60; 140];

г) суперечлива вимога: бажано психологічну діагностику дітей (особливо до 6–7 років) проводити в присутності їхніх батьків (адже діти залежні від дорослих, тож важливо заручитися їхньою підтримкою). Але дорослі можуть стримувати відвертість дітей. До того ж, необхідно **оцінити ймовірність** поганого поводження з дитиною в родині чи соціальної ізоляції. Для цього треба поговорити з дитиною чи підлітком наодинці та прямо розпитати про це, адже кожний випадок унікальний, і психологові доводиться самому обирати необхідну тактику спілкування і з дитиною, і з її батьками;

д) потрібно пам'ятати, якщо травмівна подія стосується родини, то її наслідки поширюються на всіх членів сім'ї. Тому, проводячи психологічне обстеження дітей і підлітків, важливо вивчити й особливості сім'ї, в якій вони живуть, адже на дитячі симптоми можуть впливати симптоми дорослих. Бажано, щоб психологічна допомога надавалася паралельно дорослим і дітям. А психологічна діагностика дітей у цьому випадку може виконувати функцію **координації психологічної допомоги** всім членам родини. Адже відомо, що одним із важливих кроків у наданні допомоги дітям, які переживають психотравму, є підтримка дорослих, щоб ті могли краще турбуватися про своїх дітей;

е) не можна робити висновку (зокрема, і про симптоми дитини) лише на основі інформації, одержаної від батьків чи опікуна. Адже дорослі не завжди можуть зрозуміти свою дитину. Наприклад, діти, особливо до 8-річного віку, можуть прямо не скаржитися на симптоми ПТСР, на такі як повторне переживання чи уникання. Натомість вони скаржаться на проблеми зі сном. Тому для точнішого розпізнання симптомів рекомендовано ставити запитання і дитині, і її батькам (чи опікунам) [111; 106; 133].

У складних випадках, що виходять за рамки компетенції психолога, необхідно переадресувати дитину до суміжних фахівців – дитячого психотерапевта, дитячого психоневролога, невропатолога, психіатра.

4.4. КОРОТКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДИК

Короткі характеристики деяких тестів допоможуть зрозуміти логіку побудови опитувальників, отримати інформацію про їхні психометричні якості й обрати діагностичний інструментарій, що відповідає тим завданням, які стоять перед конкретним користувачем. Адже особливості (зокрема, зміст та обсяг методик) психодіагностичного обстеження визначаються його метою.

ШКАЛА САМООЦІНЮВАННЯ ЩОДО НАЯВНОСТІ ПТСР (PCL-M)

Запропонована шкала самооцінювання щодо симптомів ПТСР базується на критеріях DSM-IV, містить 17 пунктів – ознак ПТСР, для опитування потрібно 5–7 хвилин.

Між версіями для військових (М) і для цивільних (С) існують незначні відмінності, що стосуються тих ситуацій, в яких перебував опитуваний.

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати на міру виявлення конкретного симптому впродовж минулого місяця (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатках 6 і 7*).

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ (IES-R)

Шкала оцінки впливу травмівної події, так само як і Місісіпська шкала, спрямована на виявлення рівня симптомів посттравматичних стресових розладів, вважається достатньо валідною і прогностичною. Порівняно з Місісіпською шкалою вона коротша, а тому охоплює меншу кількість симптомів і дає менш диференційований діагноз. Перший варіант шкали (*Impact of Event Scale – IES*) представили М. Горовіц, Н. Вілнер та В. Алварес 1979 року. Тоді вона складалася з 15 тверджень і виявляла лише реакції «вторгнення» та «уникнення». У 1995 році Д.С. Вейс та його колеги зробили доповнення до шкали, що дало змогу додатково виявляти симптоми гіперзбудження. Відповіді на запитання дають у формі п'ятибальної шкали Лікерта (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатку 8*).

ОПИТУВАЛЬНИК НА ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ СУЇЦИДУ

Опитувальник взято із книги «Психосоматические расстройства в общей медицинской практике» [64; 260]. Хоча в інтернеті є багато позитивних відгуків про цей опитувальник – і фахівців-практиків, і науковців – проте жодних даних про його валідність не наведено. Застосовувати цю методику рекомендує і Г. Старшенбаум [74].

Суїцид – один із найстрашніших наслідків психотравми, тому доцільно застосовувати цей опитувальник за **мінімальної підозри** на можливість суїциду. Зазвичай, обстежувані намагаються чесно відповідати на питання, оскільки люди з суїцидальними намірами (навіть, якщо до кінця не розуміють, що такі наміри в них є) усвідомлено або неусвідомлено хочуть, щоб їм допомогли і, по суті, врятували від смерті (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатку 9*).

ОПИТУВАЛЬНИК БЕКА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ДЕПРЕСІЇ (BDI)

Інша назва цієї методики **«Шкала депресії Бека»**, точний переклад – «Інвентаризація депресії Бека» (*Beck Depression Inventory*). Цю методику представили А.Т. Бек та група його співробітників 1961 року. Вона базувалася на клінічних спостереженнях за людьми, в яких діагностувалися різні рівні депресій. Було відібрано 21 категорію симптомів і скарг: 1) сум; 2) песимізм; 3) відчуття тотальних невдач; 4) незадоволеність собою; 5) відчуття провини; 6) відчуття, що мене ніби постійно за щось карають; 7) самозаперечення; 8) самозвинувачення; 9) наявність суїцидальних думок; 10) плаксивість; 11) дратівливість; 12) почуття соціальної відчуженості; 13) нерішучість; 14) дисморфія-фобія; 15) труднощі в роботі; 16) безсоння; 17) стомлюваність; 18) втрата апетиту; 19) втрата у вазі; 20) заклопотаність станом здоров'я; 21) втрата сексуального потягу.

Кожна категорія складається із чотирьох тверджень, які є показниками симптомів депресії. Ці твердження ранжовані за наростанням їхнього внеску в загальну картину депресії. У класичній формі рекомендувалося, щоб бланк заповнював психолог, зачитуючи пункти опитуваному (*Додаток 11*). Щоб опитуваний не плутався, йому ставлять запитання, але без назв симптомів, балів і ранжування. Тепер допускають, щоб опитуваний сам заповнював бланк, але в такому разі в бланку проставляються лише номери, а не назви симптомів (*Додаток 12*). Однак зрозуміло, що такий підхід менш інформативний, а його результат може бути недостатньо достовірним. Висновок роблять на основі простого додавання балів (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатках 10 і 11*).

ОПИТУВАЛЬНИК КЛІЄНТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

(PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – PHQ-9)

Питання цього опитувальника були виокремлені з опитувальника для клієнтів із проблемами психічного здоров'я «Оцінювання первинної медичної допомоги» (PRIME – MD PHQ). Опитувальник розробили доктори Роберт Л. Спітзер, Джанет Б.В. Вільямс, Курто Кронке. Шкала спрямована на самооцінювання депресії, складається з 9 пунктів, її вважають ефективною в діагностиці великого депресивного розладу, а також для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів. Опитувальник дає можливість визначити рівні тяжкості депресії: 1) депресії нема; 2) легка («субклінічна») депресія; 3) помірної тяжкості депресія; 4) середньої тяжкості депресія; 5) важка депресія.

Опитувальник PHQ-9 входить до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатку 12*).

ТЕСТ НА НАРКОТИЧНУ Й АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ (ХЕЛПЕР)

На відміну від осіб із суїцидальними намірами, особи схильні до наркоманії й алкоголізму (навіть якщо ця схильність виникла внаслідок перенесеної травми) схильні заперечувати свою залежність, пояснювати її як «нормальний» наслідок пережитого. Зауважмо, що алкоголізм чи наркоманія, які приховуються, точно і легко діагностуються медичними аналізами.

Для орієнтувального опитування можна застосувати тест, який розробили фахівці наркологічного центру «Хелпер» (*Додаток 15*). Однак цей тест не можна розглядати як повністю достовірний. Опитування краще проводити у вигляді діагностичного інтерв'ю, коли психолог сам ставить запитання і сам відмічає відповіді, за потреби уточнюючи їх. Однак бувають випадки, коли опитуваному легше самостійно заповнити бланк, аніж вступати в розмову. Тоді йому дають інший бланк, не той, що його використовують психологи.

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

(MISSISSIPPI SCALE)

Це, на наш погляд, найпростіший із так званих «клінічних» методів діагностики. Шкалу розробив ще 1988 року Т. Кіан (*T. Keane*) вона була призначена для виявлення ПТСР у військових та ветеранів бойових дій. У 1995 році з'явився цивільний варіант цієї методики. Опитувальник складається з 35 тверджень у воєнному і 39 – у цивільному варіанті, кожне із яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Р. Лікерта [20; 41].

Оцінка результатів визначається за сумою балів усіх тверджень. Цей підсумковий показник дає змогу виявити ступінь впливу травмівного досвіду (розлад адаптації), який переніс індивід. Питання, що містяться в опитувальнику, діляться на чотири групи (кластери), три з яких співвідносяться з критеріями DSM. А саме: 11 питань спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 15 – визначають симптоми уникнення і 8 питань стосуються критерію фізіологічної збудливості (гіперактивації). Останні п'ять запитань спрямовані на виявлення відчуття провини і суїцидальності.

Місісіпська шкала має необхідні психометричні властивості, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад» та досить точно виявляє рівень адаптації/дезадаптації щодо травмівної події. Зауважмо, що термін «розлад адаптації» не є медичним діагнозом, а лише специфічною дефініцією для оцінювання ступеня вияву посттравмівних реакцій.

Місісіпська шкала створена на основі MMPI і має високу внутрішню узгодженість і у військовому, і в цивільному варіанті.

Тестування можна здійснювати індивідуально і в групі.

За допомогою Місісіпського опитувальника психолог може виявити людей з можливим ПТСР, невротичними розладами та різними рівнями дезадаптації. Постраждалих із підозрою на ПТСР слід скерувати до лікаря психіатра; тих, у кого високий рівень дезадаптації, краще скеровувати до психотерапевта; допомогу людям, у яких діагностовано низький та середній рівень дезадаптації, психолог може надавати сам або разом із лікарем загальної практики та психотерапевтом (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатках 16 і 17*).

ОПИТУВАЛЬНИК ПЕРИТРАВМАТИЧНОЇ ДИСОЦІАЦІЇ

Невеличкий опитувальник В. Агаркова та І. Тарабріної доцільно застосовувати як додатковий тест для уточнення результатів, отриманих за допомогою Місісіпського опитувальника, особливо, якщо його застосовували у групі. Опитувальник заповнює під час діагностичного інтерв'ю психолог.

Дисоціація тут розглядається як патологічний механізм психологічного захисту. Цей механізм починає працювати в ситуації, коли людина не здатна адекватно переживати травмівні події і намагається ніби відокремити себе від того, що з нею відбувається. Тоді з'являється здатність сприймати те, що відбувається, так, ніби це діється не з нею, а з кимсь стороннім. Так само відбувається дисоціація особи й травмівного досвіду.

Опитувальник складається з дев'яти запитань, в яких описані різні дисоціативні стани. Відповіді на запитання за п'ятибальною шкалою Лікерта.

На думку авторів опитувальника, дисоціативні феномени є важливим компонентом і ситуативної, і відтермінованої реакції на стрес. Первинна дисоціація характеризується дезінтегративністю і фрагментарністю сприйняття ситуації загрози, що супроводжується інтенсивними емоціями страху, жаху і безпорадності. Вторинна або **перитравмівна дисоціація** – веде до подальшої дезінтеграції набутого досвіду Висока інтенсивність перитравматичної дисоціації є одним із найбільш істотних прогностичних чинників виникнення посттравматичного стресового розладу (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатку 18*).

НАПІВСТРУКТУРОВАНЕ ІНТЕРВ'Ю ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ДІТЕЙ

Для дослідження симптомів ПТСР у дітей 10–13 років був розроблений метод напівструктурованого інтерв'ю. Інтерв'ю включає скринінгову частину і набір із 42 питань. Питання інтерв'ю побудовані на підставі симптомів критеріїв A, B, C, D і шкали для клінічної діагностики ПТСР DSM III-R. Для відповідей дітей використовуються шкали з трьох пунктів («так – не знаю – ні» або «ніколи – один раз за останній місяць – більше одного разу за останній місяць»).

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕРВ'Ю

В ході проведення інтерв'ю можна виділити п'ять етапів:

1. **Встановлення психологічного контакту** з досліджуваним.

2. **Вступна частина.** На цьому етапі з дитиною проводиться бесіда про травмівні події, що трапляються з дітьми. Мета роботи на цьому етапі – налаштувати дитину на подальшу розмову і зняття тривожності. На цьому етапі також збирається попередня інформація про травмівний досвід дитини. Дані заносять до протоколу. Якщо подія названа дитиною відповідає критерію А шкали для клінічної діагностики ПТСР DSM-IV (дитина була свідком або зіткнулася з випадком чи подіями, що включали фактичну або сприйняту загрозу життю або серйозного пошкодження, або загрозу фізичної недоторканності стосовно до себе або іншого), можна відразу переходити до опитування, оминаючи скринінг.

3. **Скринінг**. Мета – отримати повніші відомості про травматичний досвід дитини. Якщо дитина не змогла згадати жодної травмівної події, або випадок, про який розказала дитина, не відповідає критерію А шкали для клінічної діагностики ПТСР DSM-IV, дитині пропонується список травмівних подій, які могли призвести до розвитку симптомів ПТСР. Інформацію записують в протокол.

4. **Опитування** – основна частина інтерв'ю. Воно спрямоване на вимірювання посттравмівної симптоматики. Із 42 питань перші 4 стосуються критерію А (інтенсивні негативні емоції в момент травми: страх, безпорадність чи жах). Якщо в житті дитини не було травмівних переживань, цих запитань не ставлять. Якщо дитина розповіла про подію, що могла б призвести до розвитку симптомів ПТСР, то інші питання (за критеріями B, C, D, F) ставлять щодо цієї події. В іншому випадку питання фокусують на почуттях і переживаннях дитини за останній місяць безвідносно до події.

5. **Стадія завершення.** Мета цієї стадії – усунути негативі емоції, спричинені спогадами про травмівний епізод (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатку 19*).

МОДІФІКОВАНА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ НА ДІТЕЙ (CRIES-8)

Цю шкалу не розробляли спеціально для дітей, а модифікували зі шкали оцінювання впливу травмівної події (IES) Мадрі Горовіц (для дорослих) і запропонували після успішного застосування в дослідженнях дітей, які пережили травмівні події [107]. Шкалу застосовують для відстежування основних явищ повторного переживання травматичної події та уникнення цієї події і почуттів, спричинених нею. Розробкою цього інструмента переважно займалися фахівці, що працювали під егідою фундації «Діти та війна», заснованої для сприяння проведенню якісних наукових досліджень впливу війни та катастроф на дітей [134; 124; 138].

Цю версію призначено для діагностування дітей віком **8 років і старших**, які можуть самостійно читати. Вона складається з двох субшкал («Втручання» й «Уникнення»), у кожній із яких чотири пункти для вимірювання. Тому ця шкала і називається «CRIES-8» (Модифікована шкала оцінювання впливу травмівної події для дітей із 8 пунктів). Шкала передбачає самостійне заповнення, а тому може застосовуватись і в групах.

Незважаючи на теоретичну критику використання шкал самостійного заповнення в різних культурах, шкали IES та «CRIES-8» сьогодні широко застосовують (у дослідженнях за участю дітей також). Адже доведено, що фактори «Втручання» та «Збудження» є надійними факторами Шкали оцінювання впливу травмівної події серед дітей в різних культурах.

Шкалу «CRIES-8» рекомендовано застосовувати як інструмент скринінгу [106;124] (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатку 21*).

ОПИТУВАЛЬНИК РІВНЯ АГРЕСИВНОСТІ (А. БАССА-М. ПЕРРІ)

Опитувальник – особистісна тестова методика, спрямована на діагностику агресивності. Методика розроблена 1992 року і є модифікацією (продовженням) опитувальника рівня агресивності Басса–Дарки. В результаті модифікації та апробації цей опитувальник отримав трифакторну структуру. Із нього можна одержати показники за трьома шкалами: «Гнів», «Фізична агресія» і «Ворожість» та інтегральний показник. Відповіді на пункти опитувальника формуються за п'ятибальною шкалою Лайкерта.

Виокремлена трифакторна структура адаптованої версії відповідає теоретичним положенням про три компоненти агресії концепції А. Басса і М. Перрі: когнітивний компонент, який спирається на переживання почуття несправедливості та обмеженості, невдоволення бажань – «ворожість»; афективний компонент, який включає фізіологічне збудження та підготовку до агресії, – «гнів»; інструментальний компонент агресії – «фізична агресія». Важливо, що знайдено зв'язок між самозвітом про схильність до агресії та реальною агресивно-насильницькою поведінкою (*бланк методики, опрацювання та інтерпретація даних див. у Додатку 23*).

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 4

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Які проективні засоби можна застосовувати в роботі з дітьми в процесі поетапного дослідження травми, яку пережила дитина?
2. Як би ви організували психодіагностику дітей, щоб дослідження відбувалося в максимально сприятливих для них умовах?
3. Які методи налагодження комунікативного контакту варто застосовувати, працюючи з дорослими та дітьми?

ЗАДАЧІ

1. До вас на консультацію потрапила молода дівчина – мешканка «сірої зони». Спостерігаючи за її поведінкою, ви припустили, що вона стала жертвою сексуального насильства, хоча вона про це і не згадує. На підставі яких ознак можна зробити таке припущення? *Продемонструйте фрагмент консультування, щоб з'ясувати реальний стан речей щодо сексуального насильства. За допомогою яких методик можна проаналізувати рівень розвитку депресії в неї? Які методики дадуть вам змогу підтвердити, або заперечити чинник ПТСР у клієнтки?*

2. Учасники групи діляться на пари «клієнт-консультант», щоб провести психодіагностику. *Здійсніть комплексну психодіагностику клієнта, щоб виявити в нього наявність (чи відсутність) посттравматичного стресового розладу. На підставі одержаних даних зробіть професійний висновок із переліком психологічних рекомендацій клієнтові.*

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

1. Назвіть основні принципи психодіагностики постраждалих осіб.
2. Що таке скринінгове дослідження?
3. Перелічіть та схарактеризуйте методики, які можуть бути застосовані в психодіагностиці осіб, що пережили травмівну подію.
4. У чому особливості посткризової психологічної діагностики дітей різних вікових категорій?

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

Які б проективні методики ви включили до психодіагностичних засобів дослідження постраждалих осіб? Обґрунтуйте свій вибір. На прикладі однієї особи, засобами порівняльної таблиці, продемонструйте результати обстеження особи емпіричними та проективними методиками. Зробіть висновок.

ГЛОСАРІЙ

АДАПТАЦІЙНИЙ СИНДРОМ	сукупність неспецифічних змін у діяльності організму (реакція захисту), викликаних впливом зовнішніх патогенних подразників (стресорів), спрямованих на підтримку стану фізичного і психічного гомеостазу. Виділяють три стадії адаптаційного синдрому: • стадія тривоги: мобілізація компенсаторних можливостей організму з метою відновлення порушеного гомеостазу; • стадія опору (стабілізації), резистентності: формування певного гомеостазу (інколи завдяки патологічному функціонуванню) в умовах впливу стресорів; • стадія виснаження адаптаційних можливостей (дистрес): організм переходить до патологічного функціонування (зокрема, це може спричинити психотичні розлади); повне виснаження адаптаційних можливостей призводить до загибелі організму. На цій стадії велика небезпека суїциду.
АДАПТАЦІЯ	Здатність живого організму пристосовуватися до змін навколишнього середовища, зовнішніх (внутрішніх) умов існування шляхом збереження і підтримання фізичного гомеостазу. Адаптація – основний спосіб життєдіяльності й виживання організму (виду).
АДАПТАЦІЯ ПСИХІЧНА	Пристосування психічної діяльності людини до мінливих умов середовища шляхом збереження психічного гомеостазу. Одним із її варіантів є соціально-психологічна адаптація, що впливає на трансформаційну, пізнавальну, ціннісно-орієнтовану і комунікативну функції життєдіяльності людини.
АДАПТАЦІЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА	Специфічно людська форма адаптації, що забезпечує особистісний розвиток шляхом спрямованої, активної взаємодії з природними і соціальними умовами життєдіяльності. В процесі соціально-психологічної адаптації реалізуються освітня, пізнавальна, ціннісно-орієнтувальна, трансформаційна і комунікативна функції життєдіяльності людини.
АДАПТАЦІЯ ТЕСТУ	Комплекс заходів, що забезпечують адекватність тесту в нових умовах його використання.

АДИКЦІЯ (*Лат. addictus – приречений, по-рабськи зобов'язаний*)	Симптом деформації духовної природи людини, що проектується на соматичний, психічний та соціально-психологічний рівні життєздійснення людини та породжує деструктивні форми стосунків та адаптації.
АНТИСОЦІАЛЬНА (ДЕЛІНКВЕНТНА) ПОВЕДІНКА	Це поведінка, що суперечить правовим нормам, загрожує соціальному порядку і благополуччю оточення. Вона включає будь-які дії (або бездіяльність), заборонені законодавством.
АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА	Дії, спрямовані на завдання шкоди своєму соматичному чи психічному здоров'ю. Варіант агресивної поведінки, коли суб'єкт і об'єкт агресії збігаються. В агресії й аутоагресії однакові патогенетичні механізми, але агресивна поведінка може спрямовуватися на інших або на себе.
АФЕКТ	Короткотривала бурхлива, позитивно чи негативно забарвлена емоційна психогенна реакція.
АФЕКТИВНА РОЗРЯДКА	Дії, спрямовані на емоційне вираження негативних, важких для особистості переживань. Аутоагресивні дії часто є формою афективної розрядки.
ВАЛІДНІСТЬ	Комплексна характеристика методики (тесту), що містить відомості про те, стосовно яких груп психологічних властивостей особистості можна зробити висновки, а також про міру їхньої обґрунтованості. Валідність – це поняття, яке вказує на те, що вимірює тест, і наскільки хороше це вимірювання (*А. Анастазі*). У психодіагностиці валідність – це обов'язкова і найважливіша частина інформації щодо методики.
ВІДНОВНЕ КОЛО	Метод ненасильницького спілкування, процес підтримки спільнотою тих, хто перебуває у стані конфлікту.

ГІПЕРКІНЕТИЧНІ РОЗЛАДИ	Група розладів, що характеризується раннім початком (зазвичай, у перші п'ять років життя), поєднанням надмірно активної та погано регульованої поведінки з вираженою неуважністю, відсутністю наполегливості в розв'язанні завдань. Це виявляється в усіх ситуаціях і є постійним у часі. Головні характеристики розладів: недостатня наполегливість у діяльності, що потребує когнітивних зусиль, і тенденція переходити від одного заняття до іншого, водночас погано організована, слабо регульована надмірна активність. Такі утруднення зберігаються і в шкільному віці, а часто і в дорослому, але в багатьох дітей спостерігається поступове поліпшення активності та уваги.
ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС	Розлад, що з'являється в людини без якихось інших проявів психічних розладів, у відповідь на незвичайний фізичний чи психічний стрес / психотравму і, зазвичай, минає через кілька годин чи днів.
ГОСТРА СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ (ГСР)	Може бути одним із наслідків травмівної події. Гостру стресову реакцію, як і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), характеризують чотири типи симптомів: 1) симптоми повторного переживання травматичної події (нав'язливі спогади чи сни); 2) симптоми уникання (уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних із травмівною подією); 3) симптоми заціпеніння (зокрема, почуття відокремленості, відстороненості, відірваності від інших); 4) симптоми підвищеної збудливості (дратівливість, поганий сон, підвищена настороженість). Між ГСР та ПТСР є дві ключові відмінності: а) тривалість симптомів: ГСР діагностується у період від двох днів **до одного місяця** після впливу травмівної події, в той час як ПТСР діагностується, коли симптоми (які стосуються ПТСР) тривають **більше, ніж місяць** після травмівної події; б) при ГСР особливого значення набувають симптоми дисоціації (а саме: відчуження, відірваності та приголомшеності; деперсоналізація і дереалізація).
ГРУПОВА РОБОТА	Проведення психологічних тренінгів, груп підтримки засобами стандартизованих процедур, спрямованих на безпечне саморозкриття учасників, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів вирішення власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання і саморозвитку, засвоєння нової інформації і збагачення репертуару комунікативних та поведінкових стратегій.

ДЕБРИФІНГ; ПСИХОЛОГІЧНИЙ ДЕБРИФІНГ	Одноразова слабоструктурована психологічна бесіда з людиною (чи групою людей) після екстремальної / надзвичайної ситуації (після терактів, стихійних бід, катастроф, травмівних подій); засіб надання першої психологічної допомоги (Critical Incident Stress Debriefing) з метою зменшення ймовірності виникнення посттравматичного стресового розладу та інших психологічних проблем шляхом надання можливості виговоритися.
ДЕЗАДАПТАЦІЯ	Порушення адаптації, пристосування організму до мінливих умов зовнішнього чи внутрішнього середовища. Стан невідповідності між потребами організму і зовнішніми умовами його функціонування, що спричиняє порушення фізіологічного функціонування, зміни форм поведінки, розвиток патологічних процесів. Повна невідповідність несумісна з життєдіяльністю.
ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ	Сприйняття себе як стороннього спостерігача або віддаленість від себе (наприклад, «це відбувається не зі мною» або «це мені сниться»).
ДЕРЕАЛІЗАЦІЯ	Відчуття нереальності, віддаленості чи спотворення сприйняття (наприклад, «це все не насправді»).
ДЕФЬЮЗІНГ («ВИПУСКАННЯ ПАРИ»)	Робота з малими групами, що проводиться одразу після травмівних ситуацій або протягом перших 12 годин із метою діагностики і визначення осіб, що входять до групи ризику, для пом'якшення проявів гострої реакції на стрес та запобігання гострому стресовому розладу.
ДІАГНОЗ ПСИХОЛОГІЧНИЙ	Кінцевий результат діяльності психолога, спрямований на опис індивідуально-психологічних особливостей особистості з метою оцінити актуальний стан, спрогнозувати розвиток і дати рекомендації, що визначається задачею психодіагностичного обстеження.

ЕКСТРЕМАЛЬНІСТЬ СИТУАЦІЇ	Екстремальність ситуації визначають такі чинники: різні впливи на емоційний стан людини у зв'язку з небезпекою, труднощами, новизною, відповідальністю; дефіцит необхідної інформації чи надмір суперечливої інформації; надмірне фізичне і психічне напруження; голод, спрага, вплив несприятливих умов життя, зокрема кліматичних (спека, холод, гіподинамія, киснева недостатність, відсутність елементарних зручностей тощо).
КРИЗА ЕКЗИСТЕНЦІЙНА	Психологічний стан втрати сенсу життя, обумовлений різкою зміною (руйнуванням) способу життя чи картини себе і світу. У стані екзистенційної кризи висока суїцидальна небезпека.
КРИЗОВА ПСИХОТЕРАПІЯ	Невідкладна психотерапевтична допомога людям, що перебувають у кризовому стані, спрямована на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, а також на пошук і тренування адаптивних стратегій виходу з кризи. Виділяють індивідуальну, сімейну та групову терапію. Включає етапи: • кризової підтримки, спрямованої на встановлення терапевтичного контакту, розкриття суїцидонебезпечних переживань, мобілізацію особистісного захисту і укладення терапевтичного договору (визначення кризової проблеми і форм її корекції, поділ відповідальності за результат спільної роботи); • кризового втручання, спрямованого на виявлення і корекцію неадаптивних настановлень, що блокують оптимальні способи вирішення кризи; • підвищення рівня адаптації, спрямованого на формування і тренінг нових способів адаптації, що сприяють вирішенню психотравмівного конфлікту.
КРИЗОВИЙ СТАН	Психічний (психологічний) стан людини, яка пережила психічну травму чи перебуває під загрозою можливості психотравмівної події. Стан характеризується відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмівній ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичної оцінки себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПТСР	Постійно вдосконалюються та уточнюються, оскільки діагностика цього розладу є складним завданням. Згідно із DSM-V, міжнародно визнаною системою класифікації захворювань, виокремлюють такі основні критерії діагностики ПТСР (у реальній діагностиці з перелічених умов чи особливостей, які входять у кожний критерій, має бути дотримана принаймні одна-дві): *критерій А* – історія впливу травматичної події на людину, *критерій В* – повторювання травматичної події, *критерій С* – уникання: постійні намагання уникнути гнітючих, пов'язаних із травмою стимулів після події; *критерій D* – негативні зміни когнітивної сфери і настрою; *критерій Е* – зміни збудження і реактивності; *критерій F* – тривалість симптомів (описаних у критеріях B, C, D та E) більше, ніж місяць.
МУЛЬТИ-ДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА	Група фахівців з реабілітації (лікарі, спеціалісти з фізичної терапії, ерготерапії, логотерапії, психологи, соціальні працівники та ін.), які довгий час працюють разом та паралельно надають реабілітаційні послуги особі, що реабілітується, відповідно до лімітованих у часі цілей та завдань для забезпечення відновлення або компенсації наявних обмежень життєдіяльності особи.
НАДІЙНІСТЬ	Група фахівців з реабілітації (лікарі, спеціалісти з фізичної терапії, ерготерапії, логотерапії, психологи, соціальні працівники та ін.), які довгий час працюють разом та паралельно надають реабілітаційні послуги особі, що реабілітується, відповідно до лімітованих у часі цілей та завдань для забезпечення відновлення або компенсації наявних обмежень життєдіяльності особи.
НЕНАСИЛЬНИЦЬКЕ СПІЛКУВАННЯ	Спілкування, що здійснюється в стані не насилля, тобто притаманного людині від природи стану співпереживання, стану, коли внутрішній вчинок вільний від бажання насильства.
ОНТОЛОГІЯ *(новолат. Ontologia; грецька. ὄν, род. п. ὄντος – суще, те, що існує + λόγος – вчення, наука)*	Вчення про буття як таке; розділ філософії, що вивчає фундаментальні принципи буття, його загальні дефініції та категорії, структуру та закономірності.

ПОДІЯ СТРЕСОВА	Будь-яка подія, що порушує звичний перебіг життя. Це надто сильні подразники – нещастя, зневажливе ставлення, незаслужена образа, неправда, втрати, несподівані перепони і брак подразників – монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо.
ПОДІЯ ТРАВМІВНА	Характеризується раптовістю, руйнівною силою, інтенсивністю. Це подія, пов'язана з фактом або загрозою смерті, серйозного тілесного ушкодження чи сексуального насильства, несе абсолютно нову інформацію, яку людина має інтегрувати в попередній життєвий досвід. Травмівну подію можна пережити особисто, можна стати її свідком чи отримати звістку про важку фізичну травму або смерть близької людини. Реакцією на травматичну подію є фізичний і/або емоційний травмівний стрес.
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)	Стійка реакція на травмівну подію. ПТСР може розвитися після випробування (травмівної події), під час якого людина зазнала фізичної чи психічної шкоди, відчувала загрозу своєму життю чи життю іншої людини. ПТСР може також формуватися в особи, що втратила близьку людину. ПТСР може виникати у будь-кого і в будь-якому віці (й удитини). Але не в кожної особи, яка зазнала травми, розвивається різко виражений або навіть незначний ПТСР. Ступінь розвитку цього розладу та рівень його переживання, часто залежить від тривалості й інтенсивності травмівного досвіду. Симптоми вважають проявами ПТСР, якщо вони тривають більше, ніж місяць.
ПРИНЦИП (*лат. principium – начало, основа*)	Твердження, що сприймаються як головні; важливе, суттєве, неодмінне або бажане.
ПРУЖНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНА	Здатність швидко відновлювати фізичне і психічне здоров'я після стресових та травмівних подій. Психологічна пружність характеризується відсутністю надмірної самокритики й негативних уявлень про себе; здатністю до усвідомлюваних дій у будь-якій ситуації; вмінням упоратися з горем і занепокоєнням; готовністю долати перешкоди у стосунках; діями, спрямованими на досягнення кращого фізичного здоров'я і психічного стану; оптимістичністю; вмінням використовувати позитивні шанси.

ПСИХІЧНА ДЕПРИВАЦІЯ (*англ. deprivation – втрата, позбавлення*)	Стан психічної дезадаптації, коли людина не може задовольнити основні особистісні потреби протягом тривалого часу (фрустрація ціннісних настановлень). Виникає після пережитих (як правило, численних) психотравмівних ситуацій. Характеризується широким діапазоном відхилень психічної діяльності: від незначних змін соціального функціонування до виражених патохарактерологічних чи психопатологічних порушень (реактивні стани, неврози, розлади особистості).
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я (ВООЗ)	Стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА	Царина практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетентності людей і надання психологічної допомоги окремій людині, групі чи організації; будь-яка цілеспрямована активність, спрямована на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному й соціальному функціонуванні.
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦЯМ	Комплекс організаційних, психологічних, медичних та інших заходів, спрямованих на забезпечення успішного подолання воїнами обставин сучасного бою, що травмують психіку, задля збереження боєздатності та запобігання розвитку в них посттравматичних психічних розладів. Психологічна допомога військовослужбовцям включає психологічну підтримку і психологічну реабілітацію.
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ЗА ПРИНЦИПОМ «РІВНИЙ-РІВНОМУ»	Надання спеціально підготовленими особами, з представників цільової групи, необхідних знань, психологічної підтримки та сприяння формуванню конструктивних комунікативних і поведінкових навичок, стратегій самодопомоги та взаємопідтримки, що здійснюється в індивідуальній чи груповій формі серед осіб, рівних собі за певною ознакою, або таких, що мають подібні утруднення.

ПСИХО-ДІАГНОСТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ	Діяльність психолога, кінцевим результатом якої є психологічний діагноз. Збір даних у психологічному обстеженні відбувається з використанням психологічних методик (тестів). У процесі обробки й інтерпретації діагностичних даних традиційно виділяють два шляхи: клінічний і статистичний. Клінічний – орієнтований насамперед на досвід психолога, на його інтуїцію; його особливістю є довіра до суб'єктивного судження. Статистичний підхід передбачає врахування об'єктивних (кількісних) показників та їхню статистичну обробку. Психодіагностичне обстеження закінчується програмою дій (наприклад, для корекції, оптимізації психологічного розвитку тощо). В організації і проведенні психологічного обстеження обов'язковим є дотримання етичних норм психодіагностики.
ПСИХО-ДІАГНОСТИЧНИЙ МЕТОД	Дослідницький метод психологічної науки. Для цього методу важливі такі вимоги: стандартизація інструменту, за допомогою якого відбувається вимірювання певних якостей (в основі стандартизації лежить поняття норми, оскільки індивідуальна оцінка певної якості може бути отримана лише шляхом зіставлення з результатами інших); надійність та валідність.
ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА (ГАЛУЗЕВО)	Галузь психологічної науки, що створює методи розпізнавання і вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особистості.
ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА (ПРОЦЕСУАЛЬНО)	Визначення психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей людини шляхом застосування сукупності стандартизованих валідних інструментів та процедур вимірювання, опрацювання та інтерпретації результатів, а також встановлення необхідності та оптимальних шляхів психологічного чи психотерапевтичного втручання Психологічна діагностика здійснюється в груповій або індивідуальній формі.

ПСИХОЛОГІЧНА КРИЗА	Порушення афективно-когнітивної рівноваги психічної діяльності, спричинене зовнішніми обставинами. Характеризується дезорганізацією життя, рівень якої пропорційний мірі порушення адаптаційних можливостей людини; дисбалансом конструктивних і руйнівних тенденцій у психічній діяльності, що зумовлює формування агресивної чи аутоагресивної форми поведінки.
ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ	Система заходів, спрямованих на активізацію психічних ресурсів і на створення додаткових ресурсів для забезпечення боєздатності/працездатності та конструктивного функціонування в соціумі. Психологічна підтримка має здебільшого профілактичний характер і скерована на запобігання розвитку негативних психічних явищ.
ПСИХОЛОГІЧНА ПРОСВІТА ТА ІНФОРМУВАННЯ	Донесення отримувачам інформації, у груповій чи індивідуальній формі, щодо особливостей психічних станів, міжособистісних стосунків, а також стосовно специфіки актуальної соціальної ситуації, ознайомлення отримувачів психологічних послуг з основами психогігієни, формування навичок самодопомоги та взаємопідтримки, а також інформування клієнтів з питань психосоціальної підтримки. Психологічна просвіта здійснюється в індивідуальній, сімейній та груповій формі.
ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ	Система заходів, спрямованих на відновлення або корекцію психологічних функцій, якостей, станів, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та реалізації потреб особистості.
ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ	Суб'єктивне переживання особистості, які ґрунтуються на позитивному ставленні до себе і свого минулого, наявності цілей та занять, що додають життю сенсу, а також на здатності виконувати вимоги повсякденного життя, відчувати задоволення від розвитку і самореалізації та від стосунків із іншими людьми, пронизаними турботою і довірою при збережені здатності наслідувати власні переконання.

ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ	Надання клієнту психологічної допомоги з метою вирішення його проблемної ситуації, сприяння осмисленню нового досвіду та особистісному розвитку, налагодженню міжособистісних стосунків, що може проводитися в індивідуальній, сімейній, парній або груповій формі.
ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ	Система заходів, спрямованих на відновлення або корекцію психологічних функцій, якостей, станів, властивостей військовослужбовців, які переживають гострі чи хронічні постстресові та супутні розлади.
ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА	Це емоційно болючий стресовий досвід (може включати фізичну травму, а може бути і без неї), що іноді створює загрозу для життя і здоров'я (зокрема, коли особа є свідком подій); це унікальне індивідуальне переживання певної події чи тривалих обставин, за яких здатність особи інтегрувати емоційні переживання (досвід) виявляється недостатньою.
ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА	Будь-яка форма місцевої або зовнішньої підтримки, спрямованої на захист або сприяння психосоціальному благополуччю і/чи запобігання або лікування психічних розладів.
ПСИХОТЕРАПІЯ	Цілеспрямоване впорядкування психологічними засобами, через професійні стандартизовані процедури, порушеної діяльності організму та психіки клієнта з метою відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних властивостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення фізичного стану та якості життя. Психотерапія може проводитися в індивідуальній, сімейній чи груповій формі.
РЕАБІЛІТАЦІЯ	Використання всіх можливостей із метою зниження впливу станів, що обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та забезпечення особам із обмеженнями життєдіяльності можливості досягнення оптимальної соціальної інтеграції.
САМОГУБСТВО (СУЇЦИД)	Усвідомлені дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя, що спричиняють смерть.

САМОРУЙНІВНА ПОВЕДІНКА	Різні форми поведінки людини, що спричиняють соціальну, психологічну і фізичну дезадаптацію, деградацію особистості, погіршення психічного і фізичного здоров'я (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, схильність до невиправданого ризику; асоціальна поведінка тощо).
СИНДРОМ ВТРАТИ	Стан, обумовлений втратою значущої людини через її смерть чи розрив стосунків. Поняття «синдром втрати» стосується й ситуації різкої зміни способу життя через втрату чогось або суб'єктивне відчуття і переживання такої втрати (наприклад, втрата професії, місця проживання, непрацездатність внаслідок інвалідизації). Може бути причиною психогенних та психосоматичних розладів, великий ризик суїциду.
СИНДРОМ ГОСТРОГО ГОРЯ	Психологічний симптомокомплекс, що розвивається після смерті особливо значимої людини. Проявляється: • інтенсивним відчуттям фізичного страждання (нападами задухи, прискореного серцебиття, м'язової слабості, втрати апетиту), емоційним напруженням із можливим розвитком шокової реакції; • захопленістю образом втрати з можливим ілюзорним сприйняттям реальності; • відчуттям провини стосовно померлого; • агресивністю, ворожістю до оточуючих; • зміною поведінки, недоцільними діями, обумовленими звуженням мотиваційної сфери; • ідентифікацією з утратою.
СИТУАЦІЯ ГІПЕР-ЕКСТРЕМАЛЬНА	Внутрішні навантаження спричинені такою ситуацією часто перевищують людські можливості, руйнують звичайну поведінку і дії, можуть призвести до небезпечних наслідків. В екстремальних та надзвичайних ситуаціях люди, зазвичай, піддаються впливу стресових і травмівних подій.

СИТУАЦІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНА	Виходить за межі звичайного, «нормального людського досвіду», загрожує (чи так сприймається) життю, здоров'ю, цілісності, благополуччю людини. Джерело травматизації – людина чи суспільство.
СИТУАЦІЯ НАДЗВИЧАЙНА	Виникає внаслідок аварії, небезпечного природного явища, стихійної чи техногенної катастрофи; може спричинити людські жертви, шкоду для здоров'я, значні матеріальні втрати і порушення умов життєдіяльності людей.
СКРИНІНГ (ВІДСІЮВАННЯ, ВІДБІР, СОРТУВАННЯ)	Психодіагностична процедура попереднього, орієнтовного відбору досліджуваних за критерієм приналежності їх до тієї чи іншої групи діагностованих. Для скринінгу можуть обиратися різні критерії, зокрема, критерій імовірного психічного захворювання. Цей термін широко використовується в медицині, де означає систему первинного обстеження груп осіб без клінічних симптомів із метою встановлення наявності чи відсутності певного захворювання.
СТРЕС	Неспецифічна реакція організму на різні подразники, що допомагає людині пристосуватися до мінливих умов.
СТРЕС ЕМОЦІЙНИЙ	Захисна реакція організму, спрямована на захист від впливу психічних чинників, що викликають сильні емоції.
СТРЕС ТРАВМІВНИЙ (ПСИХОТРАВМА)	Переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їхнього подолання: людина не може ні втекти, ні протистояти тому, що відбувається. Цей стан супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю; фізіологічними, когнітивними змінами та змінами способу регуляції афектів, що спричиняє іноді тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади.
СТРЕС ФІЗИЧНИЙ	Реакція організму, спрямована на захист від фізичних впливів зовнішніх чинників, що викликають ушкодження, опіки, отруєння, захворювання тощо.

СУПЕРВІЗІЯ	Консультування з питань професійної діяльності психолога / психотерапевта (супервізанта) більш досвідченим колегою, що дозволяє супервізантам усвідомлювати й аналізувати власні професійні дії і власну професійну поведінку, отримувати психологічну підтримку та вдосконалювати фахову компетентність. Супервізія проводиться / надається в індивідуальній або груповій формі.
СУТНІСНЕ Я	Потенціал особистості, що визначає її спроможність шляхом актуалізації й опредметнення духовних інтенцій – добра, краси, істини, блага як сенсу людського життя загалом і суб'єктних здатностей – самопізнання, самовизначення, самотворення, самотрансценденції приєднатися до метафізичної сакральної реальності.
ТЕЛЕФОН ДОВІРИ	Невідкладна анонімна психотерапевтична допомога, що надається по телефону.
ТЕСТ	У психологічній діагностиці – стандартизоване, часто обмежене в часі випробування, спрямоване на встановлення кількісних і якісних індивідуально-психологічних відмінностей. Тест є основним інструментом психодіагностичного обстеження, за допомогою якого здійснюється психологічний діагноз. У психодіагностиці (залежно від тестових задач) існують різні класифікації тестів (зокрема: тести вербальні і практичні, групові та індивідуальні, тести інтелекту й особистості тощо).
ТЕСТОВА БАТАРЕЯ	Сукупність груп тестових завдань, об'єднаних в одну психодіагностичну методику і спрямованих на вимірювання різних аспектів складного психологічного конструкту.

ТИПИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ

Виокремлюють п'ять типів травм (за характеристиками самої травми: її інтенсивності, складності, тривалості, частоти, походження; та індивідуальних особливостей переживання і життєвого досвіду людини):

1) **монотравма** пов'язана з неочікуваною чи приголомшливою подією, такою як аварія, природна катастрофа, одиничний епізод насильства, раптова втрата близької людини;
2) **повторювана травма** – пов'язана з тривалим жорстоким ставленням, домашнім насильством, війною, постійною зрадою тощо;
3) **травма розвитку** – виникає в дитинстві внаслідок тривалої чи повторюваної травми – фізичного, емоційного насильства тощо;
4) **інтергенераційна травма** – характеризує психологічний чи емоційний ефект, який відчувають люди, що мешкають поряд із тими, хто пережив травму;
5) **трансгенераційна травма** – це психологічна травма, що відчувається впродовж життя кількох поколінь, які безпосередньо не спілкувалися між собою;
6) **історична травма** – сукупна емоційна та психологічна рана, що відчувається впродовж життя одного покоління чи кількох поколінь; випливає з масової групової травми.

ТРАНСЦЕНДЕНТНІСТЬ *(лат. transcendo – переступати, що переступає чи перевершує, що виходить за межі)*

Те, що принципово недоступне досвідному пізнанню або не ґрунтується на досвіді.

ТРИВОЖНІСТЬ

Особистісне утворення, комплекс емоцій страху, гніву, роздратованості, хвилювання тощо. Такі емоції призводять до різних психосоматичних і вегетативних змін, які мають несприятливий вплив на формування і розвиток особистості. Причинами тривожності можуть бути несприятливі психологічні, соціально-педагогічні, соціальні умови, в яких перебуває людина.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ DSM-5 ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ [4; 52-54]

A. Експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження чи сексуального насильства, в один (чи більше) з таких способів:

1. Безпосереднє переживання травмівної події (-ій).
2. Перебування свідком подій, які трапились з іншими.
3. Знання того, що травмівна подія (-ії) трапилася з близьким членом сім'ї чи другом. ***Примітка***. *У разі смерті чи загрози життю членові сім'ї чи другові, якщо ця подія (-ії) була насильницькою або непередбаченою.*
4. Переживання багаторазової чи надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (-ій) (наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки; офіцери поліції, що неодноразово стикаються з деталями скривдження дітей).

Примітка. *Критерії А4 не поширюються на експозицію через електронні засоби масової інформації, телебачення, кіно чи фотографій, тільки якщо ця експозиція не пов'язана з фаховою діяльністю.*

B. Присутність дев'яти (чи більше) наступних симптомів з будь-якої із п'яти категорій інтрузій, негативного настрою, дисоціацій, уникнення та збудження, які виникли чи погіршились після того, як трапилась травмівна подія.

ІНТРУЗИВНІ СИМПТОМИ

1. Періодичні, мимовільні та нав'язливі неприємні спогади про травмівну подію (-ї). ***Примітка***. *У дітей повторювані ігри можуть виражати зміст або інші аспекти травмівної події (-ій).*
2. Періодичні неприємні сни, зміст та/або емоції, які пов'язані з травмівною подією (-ями). ***Примітка***. *У дітей можуть бути страшні сни без впізнаваного змісту.*
3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), при яких особа поводиться чи почувається так, ніби подія відбувається знову. (Такі реакції можуть виникати на континуумі, аж до найсильнішого вираження, при якому повністю втрачається усвідомлення теперішнього середовища.) ***Примітка***. *У дітей відтворення травматичних подій може відбуватися у грі.*
4. Інтенсивний чи тривалий психологічний дистрес або помітні фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні стимули, що символізують або нагадують певний аспект травмівної події (-ій).

НЕГАТИВНИЙ НАСТРІЙ

5. Стійка нездатність переживати позитивні емоції (до прикладу, нездатність переживати щастя, задоволення чи почуття любові).

ДИСОЦІАТИВНІ СИМПТОМИ

6. Змінене відчуття реальності свого оточення чи себе (до прикладу, спостереження за собою збоку, заціпеніння, сповільнення часу).
7. Нездатність пригадати важливі аспекти травмівної події (-ій) (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через інші чинники, такі як травма голови, алкоголь чи наркотики).

СИМПТОМИ УНИКНЕННЯ

8. Спроба уникнути неприємних спогадів, думок чи почуттів про травмівну подію (-ї) або тісно пов'язаних з нею.
9. Спроба уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, об'єктів, ситуацій), що викликають неприємні спогади, думки чи почуття, що стосуються безпосередньо травмівної події (-й) або тісно пов'язані з нею (ними).

СИМПОМИ ЗБУДЖЕННЯ

10. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням, нетривалий чи неспокійний сон).
11. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (за малої або ж відсутньої провокації), що типово виражаються через вербальну чи фізичну агресію щодо людей чи предметів.
12. Надмірна настороженість.
13. Проблеми з концентрацією.
14. Перебільшена реакція переляку.

C. Тривалість порушень (симпоми критерію B) від трьох днів до місяця після переживання травми. ***Примітка****. Зазвичай симптоми з'являються одразу після травми, але мають тривати принаймні від трьох днів до місяця, щоб відповідати критерію.*

D. Порушення спричиняють значний дистрес або погіршення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

E. Порушення не пов'язані з фізіологічним впливом психоактивних речовин (наприклад, медикаментів чи алкоголю) чи іншими медичними причинами (наприклад, незначна черепно-мозкова травма) та не пояснюється короткочасним психотичним розладом.

Додаток 2

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ DSM-5 ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

(У ДОРОСЛИХ, ПІДЛІТКІВ ТА ДІТЕЙ, СТАРШИХ 6 РОКІВ) [4; 52– 54]

A. Експозиція до смерті або загроза життю, серйозного ушкодження або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів:

1. Безпосереднє переживання травмівної події (-ій).
2. Перебування свідком подій, які трапились з іншими.
3. Знання того, що травмівна подія (-ії) трапилася з членом сім'ї чи близьким другом. У разі смерті чи загрози життю члену сім'ї чи другу, якщо ця подія (-ії) була насильницькою або непередбаченою;
4. Переживання багаторазової чи надмірної експозиції до нестерпних деталей травмівної події (-ій) (наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки; офіцери поліції, які неодноразово стикаються з деталями скривдження дітей).

***Примітка**. Критерії А4 не поширюються на експозиції через електронні засоби масової інформації, телебачення, кіно чи фотографій, тільки якщо ця експозиція не пов'язана з фаховою діяльністю.*

B. Присутність одного (чи більше) з наступних інтрузивних симптомів, які пов'язані з травматичною подією (-ями) та з'явилися після того, як травмівна подія сталася:

1. Періодичні, мимовільні та нав'язливі неприємні спогади про травмівну подію (-ії). ***Примітка**: У дітей, старших 6 років, повторювані ігри можуть виражати тему й аспекти травмівної події (-ій).*
2. Періодичні неприємні сни, зміст та/або емоції яких пов'язані з травмівною подією (-ями). ***Примітка**. У дітей можуть бути страшні сни без впізнаваного змісту.*
3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), при яких особа поводиться чи почувається так, ніби подія відбувається знову. (Такі реакції можуть виникати на континуумі, аж до найсильнішого вираження, при якому повністю втрачається усвідомлення теперішнього середовища.) ***Примітка**. У дітей відтворення травматичних подій може відбуватися у грі.*
4. Інтенсивний чи тривалий психологічний дистрес або помітні фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні стимули, що символізують або нагадують певний аспект травмівної події (-ій).

5. Помітні фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні стимули, що символізують або нагадують певний аспект травмівної події (-ій).

C. Стійке уникнення стимулів, що пов'язані з травмівною подією (-ями), яке з'являється після того, як трапилась травмівна подія, про що свідчить одна чи обидві з ознак:

1. Уникнення або зусилля щодо уникнення неприємних спогадів, думок чи почуттів про травмівну подію (-ї) або тісно пов'язаних з нею.
2. Уникнення або зусилля щодо уникнення зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, об'єктів, ситуацій), що викликають неприємні спогади, думки чи почуття, які стосуються безпосередньо травмівної події (-й) або тісно пов'язаних з нею (ними).

D. Негативні зміни в когніціях та настрої, пов'язані з травмівною подією (-ями), що розпочались або загострились після того, як трапилась травмівна подія, про що свідчить одна чи більше з таких ознак:

1. Нездатність пригадати важливі аспекти травмівної події (-ій) (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через інші чинники, такі як травма голови, алкоголь чи наркотики).
2. Стійкі та перебільшені негативні переконання або очікування щодо себе, інших та світу (до прикладу, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ абсолютно небезпечний», «Уся моя нервова система зруйнована назавжди».
3. Стійкі, спотворені когніції про причини та наслідки травмівної події (-ій), що призводять до звинувачення себе чи інших.
4. Стійкий негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, злість, вина чи сором).
5. Помітне зниження інтересу або участі в значущій діяльності.
6. Відчуття відсторонення або відчуження від інших.
7. Стійка нездатність переживати позитивні емоції (до прикладу, нездатність переживати щастя, задоволення чи почуття любові).

E. Помітні зміни у збудженні та реактивності, які пов'язані з травмівною подією (-ями), що розпочались або загострились після того, як трапилась травмівна подія, про що свідчить одна або більше з таких ознак:

1. Дратівливість та спалахи гніву (за малої або ж відсутньої провокації), що типово виражаються через вербальну чи фізичну агресію щодо людей чи предметів.
2. Нерозсудлива або самоушкоджувальна поведінка.

3. Надмірна настороженість.
4. Перебільшена реакція переляку.
5. Проблеми з концентрацією.
6. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням, нетривалий чи неспокійний сон).

F. Тривалість порушень (критерії B,C,D та E) – понад місяць.

G. Порушення спричиняють значний дистрес або погіршення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

H. Порушення не пов'язані з фізіологічним впливом психоактивних речовин (наприклад, медикаментів чи алкоголю) чи іншими медичними причинами.

Вкажіть, якщо:

З дисоціативними симптомами: Симптоми відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу та додатково, у відповідь на стресор, особа переживає такі стійкі чи повторювані симптоми:

1. **Деперсоналізація**. Стійкі або повторювальні переживання відчуття відсторонення, ніби спостереження збоку за своїми психічними процесами чи тілом (наприклад, відчуття, ніби це сон; відчуття нереальності себе або свого тіла чи сповільнення часу).
2. **Дереалізація**. Стійкі або повторювальні переживання відчуття нереальності оточення (наприклад, світ довкола переживається як нереальний, казковий, віддалений чи викривлений).

Примітка. *Щоб використовувати цей підтип, дисоціативні симптоми не повинні бути пов'язані з фізіологічним впливом психоактивних речовин (наприклад, потемніння в очах, поведінка під час алкогольної інтоксикації) чи іншими медичними причинами (наприклад складні парціальні напади).*

/ Складні парціальні напади – напади зі зміною свідомості, під час яких людина не реагує на зорові та слухові подразники й забуває все, що відбувалося під час нападу (прим. наук. ред.)/

Вкажіть, якщо:

Із затримкою вияву: Якщо всі діагностичні критерії не виявлялися протягом шести місяців від часу події (хоч поява окремих симптомів могла бути негайною).

Додаток 3

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ СКРИНІНГУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Цей опитувальник входить до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [80].

ІНСТРУКЦІЯ. Будь ласка, дайте відповідь на такі запитання. Свій варіант відповіді підкресліть у правій частині бланка.

№	Запитання	Варіанти відповіді
1.	Чи уникаєте ви нагадувань про травмівну подію, уникаючи певних місць, людей або діяльності?	Так
		Ні
2.	Чи втратили ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	Так
		Ні
3.	Чи стали ви відчувати себе відділеним або ізольованим від інших людей?	Так
		Ні
4.	Чи втратили ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	Так
		Ні
5.	Чи почали ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	Так
		Ні
6.	Чи виникли у вас проблеми із засинанням або сном?	Так
		Ні
7.	Чи стали ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	Так
		Ні

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

4 і більше позитивні відповіді вказують на ймовірність ПТСР.

Додаток 4

ФОРМАЛІЗОВАНЕ ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ІНТЕРВ'Ю З КОМБАТАНТАМИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЙМОВІРНОСТІ ПТСР

1. Скільки часу ви перебували в районі бойових дій?

а) до 3місяців;

б) до пів року;

в) більше ніж пів року.

2. Чи є у вас нагороди за участь у бойових діях?

а) так;

б) ні.

3. Як ви ставитеся до свого бойового досвіду? Чи був він для вас корисний і необхідний?

а) ставлення позитивне (цінує свій бойовий досвід, пишається ним, розуміє його важливість тощо);

б) ставлення байдуже («що є цей досвід, що його немає – однаково»);

в) ставлення негативне;

г) уникання відповіді як і уникання всього, що пов'язане з бойовим досвідом.

4. Як ставляться до вашого бойового досвіду люди, що оточують вас?

а) з повагою (позитивно);

б) байдуже;

в) негативно.

5. Яку оцінку вашого бойового досвіду ви найчастіше чуєте?

а) позитивну;

б) байдужу;

в) егативну.

6. Чи готове суспільство по-справжньому зрозуміти й оцінити людей, які повернулися з війни?

а) готове (чи близьке до цього);

б) важко оцінити;

в) не готове.

Якщо не готове, то які, на ваш погляд, причини цього?

7. Чи є у вас поранення, контузії?

а) немає;

б) є.

(Це запитання може бути зайвим, якщо чітко видно ознаки інвалідності ветерана).

8. Чи доводилося вам втрачати на війні близьких товаришів чи добре знайомих вам людей?

а) не доводилося;

б) доводилося.

9. Чи доводилося вам відчувати справжній страх за своє життя? Чи можете ви докладніше розповісти, з якими подіями чи обставинами це було пов'язано?

Якщо ветеран докладно описує якийсь епізод (подію), необхідно спробувати оцінити силу й інтенсивність впливу на цю людину в тій ситуації можливих психогенних чинників, які описано раніше, їхню кількість у загальній картині психологічної травматизації і міру впливу на цю людину. Особливу увагу треба звернути на невербальні реакції (тремтіння рук, губ, сльози, зміна кольору шкіри обличчя тощо).

10. Яке найсильніше враження ви винесли з війни?

Змістовна частина відповіді на це запитання дає змогу оцінити, наскільки конкретна людина має конструктивний потенціал до розв'язання проблем. Тобто, важливо визначити, наскільки ці враження здатні генерувати у ветерана песимізм і спричинити стан депресії (чи навпаки).

11. Чи часто ви у своїх спогадах звертаєтеся саме до цих вражень чи згадуєте щось інше? Чи можете розповісти, що саме?

12. Чи, на вашу думку, після участі в бойових діях ви змінилися?

Які ці зміни?

13. З якими труднощами ви зіткнулися після повернення з району бойових дій? Чи було це повернення безболісним чи виникли проблеми? Якщо «так», то які саме?

Зверніть увагу на зміст проблем, які були чи є тепер, і які можуть свідчити про ті чи ті конкретні симптоми ПТСР.

14. Які, на ваш погляд, причини виникнення цих проблем?

Можлива рефлексія (усвідомлення) певних психологічних проблем.

15. Які проблеми ви маєте тепер?

16. Чи є у вас можливість спілкуватися зі своїми бойовими побратимами чи просто з тими людьми, які, як і ви, брали участь у бойових діях цієї війни чи іншого воєнного конфлікту?

а) є можливість спілкуватися з бойовими побратимами і ви це робите;

б) є можливість спілкуватися з людьми, які пройшли війну;

в) можливості такого спілкування немає;

г) свідоме чи несвідоме уникнення такого спілкування, навіть за наявності потенційної можливості.

17. Чи хотіли б ви мати можливість спілкуватися з людьми, яким довелося пережити на війні те саме, що й вам?

На завершальному етапі інтерв'ю необхідно вибудувати й узгодити зі співрозмовником перспективу подальшої роботи, зокрема, участь у групі підтримки і взаємодопомоги.

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Результати інтерв'ю за умови відповідного опрацювання й інтерпретації дають змогу оцінити ступінь виявлення в людини тих чи тих посттравмівних стресових явищ.

Підраховуються бали з питань 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16:

а) – 0 балів;

б) – 1 бал;

в) – 2 бали;

г) – 3 бали.

Після підрахунку балів залежно від отриманої суми можна приблизно оцінити ступінь вираження посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Тобто що більша сума балів, то більше виражена негативна тенденція щодо ПТСР.

Одержані значення можна диференціювати за такими категоріями:

14–17 балів – висока ймовірність ПТСР;

10–16 балів – значна ймовірність ПТСР;

8–9 балів – незначна ймовірність вираження ПТСР;

4–7 балів – незначна ймовірність ПТСР.

Додаток 5

КОНТРОЛЬНИЙ ПЕРЕЛІК ЖИТТЄВИХ ПОДІЙ (LEC)

Нижче наведено події, що іноді трапляються в нашому житті, завдаючи нам тяжких переживань та стресу.

Для кожної такої події позначте одну чи дві клітинки в тому ж рядку праворуч, щоб підтвердити, що:

а) це сталося особисто з вами;

б) ви були свідком того, що це сталося з кимось іншим;

в) ви дізналися, що це сталося з вашим близьким родичем чи другом;

г) ви стикалися з цим на роботі (наприклад, як санітар, міліціонер, військовик чи працівник інших підрозділів першої допомоги);

д) ви не певні, чи це вас стосується;

е) це не стосується вас.

Відповідаючи на запитання переліку, не забувайте розглядати події протягом **вашого життя** (дитинства, юності, дорослого періоду).

ПОДІЯ	Сталося зі мною	Був свідком	Дізнався про це	На роботі	Не певен	Не стосується мене
1. Стихійне лихо (повінь, ураган, торнадо, землетрус тощо)						
2. Пожежа чи вибух						
3. Пригода на транспорті (включаючи ДТП, аварію корабля, потяга, літака)						
4. Серйозна аварія на роботі, вдома чи під час відпочинку						
5. Дія отруйної речовини (небезпечні хімікати, випромінювання тощо)						

6. Фізичне насильство (наприклад, на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, ляснули, побили)						
7. Збройний напад (наприклад, у Вас стріляли, поранили ножем тощо, погрожували ножем, пістолетом, вибухівкою)						
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь-якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)						
9. Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід						
10. Бойові дії або перебування в зоні війни (як військовослужбовець або цивільна особа)						
11. Полон (наприклад, як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)						
12. Хвороба чи травма з погрозою для життя						
13. Тяжкі страждання						
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, убивство або самогубство)						
15. Раптова смерть від нещасного випадку						
16. Серйозні ушкодження чи травма або смерть, заподіяні вами комусь іншому						
17. Будь-яка інша подія чи досвід, що спричинили для Вас важкий стрес						

КОНТРОЛЬНИЙ ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ПТСР (PCL-5)

Частина 2

А. Якщо ви позначили ту чи іншу клітинку в рядку 17 частини 1, коротко опишіть подію, яку ви мали на увазі: _____

_____ _____

Б. Якщо ви пережили більше, ніж одну подію з-поміж наведених у частині 1, подумайте, котру з них ви вважаєте для себе найгіршою, що для цілей цього опитувальника означає ту, яка досі турбує вас найбільше. Якщо ви пережили тільки одну подію з-поміж наведених у частині 1, вважайте її найгіршою.

Просимо відповісти на такі запитання про найгіршу подію (позначте всі варіанти, які стосуються події):

1. **Коротко опишіть цю найгіршу подію (що сталося, хто був учасником тощо).**

_____

2. **Як давно це сталося?** _____

(просимо дати приблизну оцінку, якщо ви не впевнені точно).

3. **В якій формі ви пережили цю подію?**
   - це сталося безпосередньо зі мною;
   - я був свідком цього;
   - я дізнався, що це сталося з моїм близьким родичем чи другом;
   - я неодноразово стикався з цим на роботі (як медик, поліцейський, військовий, психолог чи правцівник інших підрозділів першої допомоги);
   - інше (просимо описати).

4. **Чи була загроза життю?**
   - так, моєму;
   - так, життю іншої особи;
   - ні.

5. **Чи був хтось серйозно травмований або загинув?**
   - так, я був(-ла) серйозно травмований(-а);
   - так, інша особа була серйозно травмована або загинула;
   - ні.

6. **Чи було при цьому сексуальне насильство?**
   - так;
   - ні.

7. **Якщо в події була смерть близького родича або друга, чи було це наслідком якогось нещасного випадку, насильства чи природних причин?**
   - нещасного випадку / насильства;
   - природних причин;
   - не підходить (в події не було смерті близького родича або друга).
8. **Загалом скільки разів Ви переживали подібну подію, що була таким або майже таким великим стресом для вас, як і найгірша подія?**
   - тільки одного разу;
   - більше ніж раз (просимо дати конкретну цифру або оцінку загальної кількості таких випадків).

Частина 3

Нижче наведено перелік проблем, з якими інколи стикаються люди внаслідок реакції на суттєвий стрес.

Пам'ятаючи про подію, яку ви визначили як найгіршу для себе, прочитайте, будь ласка, кожний рядок і позначте одну з цифр праворуч, щоб показати, наскільки названа в ньому проблема турбувала вас протягом останнього місяця.

ЗА ОСТАННІЙ МІСЯЦЬ, НАСКІЛЬКИ ВАС ТУРБУВАЛИ ТАКІ РЕЧІ	Ніскільки	Трохи	Помірно	Сильно	Дуже сильно
1. Спогади про стресову подію повторюються, тривожать, і є небажані?	0	1	2	3	4
2. Сни про стресову подію тривожать, і є небажані?	0	1	2	3	4
3. Раптом ви відчули або почали діяти так, ніби стресова подія відбувається з вами знову (ніби ви «знову там» і переживаєте все наяву)?	0	1	2	3	4
4. Ви дуже засмутилися, коли щось нагадало вам про стресову подію?	0	1	2	3	4
5. У вас була сильно виражена фізична реакція, коли щось нагадувало вам стресову подію (наприклад, сильне серцебиття, було важко дихати, ви спітніли)?	0	1	2	3	4

6. Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних зі стресовою подією?	0	1	2	3	4
7. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (наприклад, людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?	0	1	2	3	4
8. Вам було важко пригадати важливі епізоди стресової події?	0	1	2	3	4
9. Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей або до світу загалом (наприклад, ви думали: «Я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна вірити, всюди небезпека»)?	0	1	2	3	4
10. Ви звинувачували себе чи когось іншого за те, що сталася стресова подія або за те, що сталося після неї?	0	1	2	3	4
11. У вас були різко негативні почуття – страх, жах, гнів, почуття провини, сором?	0	1	2	3	4
12. Ви втратили інтерес до тих занять, що раніше приносили вам задоволення?	0	1	2	3	4
13. Ви відчували відчуженість, стіну між собою та іншими людьми?	0	1	2	3	4
14. Вам було важко отримувати позитивні емоції (наприклад, радіти за своїх близьких, відчувати до них любов)?	0	1	2	3	4
15. Роздратована поведінка, вибухи гніву, агресивні дії?	0	1	2	3	4
16. Ви свідомо йшли на великий ризик чи робили речі, які могли заподіяти вам шкоду?	0	1	2	3	4
17. У вас був стан «надмірної настороженості», пильності, обережності?	0	1	2	3	4

18. Ви нервово реагували, легко лякалися?	0	1	2	3	4
19. Вам було важко зосередитися?	0	1	2	3	4
20. Вам було важко заснути або залишатися у стані сну?	0	1	2	3	4

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

PCL-5 – метод самооцінювання. Заповнення опитувальника триває 5-10 хв. Інтерпретація PCL-5 є справою лікаря або клінічного психолога.

Шкалу надав Національний центр з ПТСР на сайті www.ptsd.va.gov.

Підрахунок результатів PCL-5 можна здійснити різними способами.

Підрахунок загальної важкості симптомів (від 0 до 80) можна зробити, склавши результати за всіма 20 пунктами.

Підрахунки важкості груп симптомів за DSM-5 можна одержати, склавши результати для окремої групи, тобто групи B (рядки 1-5), групи C (рядки 6-7), групи D (рядки 8-14) та групи E (рядки 15-20).

Попередній діагноз ПТСР можна зробити, якщо вважати, що оцінка 2 («Помірно»), або вища, є підтвердженням симптому.

Далі визначаємо, дотримуючись правил діагностики за DSM-5.

Потрібно як мінімум:

- один рядок із групи B (питання 1-5);
- один – із групи C (6-7);
- два рядки з групи D (8-14);
- два з групи E (15-20).

Попередньої роботи з підтвердження достовірності інформації достатньо для початкових пропозицій щодо визначення значення, після чого починається клінічне відхилення від норми, але ця інформація може змінитися.

Загалом 38 балів, щоб встановити діагноз ПТСР за PCL-5 є слушним як пропозиція для отримання подальших результатів психометрії.

Додаток 6

ШКАЛА САМООЦІНЮВАННЯ ЩОДО НАЯВНОСТІ ПТСР (PCL-C) (ЦИВІЛЬНА ВЕРСІЯ)

ІНСТРУКЦІЯ. Внизу перелічено проблеми або скарги, які в людини можуть бути внаслідок стресового (травмівного) досвіду в минулому.

Уважно прочитайте кожний пункт і поставте позначку «V» у графі, що найчіткіше відображає частоту, з якою вас турбувало це питання **минулого місяця**.

№	ПИТАННЯ	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1.	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини травмівного досвіду з минулого					
2.	Повторювані, жахливі сни щодо травмівного досвіду з минулого					
3.	Чи часто ви починаєте діяти так, як діяли у травмівній ситауції, або почуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)					
4.	Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо щось нагадує вам про травмівну ситуацію з минулого?					
5.	Фізично реагуєте (сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) , коли щось нагадує вам про травмівний досвід з минулого					

6.	Уникаєте думок або розмов про травмівну ситуацію в минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією					
7.	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмівну ситуацію з минулого					
8.	Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмівної ситуації з минулого					
9.	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення					
10.	Відчуваєте відстороненість або ж відірваність від інших людей					
11.	Відчуваєте емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей					
12.	Відчуття, що ваше майбутнє непевне					
13.	Труднощі із засинанням або уривчастий сон					
14.	Відчуття роздратування або вибухи гніву					
15.	Утруднення з концентрацією уваги					
16.	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте небезпеки					
17.	Почуваєтеся «засмиканим»(-ною) дратівливим(-ою) або легко лякаєтеся					

Додаток 7

ШКАЛА САМООЦІНЮВАННЯ ЩОДО НАЯВНОСТІ ПТСР (PCL-M) (ВІЙСЬКОВА ВЕРСІЯ)

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче перелічено проблеми або скарги, які в людини можуть бути внаслідок стресового (травмівного) воєнного досвіду.

Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно, поставте позначку «V» у графі, що чітко відображає частоту, з якою вас турбувало це питання минулого місяця.

№	ПИТАННЯ	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1.	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травмівного досвіду з минулого					
2.	Повторювані, жахливі сни про травмівний досвід з минулого					
3.	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмівній ситауції, або відчуваєте, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)					
4.	Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо щось нагадує вам травмівну ситуацію з минулого					
5.	Фізично реагуєте (сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння), коли щось нагадує вам про травмівний досвід з минулого					

6.	Уникаєте думок або розмов про травмівну ситуацію в минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією					
7.	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмівну ситуацію з минулого					
8.	Відчували труднощі з пригадуванням важливих частин травмівної ситуації з минулого					
9.	Втрата зацікавлення до того, що раніше приносило задоволення					
10.	Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей					
11.	Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей					
12.	Відчуття, що ваше майбутнє непевне					
13.	Труднощі із засинанням або уривчастий поверхневий сон					
14.	Відчуття роздратування або вибухи гніву					
15.	Труднощі з концентрацією уваги					
16.	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку					
17.	Відчуваєте себе знервованим/ою або легко лякаєтеся?					

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту.

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь виявлення конкретного симптому впродовж минулого місяця. Отже, діапазон оцінки може бути в межах від 17 до 85 балів.

Не зважаючи на те, що шкали самооцінювання не слід використовувати для встановлення формального діагнозу, PCL виявився хорошим діагностичним інструментом.

50 балів і вище – визначається як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР посткомбатантові (тобто якщо підрахунок дорівнює 50 і більше балів, то можна вже говорити про ПТСР, якщо менше – ні).

Альтернативна стратегія підрахунку полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти відповідно до критеріїв DSM-IV. Наприклад, для підозри щодо наявності ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менше як на рівні «3» (помірно) або на вищому рівні одне з питань з діапазону № 1-5, не менше як 3 питання серед питань діапазону № 6-12, і мінімум 2 серед питань № 13-17. Пропонується граничний бал 3 (помірно) або більше для кожного пункту – вважати найбільш відповідним для цього підходу.

Додаток 8

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ (IES-R)

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче описано переживання людей, які мали важкі стресові ситуації. Оцініть, наскільки ви відчували такі почуття з приводу подібної ситуації. Що трапилась з вами. Для цього виберіть і обведіть кружечком цифру, що відповідає тому, як часто ви переживали подібне протягом **останніх семи днів, сьогодні також**.

№	ПИТАННЯ	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1.	Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушує мене знову пережити все, що трапилося	0	1	2	5
2.	Я не міг(могла) спокійно спати ночами	0	1	2	5
3.	Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною сталося	0	1	2	5
4.	Я відчував(ла) постійне роздратування і гнів	0	1	2	5
5.	Я не дозволяв(ла) собі засмучуватися, коли думав(ла) про цю подію або щось нагадувало мені про неї	0	1	2	5
6.	Я думав(ла) про те, що трапилося проти своєї волі	0	1	2	5
7.	Мені здавалося, що всього того, що сталося зі мною, ніби й не було насправді, або все, що тоді відбувалося, було нереальним	0	1	2	5
8.	Я намагався(лася) уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилося	0	1	2	5
9.	Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості	0	1	2	5
10.	Я був(ла) весь час напруженим(ною) і сильно здригався(лась), якщо щось раптово лякало мене	0	1	2	5
11.	Я намагався(лася) не думати про те, що трапилося	0	1	2	5
12.	Я розумів(ла), що мене і досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив(ла), щоб їх уникнути	0	1	2	5

13.	Я відчував (ла) щось на зразок заціпеніння і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче «паралізовані»	0	1	2	5
14.	Я раптом помітив(ла), що дію або почуваюся так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації	0	1	2	5
15.	Мені було важко заснути	0	1	2	5
16.	Мене буквально переповнювали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією	0	1	2	5
17.	Я намагався(лася) витіснити з пам'яті те, що трапилося	0	1	2	5
18.	Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь	0	1	2	5
19.	Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував(ла) неприємні фізичні ознаки: пітнів(ла), дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс тощо	0	1	2	5
20.	Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося	0	1	2	5
21.	Я постійно остерігався(лась) і весь час чекав(ла), що трапиться щось погане	0	1	2	5
22.	Я намагався(лася) ні з ким не говорити про те, що трапилося	0	1	2	5

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ:

- субшкала «вторгнення»: сума балів за пунктами 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20;
- субшкала «уникнення»: сума балів за пунктами 5, 7, 8, 11, 12, 13,17, 22;
- субшкала «фізіологічна збудливість»: сума балів за пунктами 4, 10, 14, 15, 18, 19,21.

Загальна оцінка реакції на стресову ситуацію визначається за сумою балів усіх субшкал.

№	**РЕАКЦІЯ НА СТРЕСОВУ СИТУАЦІЮ** (ТРАВМУ)	**Сума балів**
1.	Низька	< 30
2.	Помірна	30–50
3.	Виражена	> 50

Додаток 9

ОПИТУВАЛЬНИК РИЗИКУ СУЇЦИДУ

ІНСТРУКЦІЯ. Обведіть кружечком тільки один із варіантів відповіді (твердження) на запитання.

№	Запитання	Варіанти відповіді
1.	Чи доводилося вам останнім часом думати про самогубство?	Так
		Ні
2.	Якщо так, то чи часто?	Так
		Ні
3.	Чи виникали такі думки мимоволі?	Так
		Ні
4.	Чи є у вас конкретне уявлення про те, як би ви хотіли позбавити себе життя?	Так
		Ні
5.	Чи починали ви підготовку до цього?	Так
		Ні
6.	Чи говорили ви вже кому-небудь про свої суїцидальні наміри?	Так
		Ні
7.	Чи намагалися ви вже коли-небудь позбавити себе життя?	Так
		Ні
8.	Чи був у вашій родині або в колі друзів і знайомих випадок самогубства?	Так
		Ні
9.	Чи вважаєте ви свою ситуацію безнадійною?	Так
		Ні
10.	Чи важко вам відволіктися від своїх проблем?	Так
		Ні
11.	Чи зменшилося останнім часом ваше спілкування з рідними, друзями, знайомими?	Так
		Ні
12.	Чи зберігається у вас інтерес до того, що відбувається у вашій професії, у вашому оточенні? Чи залишився ще інтерес до ваших захоплень?	Так
		Ні
13.	Чи є у вас хтось, із ким би ви могли відверто і довірливо говорити про свої проблеми?	Так
		Ні

14.	Чи живете ви в сім'ї (своїй або сім'ї знайомих, родичів, друзів)?	Так
		Ні
15.	Чи зберігаються у вас сильні емоційні зв'язки з родиною і/або професійними обов'язками?	Так
		Ні
16.	Чи відчуваєте ви свою стійку належність до якоїсь релігійної чи іншої світоглядної спільноти?	Так
		Ні

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Прямі твердження (питання 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10,11) оцінюються:

- 1 бал – за відповідь «так»;
- 0 балів – за відповідь «ні».

Зворотні твердження (питання 12,13, 14, 15, 16) оцінюються:

- 1 бал – за відповідь «ні»;
- 0 балів – за відповідь «так».

Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку суми балів усіх 16 питань, відображає рівень ризику суїциду.

У таблиці наведено рівні ризику суїциду за Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, К. Ледерах-Гофман [10].

РІВНІ РИЗИКУ СУЇЦИДУ	Суми балів
Ризик незначний	0-8
Є ризик скоєння суїциду	9-12
Високий показник ризику скоєння суїциду	13-16

Додаток 10

ОПИТУВАЛЬНИК БЕКА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ

(BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI)

Бланк для психолога, лікаря

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче представлено низку станів та по чотири твердження до кожного з них. Виберіть одне твердження з чотирьох, що найкраще описує ваші відчуття за минулий тиждень, сьогодні також. Обведіть кружечком номер твердження, яке ви вибрали. Якщо в групі кілька тверджень, що однаково добре описують ваші відчуття, обведіть кожне з них. Перед тим, як зробити свій вибір, уважно прочитайте всі твердження в кожній групі.

1. **Сум**
   0 – я не відчуваю себе нещасним(ою);
   1 – я відчуваю себе нещасним(ою);
   2 – я весь час нещасний(а) і не можу звільнитися від цього почуття;
   3 – я настільки нещасний(а) і засмучений(а), що не можу цього стерпіти
2. **Песимізм**
   0 – думаючи про майбутнє, я не почуваюся особливо розчарованим;
   1 – думаючи про майбутнє, я почуваюся розчарованим;
   2 – я відчуваю, що мені нема чого чекати в майбутньому;
   3 – я відчуваю, що майбутнє безнадійне, і ніщо не зміниться на краще.
3. **Відчуття, що в усьому не щастить**
   0 – я не почуваюся невдахою;
   1 – я відчуваю, що в мене було більше невдач, ніж у більшості інших людей;
   2 – коли я оглядаюся на прожите життя, то бачу тільки невдачі;
   3 – я почуваюся повним(ою) невдахою.
4. **Невдоволення собою**
   0 – я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше;
   1 – я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше;
   2 – я не отримую справжнього задоволення від чого б то не було;
   3 – я всім не задоволений(а), і мені все набридло

5. Почуття провини

0 – я не почуваюся особливо винуватим(ою);

1 – досить часто я почуваюся винуватим(ою);

2 – майже завжди я почуваюся винуватим(ою);

3 – я відчуваю себе винуватим весь час.

6. Відчуття, що мене карають

0 – я не відчуваю, що мене за щось карають;

1 – я відчуваю, що можу бути покараний(ою) за щось;

2 – я очікую, що мене покарають;

3 – я відчуваю, що мене карають за щось.

7. Самозаперечення

0 – я не відчуваю розчарування в собі;

1 – я розчарований(а) в собі;

2 – я огидний (а) сам (а) собі;

3 – я ненавиджу себе.

8. Самозвинувачення

0 – у мене немає відчуття, що я в чомусь гірший(а), ніж інші;

1 – я самокритичний(а) і визнаю свої слабкості й помилки;

2 – я весь час звинувачую себе за свої помилки;

3 – я звинувачую себе за все погане, що відбувається.

9. Наявність суїцидальних думок

0 – у мене немає думок про те, щоб накласти на себе руки;

1 – у мене є думки про те, щоб накласти на себе руки, але я цього не зроблю;

2 – я хотів(ла) б покінчити життя самогубством;

3 – я б наклав(ла) на себе руки, якби випала нагода.

10. Плаксивість

0 – я плачу не більше ніж зазвичай;

1 – тепер я плачу більше ніж звичайно;

2 – я тепер весь час плачу;

3 – раніше я ще міг(могла) плакати, але тепер не зможу, навіть якщо захочу.

11. Дратівливість

0 – тепер я не більше роздратований(а), ніж зазвичай;

1 – я дратуюся легше, ніж раніше, навіть через дрібниці;

2 – тепер я весь час роздратований(а);

3 – мене вже ніщо не дратує, бо мені все байдуже.

12. Почуття соціальної відчуженості

0 – я не втратив інтересу до інших людей;

1 – у мене менше інтересу до інших людей, ніж раніше;

2 – я майже втратив інтерес до інших людей;

3 – я втратив будь-який інтерес до інших людей.

13. Нерішучість

0 – я здатний приймати рішення так само, як завжди;

1 – я відкладаю прийняття рішень частіше, ніж зазвичай;

2 – я відчуваю більше труднощів в прийнятті рішень, ніж раніше;

3 – я більше не можу приймати будь-яких рішень

14. Дисморфія/фобія

0 – я не відчуваю, що в мене гірший вигляд, ніж зазвичай;

1 – я стурбований(а) тим, що виглядаю постарілим(ою) або непривабливим(ою);

2 – я відчуваю, що зміни, які відбулися в моїй зовнішності, зробили мене непривабливим(ою);

3 – я впевнений(а), що виглядаю потворним(ою).

15. Труднощі в роботі

0 – я можу працювати так само, як раніше;

1 – мені треба докласти додаткових зусиль, щоб почати що-небудь робити;

2 – я з великими труднощами змушую себе що-небудь робити;

3 – я взагалі не можу працювати.

16. Безсоння

0 – я можу спати так само добре, як і зазвичай;

1 – я сплю не так добре, як завжди;

2 – я прокидаюся на 1-2 години раніше, ніж зазвичай, і мені важко заснути знову;

3 – я прокидаюся на декілька годин раніше, ніж зазвичай і не можу заснути.

17. Стомлюваність

0 – я стомлююся не більше, ніж зазвичай;

1 – я стомлююся легше, ніж зазвичай;

2 – я стомлююся майже від усього, що я роблю;

3 – я дуже стомився(лась), щоб робити будь-що.

18. Втрата апетиту

0 – у мене апетит не гірший, ніж зазвичай;

1 – у мене не такий хороший апетит, як був раніше;

2 – тепер мій апетит став набагато гірший;

3 – я взагалі втратив(ла) апетит.

19. Втрата ваги

0 – якщо останнім часом я і втратив(ла) у вазі, то дуже небагато;

1 – я втратив(ла) у вазі понад 2 кг;

2 – я втратив(ла) у вазі понад 4 кг;

3 – я втратив(ла) у вазі понад 6 кг.

Я спеціально намагався(лася) не їсти, щоб втратити у вазі.

(Обведіть *кружечком):* так, ні.

20. Заклопотаність станом здоров'я

0 – я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай;

1 – мене турбують такі проблеми, як різні болі, розлади шлунка, закрепи;

2 – я так стурбований(на) своїм здоров'ям, що мені навіть важко думати про щось інше;

3 – я так стурбований(на) своїм здоров'ям, що взагалі ні про що інше не можу думати.

21. Втрата сексуального потягу

0 – я не помічав(ла) будь-яких змін у своїх сексуальних інтересах;

1 – я менше, ніж зазвичай, цікавлюся сексом;

2 – тепер я набагато менше цікавлюся сексом;

3 – я абсолютно втратив(ла) інтерес до сексу.

ОПРАЦЮВАННЯ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

№	ІНТЕНСИВНІСТЬ ДЕПРЕСІЇ	Сума балів
1.	Нема	< 9
2.	Помірно виражена	10–18
3.	Критичний рівень	19–29
4.	Явно виражена	>30

Додаток 11

ОПИТУВАЛЬНИК БЕКА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ДЕПРЕСІЇ

(BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI)

Бланк для клієнта

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче представлено низку станів, до кожного з них – чотири твердження. Виберіть одне твердження з чотирьох, яке найкраще описує ваш стан за минулий тиждень, сьогодні також. Обведіть кружечком номер твердження, яке ви вибрали. Якщо в групі кілька тверджень, що однаково добре описують ваш стан, обведіть кожне з них. Перше ніж зробити свій вибір, уважно прочитайте всі твердження в кожній групі.

1

0 – я не відчуваю себе нещасним(ою);

1 – я відчуваю себе нещасним(ою);

2 – я весь час нещасний(а) і не можу звільнитися від цього почуття;

3 – я такий нещасний(а) і засмучений(а), що не можу цього винести.

2

0 – думаючи про майбутнє, я не відчуваю себе особливо розчарованим (ою);

1 – думаючи про майбутнє, я відчуваю себе розчарованим (ою);

2 – я відчуваю, що мені немає чого чекати в майбутньому;

3 – я відчуваю, що майбутнє безнадійне і ніщо не зміниться на краще.

3

0 – я не відчуваю себе невдахою;

1 – я відчуваю, що в мене було більше невдач, ніж у більшості інших людей;

2 – коли я оглядаюся на прожите життя, то бачу тільки невдачі;

3 – я почуваюся повним(ою) невдахою.

4

0 – я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше;

1 – я не отримую стільки ж задоволення від життя, як раніше;

2 – я не отримую справжнього задоволення ні від чого;

3 – я всім не задоволений(а), і мені все набридло.

5

0 – я не відчуваю себе особливо винуватим (ою);

1 – досить часто я почуваюся винуватим(ою);

2 – майже завжди я почуваюся винуватим(ою);

3 – я почуваюся винуватим весь час.

6

0 – я не відчуваю, що мене за щось карають;

1 – я відчуваю, що можу бути покараний(ою) за щось;

2 – я очікую, що мене покарають;

3 – я відчуваю, що мене карають за щось.

7

0 – я не відчуваю розчарування в собі;

1 – я розчарований(а) в собі;

2 – я викликаю огиду до себе;

3 – я ненавиджу себе.

8

0 – у мене немає відчуття, що я в чомусь гірший(а), ніж інші;

1 – я самокритичний(а) і визнаю свої слабкості й помилки;

2 – я весь час звинувачую себе за свої помилки;

3 – я звинувачую себе за все погане, що відбувається.

9

0 – я не думаю про те, щоб накласти на себе руки;

1 – я думаю про те, щоб накласти на себе руки, але не зроблю такого;

2 – я хотів(ла) б покінчити життя самогубством;

3 – я б наклав(ла) на себе руки, якби мені випала нагода.

10

0 – я плачу не більше ніж зазвичай;

1 – тепер я плачу більше, ніж зазвичай;

2 – я тепер весь час плачу;

3 – раніше я ще міг(могла) плакати, але тепер не зможу, навіть якщо захочу.

11

0 – тепер я не більше роздратований(а), ніж зазвичай;

1 – я дратуюся легше, ніж раніше, навіть через дрібниці;

2 – тепер я весь час роздратований(а);

3 – мене вже ніщо не дратує, бо мені все байдуже.

12

0 – я не втратив(ла) інтересу до інших людей;

1 – у мене менше інтересу до інших людей, ніж раніше;

2 – я майже втратив(ла) інтерес до інших людей;

3 – я втратив(ла) будь-який інтерес до інших людей.

13

0 – я здатний(а) приймати рішення так само, як завжди;

1 – я відкладаю прийняття рішень частіше, ніж зазвичай;

2 – я відчуваю більше труднощів у прийнятті рішень, ніж раніше;

3 – я більше не можу приймати будь-яких рішень.

14

0 – я не відчуваю, що я виглядаю гірше, ніж зазвичай;

1 – я стурбований(а) тим, що виглядаю постарілим(ою) або непривабливим(ою);

2 – я відчуваю, що зміни в моїй зовнішності зробили мене непривабливим(ою);

3 – я впевнений(а), що виглядаю потворним(ою).

15

0 – я можу працювати так само, як і раніше;

1 – мені треба докласти додаткових зусиль, щоб почати що-небудь робити;

2 – я з великими труднощами змушую себе що-небудь робити;

3 – я взагалі не можу працювати.

16

0 – я можу спати так само добре, як і зазвичай;

1 – я сплю не так добре, як завжди;

2 – я прокидаюся на 1-2 години раніше, ніж зазвичай, і з трудом можу заснути знову;

3 – я прокидаюся на декілька годин раніше, ніж зазвичай і не можу заснути.

17

0 – я втомлююся не більше, ніж зазвичай;

1 – я втомлююся швидше, ніж зазвичай;

2 – я втомлююся майже від усього того, що я роблю;

3 – я дуже втомився (лась), щоб робити будь-що.

18

0 – мій апетит не гірший, ніж зазвичай;

1 – у мене не такий хороший апетит, як був раніше;

2 – тепер мій апетит став набагато гірший;

3 – я взагалі втратив(ла) апетит.

19

0 – якщо останнім часом я і втратив(ла) у вазі, то дуже небагато;

1 – я втратив(ла) у вазі понад 2 кг;

2 – я втратив(ла) у вазі понад 4 кг;

3 – я втратив(ла) у вазі понад 6 кг.

Я спеціально намагався(лась) не їсти, щоб втратити у вазі.

(Обведіть кружечком): так, ні

20

0 – я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай;

1 – мене турбують такі проблеми, як різні болі, розлади шлунка, закрепи;

2 – я настільки стурбований(на) своїм здоров'ям, що мені навіть важко думати про щось інше;

3 – я настільки стурбований(на) своїм здоров'ям, що взагалі ні про що інше не можу думати

21

0 – я не зауважував(ла) будь-яких змін у моїх сексуальних інтересах;

1 – я менше, ніж зазвичай, цікавлюся сексом;

2 – тепер я набагато менше цікавлюся сексом;

3 – я абсолютно втратив(ла) інтерес до сексу.

Додаток 12

ОПИТУВАЛЬНИК ПАЦІЄНТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я (PHQ-9)

ІНСТРУКЦІЯ. Будь ласка, дайте відповідь на таке запитання:

– Як часто за останні **два тижні** вас турбували такі вияви? (Свою відповідь позначте «V» у правій частині бланка)

№	ПРОЯВИ	Не турбували взагалі	Кілька днів	Більше половини всіх днів	Майже щодня
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що люди могли це помітити. Або навпаки, ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9.	Думки про те, що вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3

Якщо у вас були зазначені вище проблеми – відзначте, то наскільки вони ускладнили Вам виконання службових обов'язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми? (Свою відповідь позначте «√»)	Зовсім не ускладнили
	Дещо ускладнили
	Дуже ускладнили
	Надзвичайно ускладнили

ОПРАЦЮВАННЯ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Підраховується загальна сума балів. Рівні тяжкості депресії:

- 0–4 – депресії нема;
- 5–9 – легка («субклінічна») депресія;
- 10–14 – депресія помірної тяжкості;
- 15–19 – депресія середньої тяжкості;
- 20–27 – тяжка депресія.

Зауважимо, що бал ≥10 є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83 %.

Додаток 13

ТЕСТ НА ВИЗНАЧЕННЯ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ (AUDIT)

1. **Як часто ви вживаєте спиртні напої?**
   - ніколи (0);
   - один раз на місяць або рідше (1);
   - 2 або 4 рази на місяць (2);
   - 2 або 3 рази на тиждень (3);
   - 4 рази на тиждень або частіше (4).
2. **Скільки порцій спиртного ви випиваєте в типовий день, коли вживаєте алкоголь? (Під порцією мається на увазі 0,5 л пива або 200 мл сухого вина, або 50 мл горілки чи коньяку.)**
   - жодної (0);
   - 1 або 2 (1);
   - 3 або 4 (2);
   - 5 або 6 (3);
   - 7 або 9 (4);
   - 10 або більше (5).
3. **Як часто ви випиваєте більше шести порцій алкоголю за один раз?**
   - ніколи (0);
   - один раз на місяць або рідше (1);
   - щомісяця (2);
   - щотижня (3);
   - щодня або майже щодня (4).
4. **Як часто протягом минулого року ви помічали, що не можете зупинитися, якщо почали пити?**
   - ніколи (0);
   - один раз на місяць або рідше (1);
   - щомісяця (2);
   - щотижня (3);
   - щодня або майже щодня (4).

5. **Як часто протягом минулого року ви не виконували того, що, зазвичай, від вас очікували, через вживання алкоголю?**
   - ніколи (0);
   - один раз на місяць або рідше (1);
   - щомісяця (2);
   - щотижня (3);
   - щодня або майже щодня (4).
6. **Як часто протягом минулого року ви відчували потребу вранці випивати спиртне для того, щоб бути в змозі що-небудь робити після надмірного вживання алкоголю напередодні?**
   - ніколи (0);
   - один раз на місяць або рідше (1);
   - щомісяця (2);
   - щотижня (3);
   - щодня або майже щодня (4).
7. **Як часто ви відчували почуття провини або дорікали собі з приводу вживання алкоголю?**
   - ніколи (0);
   - один раз на місяць або рідше (1);
   - щомісяця (2);
   - щотижня (3);
   - щодня або майже щодня (4).
8. **Як часто протягом минулого року ви не могли пригадати подій попереднього дня через те, що були в стані сп'яніння?**
   - ніколи (0);
   - один раз на місяць або рідше (1);
   - щомісяця (2);
   - щотижня (3);
   - щодня або майже щодня (4).

9. Чи траплялося, що ви в стані сп'яніння були причиною травмування себе або інших?

- ніколи (0);
- один раз на місяць або рідше (1);
- щомісяця (2);
- щотижня (3);
- щодня або майже щодня (4).

10. Чи траплялося, що хтось з членів вашої родини, хтось із друзів або лікар висловлював свою стурбованість з приводу того, що ви вживаєте алкоголь або радив вам менше пити?

- ніколи (0);
- один раз на місяць або рідше (1);
- щомісяця (2);
- щотижня (3);
- щодня або майже щодня (4).

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Підраховуємо бали.

Якщо загальна кількість балів 8 або більше, треба звернутися до лікаря і продовжити обстеження, а якщо потрібно – одержати допомогу.

Додаток 14

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ (CAGE)

1. **Чи ви відчували, що потрібно зменшити вживання алкоголю?**
2. **Є люди, які набридали вам тим, що засуджували вас за вживання алкоголю?**
3. **Ви коли-небудь відчували, провину від того, що вживаєте алкоголь?**
4. **Чи були випадки, коли вам було потрібно похмелитися чи вживати алкоголь зранку, щоб заспокоїти нерви?**

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Якщо ви відповіли «Так» на одне або два запитання, то можна говорити про зловживання алкоголем.

Якщо ви відповіли ствердно на три або чотири запитання, то ймовірно, що у вас алкогольна залежність.

Додаток 15

ТЕСТ НА НАРКОТИЧНУ ТА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ (ХЕЛПЕР)

ІНСТРУКЦІЯ. Спробуйте відповісти на всі запитання чесно, адже ця інформація буде використана тільки для розмови з вами, і її більше ніхто й ніколи не побачить.

Вибрати можна тільки одну з двох відповідей. Якщо ви сумніваєтесь в якійсь відповіді, то варто відповідати ствердно, тобто «Так».

№	Запитання	Варіанти відповіді
1.	Чи є випадки алкоголізму і наркоманії в роду?	Так
		Ні
2.	Чи є випадки, коли ви вживаєте більше психоактивних речовин, ніж інші?	Так
		Ні
3.	Чи з'являється у вас відчуття радості при думці про майбутнє вживання?	Так
		Ні
4.	Чи ви збуджуєтесь, коли бачите спиртне на прилавку в крамниці?	Так
		Ні
5.	Чи почастішали випадки, коли вам не хотілося зупинятися, в той час, як іншим було вже досить?	Так
		Ні
6.	Чи з'явилося почуття занепокоєння стосовно майбутніх «тверезих» заходів?	Так
		Ні
7.	Чи є випадки тривалого НЕ вживання спиртного або наркотичної речовини?	Так
		Ні
8.	Чи є випадки тривалого вживання спиртного або наркотиків?	Так
		Ні
9.	Чи є відчуття морального задоволення після вживання?	Так
		Ні
10.	Чи є страх і побоювання «тверезого» життя?	Так
		Ні
11.	Чи є відчуття пригніченості, якщо нема алкоголю і наркотика?	Так
		Ні
12.	Чи з'явилася тяга до спиртного або наркотика?	Так
		Ні

13.	Чи є відчуття «похмілля» після вживання, напередодні?	Так
		Ні
14.	Чи трапляється потреба в новій дозі спиртного або наркотика, щоб зняти відчуття «похмілля»?	Так
		Ні
15.	Чи спостерігається посилення дратівливості?	Так
		Ні
16.	Чи почастішали стани гніву, які змінюються байдужістю до всього?	Так
		Ні
17.	Чи спостерігається погіршення пам'яті?	Так
		Ні
18.	Чи спостерігається зниження інтелектуальних здібностей?	Так
		Ні
19.	Чи з'являються часті перепади настрою?	Так
		Ні
20.	Чи з'являються ускладнення в спілкуванні?	Так
		Ні
21.	Чи з'являється байдужість до роботи або навчання?	Так
		Ні
22.	Чи спостерігається втрата або відсутність захоплень та інтересів?	Так
		Ні
23.	Чи спостерігається підвищена схильність до ледарства і насолод?	Так
		Ні
24.	Чи спостерігається повна відсутність занять фізкультурою і спортом?	Так
		Ні
25.	Чи спостерігається послаблення сили волі?	Так
		Ні
26.	Чи почастішали безсоння, знизилася активність вдень?	Так
		Ні
27.	Чи посилилися стани пригніченості?	Так
		Ні
28.	Чи спостерігається зміна апетиту, що виявляється і в його зниженні, і в різкому підвищенні?	Так
		Ні
29.	Чи з'явилася тяга до солодкого, особливо до солодких напоїв?	Так
		Ні

30.	Чи спостерігається зміна кольору обличчя – блідість або «землянистий» відтінок?	Так
		Ні
31.	Чи спостерігається різке схуднення?	Так
		Ні
32.	Чи спостерігається зміна розміру зіниць?	Так
		Ні
33.	Чи спостерігається швидке руйнування зубів?	Так
		Ні
34.	Чи спостерігається гальмування мовлення або порушення артикуляції або, навпаки, швидке мовлення «скоромовкою»?	Так
		Ні
35.	Чи почастішали випадки, що ви говорили неправду?	Так
		Ні
36.	Чи з'явилися неприязнь і грубість, особливо у спілкуванні зі знайомими, рідними й близькими?	Так
		Ні
37.	Чи змінилися ваші інтереси і захоплення?	Так
		Ні
38.	Чи змінилося ваше коло знайомих?	Так
		Ні
39.	Чи з'явилися грошові борги?	Так
		Ні
40.	Чи спостерігався продаж особистих речей?	Так
		Ні
41.	Чи були випадки крадіжки?	Так
		Ні
42.	Чи спостерігається порушення травлення, що виявляється в безпричинній блюваті, проносі чи закрепах?	Так
		Ні
43.	Чи зменшилася у вас кількість позитивних емоцій?	Так
		Ні
44.	Чи часто бувають у вас стреси, депресія, пригніченість?	Так
		Ні
45.	Чи буває почуття самотності?	Так
		Ні
46.	Чи зростає у вас агресивність?	Так
		Ні

47.	Чи спостерігається низька стійкість до психо-емоційних навантажень?	Так
		Ні
48.	Чи схильні ви до азартних ігор?	Так
		Ні
49.	Чи спостерігається низька самооцінка?	Так
		Ні
50.	Чи важко вам просити про допомогу?	Так
		Ні
51.	Чи зросла у вас схильність до необдуманих вчинків?	Так
		Ні
52.	Чи є схильність до усамітнення?	Так
		Ні
53.	Чи спостерігається скритність?	Так
		Ні
54.	Чи буваєте ви озлоблені?	Так
		Ні
55.	Чи спостерігаються часті невмотивовані втечі з дому?	Так
		Ні
56.	Чи з'явилася у вас неохайність в одязі, а раніше такого не спостерігалося?	Так
		Ні
57.	Чи носите ви одяг з довгими рукавами скрізь і завжди?	Так
		Ні
58.	Чи є втрата інтересу до свого зовнішнього вигляду?	Так
		Ні
59.	Чи спостерігається порушення ритму дня?	Так
		Ні
60.	Чи з'явилася скритність стосовно телефонних розмов?	Так
		Ні
61.	Чи з'явилися суїцидальні нахили?	Так
		Ні

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Тепер підрахуйте загальну кількість відповідей «Так».

Залежно від цієї кількості можна припускати такі результати:

НАЯВНІСТЬ ЗАЛЕЖНОСТІ	Суми балів
Нема	0–10
Ранній вияв	11–28
Середній вияв	29–45
Важка залежність	46–61

Позитивні відповіді до 10 балів – можуть свідчити про якесь захворювання або порушення нервово-психічного стану, але, загалом, це показник – у межах норми.

Якщо результат більше 10 балів, потрібна консультація фахівця. Для підтвердження або спростування цього психологічного тесту можна застосувати хімічні тести щодо вживання наркотиків чи алкоголю.

Додаток 16

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ ТА ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ) (MISSISSIPPI SCALE FOR COMBAT-RELATED POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER)

Нижче наведено твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала оцінок від «1» до «5». Користуючись цією шкалою, вкажіть, наскільки ви згодні або не згодні з цими твердженнями. На кожне твердження дайте лише одну відповідь: «абсолютно правильно», «іноді правильно», «правильно частково», «правильно», «абсолютно правильно».

№	ПИТАННЯ	Абсолютно неправильно	Іноді правильно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
1.	До служби в армії у мене було більше друзів, ніж тепер	1	2	3	4	5
2.	У мене немає почуття провини за те, що я робив(ла) під час служби в армії	1	2	3	4	5
3.	Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу)	1	2	3	4	5
4.	Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю	1	2	3	4	5
5.	Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться	1	2	3	4	5
6.	Я здатний(на) вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5

7.	Мені сняться ночами кошмари про те, що дійсно було на війні	1	2	3	4	5
8.	Коли я думаю про деякі речі, які я робив(ла) в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9.	Ззовні я виглядаю бездушним (ою)	1	2	3	4	5
10.	Останнім часом я відчуваю, що хочу позбавити себе життя	1	2	3	4	5
11.	Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати	1	2	3	4	5
12.	Я весь час запитую себе, чому я ще живий(а), в той час як інші загинули на війні	1	2	3	4	5
13.	У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії	1	2	3	4	5
14.	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15.	Я відчуваю себе надмірно втомленим(ою)	1	2	3	4	5
16.	Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не хвилюють	1	2	3	4	5
17.	Мене, як і раніше, радують ті ж речі, що й раніше	1	2	3	4	5
18.	Мої фантазії реалістичні й викликають страх	1	2	3	4	5

19.	Я виявив(ла), що мені після демобілізації працювати не важко	1	2	3	4	5
20.	Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21.	Я безпричинно плачу	1	2	3	4	5
22.	Мені подобається бути в товаристві інших людей	1	2	3	4	5
23.	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24.	Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25.	Від несподіваного шуму я здригаюся	1	2	3	4	5
26.	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27.	Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28.	Я відчуваю, що про деякі речі, які я робив(ла) в армії, я не зможу розповісти нікому, тому що цього ніхто не зрозуміє	1	2	3	4	5
29.	Інколи я вживаю алкоголь або снодійне, щоб заснути або забути про те, що трапилися зі мною, коли я служив(ла) в армії	1	2	3	4	5
30.	Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі	1	2	3	4	5
31.	Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці	1	2	3	4	5
32.	Я боюся засинати	1	2	3	4	5

33.	Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії	1	2	3	4	5
34.	Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше	1	2	3	4	5
35.	Я відчуваю труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть з близькими людьми	1	2	3	4	5

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Прямі твердження: 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.

Зворотні твердження: 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони точні для респондента (від «Абсолютно неправильно » – 1 бал до «Абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал).

Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку суми балів усіх 35 тверджень, відображає ступінь впливу травмівного досвіду на людину. Підсумкова оцінка вища ніж 97 балів свідчить про виражений вплив перенесеної травми на людину і потребу медичного обстеження.

З різними розладами адаптації можуть працювати психологи – якщо уточнювальні тести показують помірні рівні травмованості. Якщо ж розлади адаптації проходять на тлі більш вираженої психологічної травмованості з помірною втратою смислу життя та депресією – то долучатися має психотерапевт, а то й психіатр.

Нижче наведено рівні розладу адаптації за даними ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», викладеними в методичних рекомендаціях: «Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах» – Київ ; Харків, 2014 [20].

РІВНІ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ	Суми балів
Добре адаптовані	≤ 76
Розлади адаптації	77 – 97
Підозра на ПТСР	≥ 98

Додаток 17

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

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче наведено твердження, в яких узагальнено різноманітний досвід людей, що пережили важкі події та ситуації. Виберіть той варіант відповіді, який найкраще описує ваші почуття і стани.

№	ПИТАННЯ	Абсолютно неправильно	Іноді правильно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
1.	В минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер	1	2	3	4	5
2.	У мене немає почуття вини за все те, що я робив(ла) в минулому	1	2	3	4	5
3.	Якщо хтось виведе мене з терпіння, то ймовірно, що я не стримаюсь і відповім агресивно, навіть можу застосувати фізичну силу	1	2	3	4	5
№	**ПИТАННЯ**	**Ніколи**	**Рідко**	**Іноді буває**	**Часто**	**Завжди**
4.	Якщо відбувається щось, що нагадує мені про минуле, то це виводить мене з рівноваги	1	2	3	4	5
5.	Люди, які дуже добре мене знають, побоюються мене	1	2	3	4	5
6.	Я здатний (на) вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7.	Ночами мені сняться кошмари про те, що відбувалось зі мною в реальності	1	2	3	4	5

№	ПИТАННЯ	Абсолютно неправильно	Іноді правильно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
8.	Коли я думаю про певні речі, які я робив(ла) в минулому, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9.	Ззовні може здатися, що в мене немає почуттів	1	2	3	4	5
10.	Останнім часом мені іноді хочеться покінчити життя самогубством	1	2	3	4	5
№	**ПИТАННЯ**	**Ніколи**	**Рідко**	**Іноді буває**	**Часто**	**Завжди**
11.	Я добре засинаю, міцно сплю і прокидаюсь лише тоді, коли мені потрібно вставати	1	2	3	4	5
12.	Я запитую себе, чому я живу, коли інші померли	1	2	3	4	5
13.	В деяких ситуаціях я відчуваю себе так, ніби повернувся(лась) у минуле	1	2	3	4	5
14.	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюсь у холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
№	**ПИТАННЯ**	**Абсолютно неправильно**	**Іноді правильно**	**Правильно частково**	**Правильно**	**Абсолютно правильно**
15.	Я відчуваю себе дуже втомленим(ою)	1	2	3	4	5
16.	Речі, які викликають в інших людей сміх або сльози, мене не хвилюють	1	2	3	4	5
17.	Я отримую задоволення від тих самих речей та дій, що й раніше	1	2	3	4	5

№	ПИТАННЯ	Ніколи	Рідко	Іноді буває	Часто	Завжди
18.	Мої фантазії реалістичні й лякають мене	1	2	3	4	5
№	**ПИТАННЯ**	**Абсолютно неправильно**	**Іноді правильно**	**Правильно частково**	**Правильно**	**Абсолютно правильно**
19.	Робота не обтяжує мене	1	2	3	4	5
№	**ПИТАННЯ**	**Ніколи**	**Рідко**	**Іноді буває**	**Часто**	**Завжди**
20.	Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21.	Я плачу без причини	1	2	3	4	5
22.	Мені подобається бути в товаристві інших людей	1	2	3	4	5
23.	Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24.	Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25.	Від несподіваного шуму я сильно здригаюся	1	2	3	4	5
№	**ПИТАННЯ**	**Абсолютно неправильно**	**Іноді правильно**	**Правильно частково**	**Правильно**	**Абсолютно правильно**
26.	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27.	Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28.	Я відчуваю, що про певні речі, які я робив(ла) в минулому, я ніколи не зможу розповісти, бо мене ніхто не зрозуміє	1	2	3	4	5

№	ПИТАННЯ	Ніколи	Рідко	Іноді буває	Часто	Завжди
29.	Час до часу я вживаю алкоголь (заспокійливі таблетки, снодійне або наркотики), щоб заснути або забути про те, що трапилось зі мною у минулому	1	2	3	4	5
30.	Я почуваюся комфортно в натовпі	1	2	3	4	5
31.	Я втрачаю самовладання і «вибухаю» через дрібниці	1	2	3	4	5
32.	Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33.	Я намагаюсь уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому	1	2	3	4	5
№	**ПИТАННЯ**	**Абсолютно неправильно**	**Іноді правильно**	**Правильно частково**	**Правильно**	**Абсолютно правильно**
34.	Моя пам'ять не гірша, ніж раніше	1	2	3	4	5
35.	У мене є труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть стосовно рідних	1	2	3	4	5
36.	Час до часу я почуваюся або поводжуся так, ніби те, що трапилося зі мною в минулому, відбувається знову	1	2	3	4	5
37.	Я не можу пригадати деяких важливих речей, які відбулися зі мною в минулому	1	2	3	4	5
38.	Більшість часу я буваю пильним(ою) і настороженим(ою)	1	2	3	4	5

№	ПИТАННЯ	Ніколи	Рідко	Іноді буває	Часто	Завжди
39.	Якщо стається щось, що нагадує мені про минуле, то мене охоплює тривога або паніка: починається сильне серцебиття, перехоплює дихання, може посилитися потовиділення, з'явитися тремтіння, запаморочення в голові	1	2	3	4	5

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Прямі твердження: 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, 36, 37, 38, 39.

Зворотні твердження: 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Прямі твердження оцінюються за шкалою від 1 до 5, залежно від того, наскільки вони правильні для респондента (від «абсолютно неправильно» – 1 бал до «Абсолютно правильно» – 5 балів); зворотні твердження оцінюються від 5 до 1 (від «Абсолютно неправильно» – 5 балів, до «Абсолютно правильно» – 1 бал).

Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку балів усіх 39 тверджень, відображає ступінь впливу травмівного досвіду на людину.

Нижче наведені рівні розладу адаптації за даними ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» [60], викладеними в «Українському віснику психоневрології». – 2014. – Т. 22, вип. 3.

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

Додаток 18

ОПИТУВАЛЬНИК ПЕРИТРАВМІВНОЇ ДИСОЦІАЦІЇ

ІНСТРУКЦІЯ. Згадайте, будь ласка, з максимальною точністю, як ви почувалися і що відчували в той час, коли відбувалася найважча екстраординарна подія, яку вам довелось пережити. Опишіть коротко цю подію _____

_____

Нижче є питання про те, як ви почувалися саме в той час. Обведіть кружечком варіант відповіді (твердження), який відповідає тому, наскільки опис, наведений у питанні, правильно відображає те, що ви відчували в момент події. Вибрати можна тільки одну відповідь (твердження).

№	ПИТАННЯ	Абсолютно неправильно	Іноді правильно	Правильно частково	Правильно	Абсолютно правильно
1.	Чи були такі моменти під час події, коли ви переставали розуміти, що відбувається? Чи було у вас відчуття втрати почуття реальності, «випадання з реальності»? Чи були інші стани, коли ви переставали відчувати себе частиною того, що відбувається?	1	2	3	4	5
2.	Чи було так, що ви діяли автоматично («на автопілоті»)? Зробивши щось, ви пізніше усвідомлювали, що це зробили ви, але ніяких активних намірів здійснити цю дію тоді у вас не було?	1	2	3	4	5
3.	Чи змінювалося у вас відчуття часу? Чи здавалося вам, що події надзвичайно прискорювалися або уповільнювалися?	1	2	3	4	5

4.	Чи здавалося вам все, що відбувається, нереальним, ніби ви були уві сні або дивилися кіно, або якусь виставу?	1	2	3	4	5
5.	Чи відчували ви себе стороннім спостерігачем того, що відбувається з вами особисто? Чи було у вас відчуття, що ви ніби летите над місцем події або спостерігаєте все збоку?	1	2	3	4	5
6.	Чи було так, що ваше відчуття власного тіла ніби спотворювалося або змінювалося – ви відчували себе незвично маленьким(ою) або великим(ою)? Чи відчували ви, що не пов'язані зі своїм тілом?	1	2	3	4	5
7.	Чи здавалося вам, що те, що відбувається на ваших очах із кимось іншим, насправді відбувається безпосередньо з вами? Наприклад, якщо ви бачили, як когось травмувало, то відчували, що травмувало саме вас, навіть якщо насправді цього не відбулося?	1	2	3	4	5
8.	Чи було так, що після того, як все скінчилося, ви були здивовані, виявивши, що у вашій присутності відбулося багато подій, про які ви нічого не знаєте (особливо таких, які ви зазвичай обов'язково зауважуєте)?	1	2	3	4	5

9.	Якщо ви були фізично травмовані під час події, чи зауважили ви, що в момент травми відчули лише дивно слабкий біль або не відчули болю зовсім? (Якщо ви не були травмовані, поставте позначку тут _____)	1	2	3	4	5

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

У цій методиці застосовується шкала оцінювання тверджень від 1 до 5 балів. Підсумкова оцінка, отримана при підрахунку суми балів («сирий» бал) усіх 9 питань, переводиться в сумарний тестовий показник – умовну оцінку, виражену в процентах, за формулою: від «сирого» бала відняти 9, те, що залишилося поділити на 36 і помножити на 100.

Отриманий тестовий показник відображає ступінь впливу травмівного досвіду на людину, інтерпретацію якого (*за В. Агарковим., Н. Тарабріною, 1998*) наведено нижче.

РІВНІ ПЕРИТРАВМІВНОЇ ДИСОЦІАЦІЇ	Суми балів
Низький	1–20
Знижений	21–40
Помірний	41–60
Підвищений	61–80
Високий	81–100

Додаток 19

НАПІВСТРУКТУРОВАНЕ ІНТЕРВ'Ю ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ДІТЕЙ

(ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СИМПТОМІВ ПТСР У ДІТЕЙ 10-13 РОКІВ)

Подія	Вік (років)
Неповна сім'я	
Розлучення батьків	
Дисгармонійна сім'я	
Автомобільна катастрофа	
Інша катастрофа (нещасний випадок)	
Пожежа	
Стихійне лихо	
Серйозне фізичне захворювання	
Тривала або повторні госпіталізації	
Фізичне насильство	
Сексуальне домагання або насильство	
Смерть близької людини	
Перебування в зоні військових дій	
Перебування як заручник	
Інша травмівна подія (*уточніть*)	

№	Крите-рій	ЗАПИТАННЯ	Допустимі пояснення	Кодування відповідей
1.	А	Чи відчував(ла) ти жах, коли це відбувалося?	Дуже сильний страх	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
2.	А	Чи відчував(ла) ти, що не можеш нічого змінити?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
3.	А	Чи відчував(ла) ти, що ніхто не може тобі допомогти в цій ситуації ?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2

4.	А	Чи відчував(ла) ти огиду, коли це відбувалось?	Чи здавалося тобі те, що відбувалося в той момент неприємним, гидким?	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
5.	А	Чи був (ла) ти більш дратівливим, рухливим відразу після того, як це сталося?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
6.	А	Чи пригадуєш ти якісь неприємні ситуації, які з тобою відбулися? Якщо так, то як часто?	У більшості людей у житті трапляються неприємні ситуації, а з тобою траплялися?	Ні – 0; 1 раз – 1; більше разу – 2
7.	В	Ти говориш комусь про ці спогади? Якщо так, то як часто? Якщо ні, то тому, що не хочеш розповісти, чи тому, що не пригадуєш?	Ти не хочеш розповідати про ці ситуації, бо не пригадуєш, чи тобі не хочеться комусь про них розповідати?	Ні – 0; 1 раз – 1; пригадує, але не розповідає – 1; більше ніж раз – 2
8.	В	Чи погіршується твоє самопочуття, коли щось нагадує тобі про неприємну подію?	Наприклад, у тебе починає сильніше битися серце, частішає дихання, пітніють руки, болить голова	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
9.	В	Чи ти думав (ла) коли-небудь про якусь неприємну ситуацію, коли тобі зовсім не хотілося про неї думати? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
10.	В	Чи ти уявляв(ла) якусь неприємну ситуацію, що трапилася з тобою? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
11.	В	Чи ти малював(ла) якусь неприємну ситуацію, що трапилася з тобою? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2

12.	B	Чи бувало так, що неприємні почуття, які ти колись переживав (ла), виникали у тебе знову, ніби та ситуація повторювалась, і ти знову повертався (лась) в той час? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
13.	B	Чи траплялося, що ти поводився(лась) так, ніби неприємна ситуація, яка з тобою колись траплялася, повторилася знову? Якщо так, то як часто?	Чи буває, що ти поводишся так, ніби якась неприємна ситуація, що з тобою колись відбувалася, повторюється?	Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
14.	D	Чи буває, що тобі важко заснути? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
15.	D	Чи буває, що ти прокидаєшся вночі? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
16.	D	Чи буває, що ти прокидаєшся вранці занадто рано? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
17.	D	Чи стали тобі сниться неприємні сни, кошмари? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
18.	B	Чи снилися тобі сни про неприємну подію, яка з тобою колись сталася? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
19.	F	Чи приходиш ти іноді вночі спати до батьків? Якщо так, то як часто?		Ні – 0 1 раз – 1; більше разу – 2
20.	D	Чи схоплюєшся ти, коли чуєш несподіваний або гучний звук?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2

21.	D	Чи став ти дратівливішим?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
22.	D	Чи став(ла) ти частіше сваритися з іншими людьми?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
23.	C	Чи намагаєшся ти триматися на відстані від друзів і однокласників?	Чи буває так, що ти намагаєшся триматися окремо від своїх друзів.	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
24.	F	Чи важко тобі залишатися наодинці з друзями та однокласниками?	Коли, наприклад, у класі або в якомусь іншому місці залишаються тільки одна людина і ти	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
25.	C	Чи намагаєшся ти триматися подалі від дорослих?	Чи буває так, що ти намагаєшся триматися окремо від батьків і вчителів	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
26.	F	Чи важко тобі залишатися наодинці з учителями?	Коли, наприклад, у класі або в якомусь іншому місці залишаються тільки вчитель і ти	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
27.	F	Чи важко тобі залишатися наодинці з батьками?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
28.	C	Чи намагаєшся ти уникнути того, що нагадує тобі про якусь неприємну подію?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
29.	C	Чи намагаєшся ти уникати дій, що нагадують тобі про щось неприємне в твоєму минулому (чи докладаєш зусиль для цього)?	Чи робиш ти для цього що-небудь спеціально	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
30.	C	Чи намагаєшся ти уникати місць, які нагадують тобі про щось неприємне в твоєму минулому (чи докладаєш зусиль для цього)?	Чи робиш ти для цього що-небудь спеціально	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
31.	C	Чи намагаєшся ти уникати спілкування з людьми, які нагадують тобі про щось щось неприємне в твоєму минулому (чи докладаєш зусиль для цього)?	Чи робиш ти для цього що-небудь спеціально	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2

32.	C	Чи намагаєшся ти не думати про щось неприємне в твоєму минулому (чи докладаєш зусиль для цього)?	Чи робиш ти для цього що-небудь спеціально	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
33.	C	Чи намагаєшся ти уникати розмов, які нагадують тобі про щось неприємне в твоєму минулому (чи докладаєш зусиль для цього)?	Чи робиш ти для цього що-небудь спеціально	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
34.	F	Чи стало тобі важче виконувати свої обов'язки (роботу вдома)?	Чи було тобі раніше легше, наприклад, прибирати за собою свої речі, допомагати батькам	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
35.	F	Чи потрібно тобі більше часу, ніж раніше, щоб виконати свої обов'язки (роботу вдома)?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
36.	F	Чи стало тобі важче дізнаватися нові речі (вчитися)?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
37.	D	Чи змінилася останнім часом твоя пам'ять? Вона стала кращою чи гіршою?	Чи стало тобі важче запам'ятовувати різні речі?	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
38.	D	Чи тобі важче зосередитися?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
39.	D	Чи стало тобі важче довго сидіти спокійно на одному місці?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
40.	C	Чи здається тобі, що в навколишньому світі щось виглядає або звучить по-іншому?	Речі, до яких ти звик, здаються тобі не такими, як раніше	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
41.	C	Чи можеш ти себе уявити дорослим, старим?		Ні – 0; не знаю – 1; так – 2
42.	C	Чи змінилися останнім часом твої уявлення про майбутнє?	Не так, як раніше	Ні – 0; не знаю – 1; так – 2

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Проводиться підрахунок балів з кожного із вказаних в даному інтерв'ю критеріїв, які відповідають діагностичним критеріям DSM-5 посттравматичного стресового розладу (Додаток 2).

Питання 1–5, 8, 20–40, 42 оцінюються: 2 бали за відповідь «так», 1 бал за відповідь «не знаю» і 0 балів за відповідь «ні».

Питання 6, 7, 9–19 оцінюються: 2 бали за відповідь «так, частіше, ніж один раз за останній місяць», 1 бал за відповідь «так, один раз за останній місяць» і 0 балів за відповідь «ні, ніколи».

Питання 41 оцінюється: 2 бали за відповідь «ні», 1 бал за відповідь «не знаю» і 0 балів за відповідь «так».

- Критерій A – питання: 1; 2; 3; 4; 5.
- Критерій B – питання: 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 18.
- Критерій C – питання: 23; 25; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 40; 41; 42.
- Критерій D – питання: 14; 15; 16; 17; 20; 21; 22; 37; 38; 39.
- Критерій F – питання: 19; 24; 26; 27; 34; 35; 36.

Загальний індекс посттравматичної реакції оцінюється сумою балів за критеріями B, C, D, F.

Додаток 20

БАТЬКІВСЬКА АНКЕТА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ДІТЕЙ

Шановні батьки! Заповнення анкети почніть із визначення виду психологічної травми, яку, можливо, перенесла ваша дитина.

Незалежно від того, чи були в житті вашої дитини травмівні події, перейдіть до заповнення наступної частини анкети. Вона складається з двох таблиць. У таблиці 1 є п'ять питань, що описують поведінку дитини безпосередньо після травми. Якщо в житті вашої дитини не було травмівних подій, то вам цю таблицю заповнювати не треба.

Таблиця 2 складається з 30 питань і описує поведінку дитини протягом останнього місяця. Навіть якщо ваша дитина не переживала травмівних подій, будь ласка, заповніть цю частину анкети. На кожне твердження виберіть один із трьох варіантів відповідей.

Якщо ви вважаєте, що твердження не відображає поведінки вашої дитини, то поставте позначку «V» навпроти цього твердження в колонці «Ні». Якщо ви сумніваєтеся, або не можете точно пригадати, то поставте «галочку» навпроти цього твердження в колонці «Швидше так». Якщо ви вважаєте, що твердження точно описує поведінку вашої дитини, то поставте позначку «V» навпроти цього твердження в колонці «Так».

Дякуємо за співпрацю.

П. І. Б. дитини _____

Вік _____ Стать: Ч /Ж_____

Хто заповнював (батько, мати, інший вихователь) _____

Можливо, що ваша дитина пережила якусь подію, що могла травмувати її психіку? Будь ласка, позначте кожну з подій (і вік дитини під час кожного випадку) у цьому списку:

Подія	Вік (років)
Автомобільна катастрофа	
Інша катастрофа (нещасний випадок)	
Пожежа	
Стихійне лихо	
Серйозне фізичне захворювання	
Тривала або повторні госпіталізації	

Фізичне насильство	
Сексуальне домагання або насильство	
Смерть близької людини	
Перебування в зоні воєнних дій	
Перебування в заручниках	
Інша травмівна подія (*уточніть*)	

Будь ласка, опишіть цю подію (наприклад, де це сталося, хто був з вашою дитиною під час події, як часто це відбувалося, як довго тривало, наскільки важкими були наслідки для дитини, чи зверталися ви до фахівців, щоб отримати медичну або психологічну допомогу з цього приводу тощо). У таблиці 1 та таблиці 2 поставте позначки «V» у відповідні стовпчики, відмічаючи те, наскільки зазначені почуття або поведінка характерні для вашої дитини. Якщо дитина пережила кілька травмівних випадків, то відповідайте про найважчий з них.

ТАБЛИЦЯ 1. ПОЧУТТЯ ТА ПОВЕДІНКА ДИТИНИ ОДРАЗУ ПІСЛЯ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ

№	ТВЕРДЖЕННЯ	Ні	Швидше так	Так
1.	Дитина відчувала жах (дуже сильний страх)			
2.	Дитина відчувала огиду			
3.	Дитина почувалася безпорадною			
4.	Дитина була збудженою, гіперактивною, імпульсивною, її було важко контролювати			
5.	Поведінка дитини стала відрізнятися від звичайної: вона стала менш організованою, менш осмисленою			

ТАБЛИЦЯ 2. ПОЧУТТЯ ТА ПОВЕДІНКА ДИТИНИ ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ

№	ТВЕРДЖЕННЯ	Ні	Швидше так	Так
1.	Дитина розповідає неприємні спогади про подію			
2.	Дитина легко лякається, наприклад, здригається, коли чує несподіваний або гучний звук			

3.	Дитина засмучується, коли згадує про подію			
4.	Дитина здається «заціпенілою» (ніяких емоцій не помітно)			
5.	Дитина уникає дій, які нагадують їй про подію			
6.	Дитина здається злою або дратівливою			
7.	Дитині важко згадати деталі того, що сталося			
8.	У дитини з'явилися проблеми зі сном або засинанням			
9.	Здається, що дитина намагається триматися на відстані від інших людей			
10.	Дитині важко залишатися наодинці з друзями, однокласниками, вчителями			
11.	Дитина робить речі, які були властиві їй в молодшому віці: наприклад, смокче великий палець, проситься спати з батьками, з'явився енурез тощо			
12.	Дитина каже, що в неї з'являються такі почуття, ніби подія відбулася знову			
13.	Дитина метушлива і не може сидіти спокійно.			
14.	Дитина уникає місць, які нагадують їй про те, що трапилося			
15.	Дитині важко залишатися наодинці з членами сім'ї			
16.	Дитина стала дуже ніяковіти, коли в її присутності обговорюють проблеми статі			
17.	Здається, що дитина на межі нервового зриву			
18.	Здається, що дитина приголомшена або одурманена			
19.	Буває, що дитина поводиться так, нібито подія відбулася знову			
20.	У дитини проблеми з відчуттям часу. Вона може сплутати час доби, день тижня або переплутати час, коли сталась якась подія			
21.	Дитина уникає розмов про те, що трапилося			

22.	Дитині сняться погані сни			
23.	Дитина скаржиться на погане фізичне самопочуття, коли щось нагадує їй про подію. Наприклад, у неї виникає головний або зубний біль, утруднене дихання тощо			
24.	Дитині стало важко справлятися зі звичайною діяльністю (шкільні заняття, робота вдома)			
25.	Дитина грається в те, що трапилося (вона розігрує події, малює або вигадує)			
26.	Дитина здається загальмованою, їй потрібно більше часу, ніж раніше, на звичайні дії			
27.	Дитина говорить про те, що навколишній світ став незвичним. Наприклад, речі стали виглядати або звучати по-іншому			
28.	Дитина уникає людей, які нагадують їй про подію			
29.	У дитини виникли проблеми з концентрацією уваги			
30.	Дитина каже, що не хоче думати про те, що трапилося			

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Бали підраховують окремо в кожній зі шкал, а також окремо з питань таблиці 1 і таблиці 2. Відповіді батьків оцінюють так:

- 2 бали за відповідь «так»;
- 1 бал за відповідь «Скоріше так»;
- 0 балів за відповідь «ні».

Критерій A (**негайне реагування**) – питання: 1–5 таблиці 1.

Критерій B (**нав'язливе відтворення**) – питання: 1, 3,12,19, 22, 23, 25 таблиці 2.

Критерій C (**уникнення**) – питання: 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18, 20, 21, 26, 27, 28,30 таблиці 2.

Критерій D (**збудливість**) – питання: 2,6,8, 13,17, 29 таблиці 2.

Критерій F (**порушення функціонування**) – питання: 10, 11,15, 24 таблиці 2.

Загальний рівень посттравмівних симптомів: питання 1–30 таблиці 2.

Додаток 21

МОДІФІКОВАНА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ НА ДІТЕЙ (CRIES-8)

ІНСТРУКЦІЯ. Нижче наведено перелік коментарів людей після стресових життєвих подій. Будь ласка, зазначте в кожному пункті, як часто ці коментарі були у вашому випадку **протягом семи останніх днів**. Якщо цього не було за цей період, відмітьте квадратик **«ніколи»**.

	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Чи думаєте ви про це мимоволі?				
2. Чи намагаєтеся ви стерти це зі своєї пам'яті?				
3. Чи захоплюють вас через це сильні почуття?				
4. Чи уникаєте ви того, що нагадує вам про цю подію (наприклад, місць чи ситуацій)?				
5. Чи намагаєтеся ви не говорити про це?				
6. Чи зринають у вашій свідомості картини цього?				
7. Чи наштовхують вас інші речі на думки про це?				
8. Чи намагаєтеся ви не думати про це?				

Шкала «CRIES–8» передбачає самозаповнення, а тому її можна застосовувати у групах.

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Шкала складається із 8 пунктів, що оцінюються за чотирибальною шкалою: «ніколи» – 0; «рідко» – 1; «іноді» – 3; «часто» – 5.

Ці пункти групуються у дві субшкали: «Втручання» й «Уникнення».

«Втручання» – сума пунктів 1, 3, 6, 7.

«Уникнення» – сума пунктів 2, 4, 5, 8.

Додаток 22

БЛАНКОВА МЕТОДИКА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ

Мета методики: допомогти фахівцям, що працюють з дітьми, які постраждали від воєнного конфлікту, ідентифікувати в них симптоми психологічних розладів.

Це дає можливість допомогти дитині якомога раніше. Вихователі, учителя, соціальні працівники, які працюють із дітьми, на основі своїх спостережень не можуть самостійно визначити наявність посттравматичного стресового розладу. На основі спостережень цих фахівців це може зробити психолог, який пройшов спеціальну підготовку.

Бланкову методику спостереження доцільно розмістити в зошиті, який потрібно завести на кожну постраждалу дитину.

Якщо ви помітили якийсь симптом – ставте крапочку у відповідній клітинці, а потім підрахуйте суму виявів за кожним симптомом.

БЛАНК СПОСТЕРЕЖЕННЯ

ПІБ дитини _____

Школа (гімназія, НВК) № _____ Клас _____

Вік дитини _____ Період спостереження _____

№	СИМПТОМИ	Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця	Субота	Разом
1.	Надмірна настороженість, тривожність							
2.	Виразний страх за рідних і близьких (дитина дуже часто, навіть під час уроку просить дозволити зателефонувати батькам)							
3.	Виразний страх при появі якогось стимулу, що нагадує про пережиту травму							
4.	Занурення в себе, відгородження від однокласників, друзів, розрив раніше важливих контактів: дитина на перерві сидить одна і ні з ким не спілкується							

5.	Зацікавлення смертю, нав'язливі запитання, розповіді про смерть і померлих							
6.	Крики та істерики							
7.	Спалахи гніву, агресія, спрямована на однолітків і дорослих							
8.	Ігри, малюнки , постійні розповіді що відтворюють травмівні події							
9.	Тривога за майбутнє							
10.	Тенденція до регресивної поведінки							
11.	Проблеми з концентрацією уваги та непосидючість							
12.	Скарги на самопочуття, які не підтверджуються аналізами та лікарським обстеженням							
13	Емоційне заціпеніння, відсутність реакцій на страждання інших людей.							
14.	Розпорошеність уваги та нездатність концентруватися на роботі							
Разом за день:								

Додаток 23

ОПИТУВАЛЬНИК РІВНЯ АГРЕСИВНОСТІ (А. БАССА-М. ПЕРРІ)

ІНСТРУКЦІЯ. Кожне з наведених нижче тверджень оцініть за такою шкалою (від «1» до «5»):

Не згодний	Швидше не згодний	Не можу визначити	Швидше згодний	Згодний
1	2	3	4	5

Використовуючи цю шкалу, вкажіть, наскільки ви згодні чи не згодні з цими твердженнями. На кожне твердження давайте тільки одну відповідь. Прочитайте, будь ласка, уважно кожне твердження і поставте знак у тій графі, яка найточніше передає вашу думку.

№	ТВЕРДЖЕННЯ	ОЦІНКА ТВЕРДЖЕННЯ				
		1	2	3	4	5
1.	Інколи я не можу стримати бажання вдарити іншого					
2.	Якщо мене спровокувати, я можу вдарити іншу людину					
3.	Якщо хтось вдарить мене, я дам здачі					
4.	Я б'юся частіше, ніж інші					
5.	Якщо для захисту моїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я так і зроблю					
6.	Деякі люди своїм поведінкою зі мною можуть довести мене до бійки					
7.	Я не можу уявити собі причини достатньої для того, щоб вдарити іншу людину					
8.	Бувало, що я погрожував своїм знайомим					
9.	Інколи я так виходив із себе, що ламав речі					
10.	Я швидко спалахую, але і швидко заспокоююся					
11.	Я дратуюся, коли в мене щось не виходить					
12.	Інколи я відчуваю, що ось-ось вибухну					
13.	У мене спокійний характер					
14.	Деякі мої друзі вважають, що я запальний					

15.	Інколи я виходжу з себе без особливої на те причини					
16.	Мені важко стримувати роздратування					
17.	Буває, що я просто божеволію від ревнощів					
18.	Інколи мені здається, що життя мені чогось не додало					
19.	Іншим постійно щастить					
20.	Я не розумію, чого інколи мені буває так гірко					
21.	Я знаю, що мої так звані друзі пліткують про мене					
22.	Я не довіряю надто доброзичливим людям					
23.	Інколи мені здається, що люди позаочі насміхаються з мене					
24.	Якщо людина дуже люб'язна зі мною, значить вона від мене чогось хоче					

ОПРАЦЮВАННЯ ОТРИМАНИХ ДАНИХ:

Кожному твердженню надається числове значення за шкалою, яку використовували при оцінці цього твердження (від 1–5 балів). Всі пункти інтерпретуються у прямих значеннях.

Не згодний	Швидше не згодний	Не можу визначити	Швидше згодний	Згодний
1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів

Підрахунок сирих балів:

ШКАЛА	Прямі твердження
Фізична агресія	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Гнів	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
Ворожість	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

Нормативні значення

ШКАЛА	Чоловіки		Жінки	
	M	Σ	M	Σ
Фізична агресія	26,49	6,22	21,53	6,49
Гнів	20,29	5,67	22,62	5,66
Ворожість	22,08	5,21	22,81	5,66
Загальний показник	68,85	13,15	66,97	13,44

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Александров Д. О. Характер і види екстремальних ситуацій. Психологічний вплив екстремальних ситуацій на особистість працівника правоохоронних органів. URL: westudents.com.ua/.../81623-1-harakter-vidi-ekstremalnih-situatsy-psihologchniy-vpli...

2. Безпека життєдіяльності людини. Надзвичайні ситуації воєнного характеру. URL: westudents.com.ua/glavy/2641-nadzvichayn-situats-vonnogo-harakteru.html

3. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава : АСМІ, 2010. – 240 с.

4. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. – Львів : Свічадо, 2015. – 448 с.

5. Бурлачук Л. В. Психодиагностика : учебн. для ВУЗов 2-е изд. – СПб : Питер, 2008. – 384 с.

6. Василюк Ф. Е. Психологический анализ переживания преодоления критических ситуаций : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Общая психология, история психологии». – Москва, 1981. – 18 с.

7. Великий енциклопедичний юридичний словник / за ред. Ю. С. Шемшученка. – Київ : Юридична думка, 2007. – 992 с.

8. Види екстремальних ситуацій та їх характеристика. URL: westudents.com.ua/.../81623-1-harakter-vidi-ekstremalnih-situatsy-psihologchniy-vpli...

9. Военная психология: методология, теория, практика: учебно-методическое пособие. – Москва, 1996. – 232 с.

10. Всемирная организация здравоохранения (2014). Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/45/97892445482 02_rus.pdf

11. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. – Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с.

12. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник для ведучих груп. – Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. – 96 с.

13. Горностай П. П. Колективна травма та групова ідентичність. – Психологічні перспективи. Спеціальний випуск: Актуальні проблеми психології малих, середніх та великих груп. – Т. 2. Проблема цілісності суспільства, групи та особистості. – Київ, 2012. – С. 89–95.

14. Гоцуляк Н.Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. URL: www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi.../cgiirbis_64.exe?

15. Гридковець Л. М. Навчально-методичний комплекс з дисципліни «Реабітаційна психологія». – Київ : КІБіТ, 2012. – 80 с.

16. Гридковець Л. М. Реабілітаційна психологія. – Київ : КІБіТ, 2015. – 42 с.

17. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу: монографія. – Львів : Скриня, 2016. – 380 с.

18. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування: посібник /за ред. Гридковець Л. М. – Київ : Літера, 2015. – 207 с.

19. Дитяча та юнацька психотерапія. Теорія і практика в сучасних наукових дослідженнях / за заг. редакцією Г. Католик [колективна монографія]. – Львів : Астролябія, 2012. – 312 с.

20. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. – Київ ; Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014.

21. Дім Інвалідів // Вікіпедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%96%D0%BC_%D0%86%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B4%D1%96%D0%B2

22. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: довідник вихователя дошкільного навчального закладу / Н. В. Пророк, С. А. Гончаренко та ін.; за ред. Н. В. Пророк. – Слов'янськ : ПП «Канцлер», 2015. – 84 с.

23. Екстремальна психологія: підручник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. – Київ : ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с.

24. EMDR. Подолання наслідків психотравми: практичний посібник / за ред. Арне Гофмана. – Львів : Свічадо, 2017. – 259 с.

25. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» ://база даних «Законодавство України» URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19 (дата звернення: 17. 08.2018)

26. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілатації учасникам АТО членам їх сімей // Вісник КІБіТ. – 2016. – № 7. – С. 26–33.

27. Іванова О. Л., Пінчук І. Я., Хаустова О. О., Степанова Н. М., Чайка А. В., Пінчук А. О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту // Підтримка реформи соціального сектору в Україні /за ред. О. Л. Іванової. URL: http://zn–upszn.at.ua/DOK/methodic.pdf.

28. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие. – СПб : Речь, 2012. – 448 с.

29. Карачевський А. Б. Адаптація шкал та опитувальників українською та російською мовами щодо посттравматичного стресового розладу // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2016. – С. 607–620

30. Карачевський А. Б. Подолати алкогольну залежність – Львів : Свічадо, 2016. – 124 с. (Серія «Сам собі психотерапевт»).

31. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критеріями / сост. Дж. Е. Купер; под ред. Дж.Е. Купера. – Київ : Сфера, 2000. – 464 с.

32. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. – Київ : ПУЛЬСАРИ, 2017. – 216с.

33. Козлов М. І. Психологічна травма. Психотравма. URL: psychologis.com.ua/psihologicheskaya_travmazpt_psihotravma.htm

34. Колективна травма. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Колективна_травма

35. Комісія УГКЦ у справах душепастирства охорони здоров'я. Перша психологічна допомога. – Львів: Друкарські куншти, 2015. – 184 с. URL: http://patriotdefence.org

36. Кондратенко Л. А. Влияние травматического стресса на учебные способности ребенка // Technologies of Shaping and Enhancing Health of Human and Society : monograph. – Opole : The Academy of Management and Administration in Opole, 2016. – P. 31–36.

37. Кондратенко Л. О. Психологічні особливості сприйняття своєї ситуації дітьми-переселенцями із зони АТО та Криму / Лариса Кондратенко, Світлана Гончаренко // Науковий вісник Чернівецького університету: збірник наукових праць. Вип. 743: Педагогіка та психологія. – Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2015. – С. 115–118.

38. Конфликт // Википедия. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Конфликт

39. Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. – Харків : НУЦЗУ, 2010. – 401 с.

40. Кюблер-Росс Элизабет. О смерти и умирании. – Москва : София. – 2000. URL: http://www.e–reading.club/bookreader.php/94233/Kyubler–Ross__O_smerti_i_umiranii.html

41. Линский И. В. и др. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения / И. В. Линский, В. Н. Кузьминов, Н. В. Позднякова, С. В. Онищук, Л. Ф. Шестопалова, Е. Г. Гриневич // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80). – С. 5–12.

42. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи. URL: www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi.../cgiirbis_64.exe?.

43. Литвиненко С. А., Ямницький В. М. Психологія травми: трансгенераційний та феноменологічний аспекти. URL: rbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?...

44. Малкина-Пых И. Г. Экстримальные ситуации. – Москва : Эксмо, 2005. – 960 с.

45. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – Москва : Эксмо, 2010. – 529 с.

46. Медсанбат: бойовий стрес. URL: http://www.medsanbat.info/medsanbat-boyoviy-stres/

47. МКХ-10 – онлайн-довідник Міжнародна Класифікація Хвороб. МКБ-10. URL: https://mkh10.com.ua/.

48. Мобільна психологічна допомога. Канадсько-українська фундація. URL: http://psyservice.org.

49. Монотравми і політравми: класифікація та ознаки. URL: biomedicina.com.ua/monotravmy-i-politravmy-klasyfikatsiya-ta-oznaky/

50. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. – Москва : Смысл, 2001. – 286 с.

51. Надзвичайна_ситуація. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/

52. Надзвичайні ситуації в сучасних умовах. Класифікація. URL: pidruchniki.com/1246122050818/bzhd/nadzvichayni_situatsiyi_suchasnih_umovah

53. Надзвичайні ситуації та їх класифікація. Реферат. URL: osvita.ua

54. Надзвичайні ситуації. URL: nuczu.edu.ua/files/oppr1/33.pdf

55. Найдьонов М. І. Психологія травмівних ситуацій. URL: science.radioritual.ru/5957669472195397.html

56. Найдьонова Л. А. Історична травма спільноти: як нащадкам пам'ятати трагічне? URL: – lib.iitta.gov.ua/707323/1/NaydonovaLA_st_2011_2.pdf

57. Оверчук В. А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Вінниця : Міленіум, 2007. – 295 с.

58. Погодин И. А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учеб. пособие. – Москва : Флинта; МПСИ, 2008

59. Подія // Академічний тлумачний словник української мови. URL: sum.in.ua/s/podija

60. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. та ін. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 264 с.

61. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко; за ред. З. Г. Кісарчук. – Київ : ТОВ "Видавництво "Логос". – 207 с.

62. Психологічна травма і її наслідки. URL: http://ukrloves.ru/zdorov-ja/15087-psihologichna-travma.html

63. Психологічна травма і шляхи її подолання. URL: https://upsihologa.com.ua/Psihologichna_travma_i_shlya-frantsuaza.html

64. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике /Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К. – СПб: Санкт-Петербургский Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2000. – С. 260.

65. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. – Київ, 2012. – 275 с.

66. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf

67. Сексуальне насильство як зброя у війнах часто залишається безкарним // Радіо Свобода. – 2015. URL: http://www.radiosvoboda.org/content/article/25416186.html

68. Семенова Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. URL: rbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?

69. Семиліт М. В. Концепція життєвого шляху у контексті теорії колективної травми. URL: forum.onu.edu.ua/index.php?topic=5057.0

70. Синдром АТО. Українці зіштовхнулися з посиленням насильства у сім'ях // Кореспондент. – 2015 URL: http://ua.korrespondent.net/ukraine/events/3556008-syndrom-ato-ukraintsi-zishtovkhnulysia-z-posylenniam-nasylstva-u-simiakh

71. Синопсис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / пер. з англ.; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. – Львів : Вид-во Українського Католицького Університету, 2014. – 112 с. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»).

72. Сірко Р. Методологічні питання екстремальної психології. URL: www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?...

73. Список почуттів. URL: http://www.cnvc.org/ru

74. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. – Москва : Когито-центр, 2005. – С. 66.

75. Табачніков С. І. та ін. Напрями розвитку реабілітаційної геронтопсихіатричної допомоги в Україні / Табачніков С. І., Чайковська В. В., Черкасов В. Г., Маркова М. В., Пінчук І. Я. // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 21–22.

76. Тагаев Н. Н. Судебная медицина: учебник / под общей ред. А. М. Бандурки. – Харків : Факт, 2003. – 1253 с.

77. Томчук С. М. Психологічна допомога школярам, що пережили травмуючі ситуації. URL: trostianets-rmk.edukit.vn.ua/Files/downloads/ПТСР%20ШІНО.pdf

78. Травматичний стрес: особливості протікання, перша допомога. URL: stud.com.ua/.../travmatichniy_stres_simptomi_osoblivosti_protikannya_persha_dopo...

79. У Черкасах науковці підняли проблему суїцидальних тенденцій // Українські національні новини. – 06.10.2016. URL: http://region.unn.ua/uk/news/80238-n-481

80. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціа¬лізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_ 121_ PTSR/2016_121_ YKPMD_PTSR. doc (accessed: 01.03.2016).

81. Фельдман А. Інтерв'ю // НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. – № 9 (73) URL: http://neuronews.com.ua/page/albert-feldman-E280A6ochen-vazhno-sozdat-takuyu-sistemu-pri-kotoroj-voennosluzhacshij-smogC2A0byC2A0poluchit-psihologicheskuyu-pomocsh-na-vseh-etapah-neseniyaC2A0sluzhby-iC2A0posleC2A0demobilizacii

82. Фото. URL: https://www.facebook.com/photo.php?fbid-1455600934770059&set–a.138066 8862263267.1073741828.100009604985373&type-1&theater

83. Хомич Т. М. Фізичне насильство як одна із форм вчинення насильства в сім'ї // Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право». – 2010. – № 2. URL: http://lj.oa.edu.ua/articles/2010/n2/10ktmnvs.pdf

84. Хохлов Александр. Надзвичайні ситуації соціального, природного й техногенного походження, причини їхнього виникнення. URL: www.lit.dp.ua/oz/2.html

85. Царенко Л. Г. Психологічна допомога військовослужбовцям в екстремальних ситуаціях // Перспективні питання психології: зб. наук. праць: за матеріалами Всеукраїнської міжвузівської науково-практичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєздійснення» (Слов'янськ, 21 січня 2016 р.)/ ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет». – Слов'янськ : Вид-во Б. І. Маторіна, 2016. – Вип. 1. – С. 276–290.

86. Чекстере О. Ю. Гендерні особливості ПТСР у дітей, постраждалих внаслідок збройного конфлікту // Особистість в умовах кризових викликів сучасності: матеріали методологічного семінару НАПН України (24 березня 2016 року) / за ред. академіка НАПН України С. Д. Максименка. – Київ, 2016. – С. 360–366. URL: http://lib.iitta.gov.ua/704987/

87. Albright D., Thyer B., Becker B., Rubin A. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Combat Veterans / Albright D., Thyer B., Becker B., Rubin A. – Campbell Systematic Reviews: The Campbell Collaboration, 2011. – November.

88. Allen, E., Rhoades, G., Stanley, S., &Markman, H. (2010). Hitting home: Relationship between recent deployment, Posttraumatic Stress Symptoms, and marital functioning for Army couples // Journal of Family Psychology, 24, 3, 280-288. DOI: 10.1037/a0019405.

89. Amy Fitzgibbons and Donald Davis. Pilot Personality Profile Using the NEO-PI-R . – 2004.

90. Antony M.M., Orsillo S.M., Roemer L. Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety. – Kluwer Academic Publishers New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow. – 2001.

91. Banner Thomas Frederick. An Examination of the Lived Experiences of United States Military Veterans who have been Diagnosed with Psychological Inflictions of War who have Utilized Equine Assisted Therapy. LSU Doctoral Dissertations. URL: http://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_dissertations/1186.

92. Blow, A., Curtis, A., Wittenborn, A., & Gorman, L. (2015). Relationship Problems and Military Related PTSD: The Case for Using Emotionally Focused Therapy for Couples. Contemporary Family Therapy: An International Journal, 37(3), 261–270. DOI:10.1007/s10591-015-9345-7.

93. Brunet A. Suicide risk among active and retired Canadian soldiers: the role of posttraumatic stress disorder / A. Brunet, E. Monson // Canadian Journal of Psychiatry. – 2013. – Vol. 59 (9). – P. 457–459.

94. Bucher E. Truppenpsychologische Aspekte der Kontingentausbildung am UN-Ausbildungzentrum der Bundeswehr// Puzicha K, Hansen D., Weber W. (Hrsg). Psychologie für Einsatz und Notfall. – Bonn: Bernard &Graeve Verlag, 2001. – S. 135–139

95. Bulter R. Substance abuse and post-traumatic stressdisorder in War Veterans / R. Bulter, L. Taylor D. Ozietta // Journal of Human Behavior in the Social Environment. – 2015. – Vol. 25 (4). – P. 344–350.

96. Campbell J.P. Exploring the limits in personnel selection and classification. / J.P. Campbell, D.T. Knapp. Hillsdale, N J: Lawrence Erlbaum, 2001. – 637 p.

97. Castro A. Suicides in the military: the post-modern combat veteran and the Hemingway effect / C. A. Castro, S. Kintzle // Current Psychiatry Reports. – 2014. – Vol. 16 (8). – P. 460.

98. Combat and Operational Stress Control / Field Manual Headquarters No. 4-02.51 (8-51) – Washington, DC: Department of the Army, 2006. – July 6.

99. Escolas, S. M., Bartone, P. T., Pitts, B. L., & Safer, M. A. (2013). The protective value of hardiness on military posttraumatic stress symptoms // Military Psychology (American Psychological Association), 25(2), 116–123. DOI: 10.1037/h0094953.

100. Fontana A, Rosenheck R. (2004). Trauma, change in strength of religious faith, and mental health service use among veterans treated for PTSD // Journal of Nervous and Mental Disease,192, 579–84.

101. Fragedakis, T. M., & Toriello, P. (2014). The development and experience of combat-related PTSD: A demand for neurofeedback as an effective form of treatmen // Journal Of Counseling & Development, 92(4), 481–488. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2014.00174.x.

102. Geiling, J., Rosen, J. M. & Edwards, R. D. (2012). Medical Costs of War in 2035: Long-term care challenges for veterans of Iraq and Afghanistan. Military Medicine, 177, 11, 1235–1244.

103. Ghaffarzadegan, N., Ebrahimvandi, A., &Jalali, M. S. (2016). A Dynamic Model of Post-Traumatic Stress Disorder for Military Personnel and Veterans. Plos ONE, 11(10), 1–17. DOI: 10.1371/journal.pone.0161405.

104. Hendin, H., & Haas, A.P. (1991). Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam ombat veterans. American Journal of Psychiatry, 148 (5), 586–91.

105. Henry, C. S., Sheffield Morris, A., &Harrist, A. W. (2015). Family Resilience: Moving into the Third Wave. Family Relations, 64(1), 22–43. DOI: 10.1111/fare.12106.

106. Hollifield, M., Sinclair-Lian, N., Warner, T.D., Hammerschlag, R. (2007). Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. Journal of Nervous and Mental Disease, 195, 504–13.

107. Horowitz, M. J., Wilner, N., and Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress // Psychosom. Med., 41, 209–218.

108. Human performance enhancement in high-risk environments : insights, developments, and future directions from military research / P.E. O'Connor and Joseph V. Cohn, editors. – 2010. – 346 p.

109. Institute of Medicine (U.S.). (2014). Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: Final assessment. Washington, D.C. : National Academies Press.

110. Keyes K. M. Hasin Stress and alcohol: Epidemiologic evidence / K. M. Keyes, M. L. Hatzenbuehler, B. F. Grant // Alcohol Research: Current Reviews. – 2012. – Vol. 34 (4). – P. 391–400.

111. Khamis V. Coping with war trauma and psychological distress among schoolage Palestinian children / V. Khamis // American Journal of Orthopsychiatry. – 2015. – Vol. 85 (1). – P. 72–79.

112. King, H. C., Spence, D. L., Hickey, A. H., Sargent, P., Elesh, R., & Connelly, C. D. (2015). Auricular acupuncture for sleep disturbance in veterans with post-traumatic stress disorder: A feasibility study // Military Medicine, 180 (5), 582-590. DOI: 10.7205/MILMED-D-14-00451.

113. King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, postwar social support, and additional stressful life events // Journal of Personal Psychology, 74 (2), 420–434.

114. Koch, U., Lucius-Hoene, G., Stegie (Hrsg.), R. Handbuch der Rehabilitations psychologie. – Berlin /Springer Verlag, 1988. URL: https://www.zvab.com/Handbuch-Rehabilitationspsychologie-Koch-Lucius-Hoene-Stegie-Hrsg/17007942269/bd

115. MacGregor, A., Shaffer, R., Dougherty, A., Galarneau, M., Raman, R., Baker, D., Lindsay, S.P., Golomb, B. A., &Corson, K. (2009). Psychological correlates of battle and nonbattle injury among Operation Iraqi Freedom veterans // Military Medicine, 174(3), 224–231.

116. McCarl, L. I. (2013). «To have no yesterday» : The rise of suicide rates in the military and among veterans // Creighton Law Review, 46(3), 393–432.

117. Meisenhelder, J.B. & Marcum, J.P. (2004). Responses of Clergy to 9/11: Posttraumatic Stress, Coping, and Religious Outcomes // Journal for the Scientific Study of Religion, 4, 547–554.

118. Merolla, A. (2010). Relational maintenance during military deployment: Perspectives of wives of deployed US soldiers // Journal of Applied Communication Research, 38, 1, 4–26. DOI: 10.1080/00909880903483557.

119. Military Career Quide 1998–2009 / Employment and Training Opportunites in the Military. 1998–2009.U.S. Military Entrance Processing Command. 2500 Green Bay Road. – №12 th, Chicago, ILLINOIS, 60064. – 374 p.

120. Mindestens die Helfte der Flechtlinge ist psychisch krank // BPtK–Standpunkt «Psychische Erkrankungen bei Flechtlingen». – 16.09.2015. URL: http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/mindestens-d.html

121. Nash, W. P., &Litz, B. T. (2013). Moral Injury: A Mechanism for War-Related Psychological Trauma in Military Family Members // Clinical Child & Family Psychology Review, 16(4), 365–375.

122. Nelson Goff, B., Crow, J., Reisbig, A., & Hamilton, S. (2007). The impact of individual trauma symptoms of deployed soldiers on relationship satisfaction // Journal of Family Psychology, 21, 3, 344–353. DOI: 10.1037/0893-3200.21.3.344.

123. Newby, J., Ursano, R., McCarroll, J., Liu, X., Fullerton, C., & Norwood, A. (2005). Postdeployment domestic violence by U.S. Army soldiers // Military Medicine, 170, 8, 643–647.

124. Perrin, S., Meiser-Stedman, R. & Smith, P. (2005) The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD // Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33 (4), 487–498.

125. Post-traumatic stress disorder and depression prevalence an associated risk factors among local disaster relief and reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: a cross-sectional study / A. Sakuma, Y. Takahashi, I. Ueda [et al.] // BMC Psychiatry. – 2013. – Vol. 15 (1). – P. 1–13.

126. Posttraumatic stress symptomology among emergency department workers following workplace aggression / G. L. Gillespie, S. Bresler, D. Gates, P. Succop // Workplace Health and Safety. – 2013. – Vol. 61 (6). – P. 247–254.

127. Refugees//Offic of Refugee Resetlamant. URL: http://www.acf.hhs.gov/orr/refugees

128. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. (2009). Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. // American Journal of Psychiatry, 166, 293–301.

129. Roberts R.D., Zeidner M., Matthews G. Does emotional intelligence meet traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions // Emotion. – 2001. – Vol. 1. – N3.

130. Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., & ... Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks // The New England Journal of Medicine, 345(20), 1507–1512.

131. Shamai, M., Fogel, S., & Gilad, D. (2016). Experiencing Couple Relationships in the Line of Fire // Journal Of Marital & Family Therapy, 42(3), 550-563. DOI: 10.1111/jmft.12147.

132. Sheppard, S., Malatras, J., & Israel, A. (2010). The impact of deployment on U.S. military families // American Psychologist, 65, 6, 599–609. DOI: 10.1037/a0020332.

133. Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A. & Yule, W. (2002) Principal components analysis of the Impact of Event Scale with children in war. Personality and Individual Differences, 16, 685–691.

134. Sories, F., Maier, C., Beer, A., & Thomas, V. (2015). Addressing the Needs of Military Children Through Family-Based Play Therapy. Contemporary Family Therapy: An International Journal, 37(3), 209–220. DOI: 10.1007/s10591-015-9342-x.

135. Strauss M. B. Problem Wounds: How to Promote Healing, Prevent Recurrence Consultant 2000 (November); 2259-2273 /пер. І. Тумак. // Медицина світу: Український медичний URL: http://msvitu.com/archive/2003/december/article-1.php

136. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview / L. Terr // American Journal of Psychiatry. – 1991. – Vol. 148. – P. 10–20.

137. Tinney, G., & Gerlock, A. A. (2014). Intimate Partner Violence, Military Personnel, Veterans, and Their Families // Family Court Review, 52(3), 400–416. DOI: 10.1111/fcre.12100.

138. Traumatic events and posttraumaticstress disorder in an urban population of young adults / N. Breslau, G. C. Davis, P. Andreski [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1991. – Vol. 48. – P. 216–222.

139. Trevillion, K., Williamson, E., Thandi, G., Borschmann, R., Oram, S., Howard, L., & Howard, L. M. (2015). A systematic review of mental disorders and perpetration of domestic violence among military populations // Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 50(9), 1329 – 1346. DOI: 10.1007/s00127-015-1084-4.

140. U.S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense. (2010). Clinical practice guideline for management of post-traumatic stress. Washington, DC.

141. Vasterling, J. J. et al., (2015). Establishing a methodology to examine the effects of war-zone PTSD on the family: the family foundations study // International Journal Of Methods In Psychiatric Research, 24(2), 143–155.

142. Waller, M., Treloar, S. A., Sim, M. R., McFarlane, A. C., McGuire, A. L., Bleier, J., & Dobson, A. J. (2012). Traumatic events, other operational stressors and physical and mental health reported by Australian Defence Force personnel following peacekeeping and war-like deployments // BMC Psychiatry, 12(1), 88–98. DOI: 10.1186/1471-244X-12-88.

143. White Book of Physical and Rehabilitation Medicine/ Second Edition (2006–7) of the White Book in PRM. URL: http://www.whitebookprm.eu/2016/09/05/second-edition-2006-7-of-the-white-book-in-prm/

144. Witvliet, C.V.O., Phillips, K.A., Feldman, M.E., & Beckham, J.C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans // Journal of Traumatic Stress, 17(3), 269–273.

145. Yule, W. (1992) Post Traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: The sinking of the "Jupiter" // J. Psychother. Psychosomatics, 57, 200–205.

146. Zach S, Raviv S, Inbar R. (2007). The benefits of a graduated training program for security officers on physical performance in stressful situations // International Journal of Stress Management, 14 (4), 350–369.

147. Zivin, K., Kim, H.M., McCarthy, J.F. et al. (2007). Suicide mortality among individuals receiving treatment for depression in the Veterans Affairs health system: associations with patient and treatment setting characteristics // American Journal of Public Health, 97(12), 2193–2198.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

ПРОРОК НАТАЛІЯ,
завідувач лабораторії психодіагностики та науково-психологічної інформації Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, доктор психологічних наук.

ГРИДКОВЕЦЬ ЛЮДМИЛА,
завідувач кафедри психології Київського інституту бізнесу та технологій, кандидат психологічних наук.

ЗАПОРОЖЕЦЬ ОЛЬГА,
керівник Українського проекту міжкультурного нагляду, співдиректор Інституту вивчення статевої ідентичності Регентського університету, доктор в області викладання психологічного консультування та супервізії (Ph.D.).

КОВАЛЬЧУК ОЛЕКСАНДР,
заступник начальника кафедри суспільних наук Національного університету оборони України імені Івана Черняховського, кандидат психологічних наук.

КОНДРАТЕНКО ЛАРИСА,
провідний науковий співробітник лабораторії психодіагностики та науково-психологічної інформації Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук.

КРАЙМАЄР ДЖОШУА,
ліцензований консультант та ліцензований терапевт в області сім'ї та шлюбу в Штаті Колорадо (США), фахівець в області з консультування ветеранів та їхніх сімей, магістр клінічного консультування, докторант програми викладання психологічного консультування та супервізії.

МАНИЛОВА ЛІДІЯ,
провідний науковий співробітник лабораторії психодіагностики та науково-психологічної інформації Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук.

НЕВМЕРЖИЦЬКИЙ ВОЛОДИМИР,
провідний науковий співробітник лабораторії психології навчання імені І. О. Синиці Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук.

ПАЛІЄНКО ТЕТЯНА,
голова ГО «Асоціація професійних консультантів і супервізорів», травматерапевт (EMDR), психотерапевт.

ЦАРЕНКО ЛЮДМИЛА,
старший науковий співробітник лабораторії психодіагностики та науково-психологічної інформації Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

ЧЕКСТЕРЕ ОКСАНА,
старший науковий співробітник лабораторії психодіагностики та науково-психологічної інформації Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук.

Follow OSCE Project Co-ordinator in Ukraine

Україна, 01030, Київ,
вул. Стрілецька, 16
info-pcu@osce.org
www.osce.org/ukraine

ОБСЄ Організація з безпеки та співробітництва в Європі
Координатор проектів в Україні