

Хмельницький національний університет  
Гуманітарно-педагогічний факультет  
Кафедра психології та педагогіки

ДИПЛОМНА РОБОТА

Другий (магістерський)  
Освітній рівень

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки  
Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія  
Шифр і назва спеціальності

на тему: «Психологічні особливості переживання посттравматичного  
стресового розладу учасниками зони операції Об'єднаних сил»

Шифр ДРМ  
номер залікової книжки

Виконала: студентка II курсу, група ППМ-19-1 Боярова Д.І.  
Підпис Ініціали, прізвище

Керівник кандидат психологічних наук, доцент \_\_\_\_\_ Попелюшко Р.П.  
науковий ступінь, вчене звання Підпис Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор \_\_\_\_\_ Потапчук Є. М.  
Підпис Ініціали, прізвище

\_\_\_\_\_ 2020 р.

Хмельницький, 2020

# ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет Гуманітарно-педагогічний

Кафедра Психології та педагогіки

Освітній рівень Другий (магістерський)

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Освітньо-професійна програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

психології та педагогіки

проф. Потапчук Є.М.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

## ЗАВДАННЯ НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ

Боярової Даріни Ігорівни

(Прізвище, ім'я та по батькові студента)

1. Тема дипломної роботи: «Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками зони операції Об'єднаних сил»

Керівник дипломної роботи:

Попелюшко Роман Павлович, кандидат психологічних наук, доцент

Прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 01 вересня 2020 р. № 119

2. Строк подання студентом роботи на кафедру 10 грудня 2020 р.

3. Вихідні дані до роботи матеріали звіту з науково-дослідної практики, комплекс психодіагностичних методик складався з тестів: «Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory)», «Діагностика показників та форм агресії» (А.Басса - А.Дарки в адаптації А. Осницького), Тест оцінювання агресивності у стосунках (А. Ассінгера), методика «Опитувальник травматичного стресу», Котеньов І.О., Тест AUDIT (Alcoholuse Disorders Identification Test); Скринінгова методика для виявлення алкоголізму (СМА); вікова група від 18 до 45 років.

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

Пояснювальна записка містить: вступ, розділ 1. Психологічні особливості психотравмуючих ситуацій, висновки до розділу; розділ 2. Емпіричне дослідження посттравматичного стресового розладу в учасників зони операції Об'єднаних сил, висновки до розділу; висновки, перелік джерел посилання, додатки.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)

6. Консультанти розділів дипломної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання 09 грудня 2019 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№	Назва етапів (розділів) дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2020 р.	виконано
2.	Визначення методологічних і теоретичних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 01 березня 2020 р.	виконано
3.	Оформлення вступу дипломної роботи	До 01 вересня 2020 р.	виконано
4.	I розділ дипломної роботи	До 10 вересня 2020 р.	виконано
5.	II розділ дипломної роботи	До 01 жовтня 2020 р.	виконано
6.	Загальні висновки	До 01 листопада 2020 р.	виконано
7.	Оформлення дипломної роботи	До 01 грудня 2020 р.	виконано
8.	Попередній захист дипломної роботи	09 листопада 2020 р.	виконано
9.	Захист дипломної роботи	грудня 2020 р.	

Студентка

\_\_\_\_\_ Підпис

Боярова Д.І.

Ініціали, прізвище

Керівник роботи

\_\_\_\_\_ Підпис

Попелюшко Р.П.

Ініціали, прізвище

## АНОТАЦІЯ ДИПЛОМНОЇ РОБОТИ

Тема дипломної роботи «Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками зони операції Об'єднаних сил»

Студентка Боярова Даріна Ігорівна  
(прізвище, ім'я, по батькові)

Керівник Попелюшко Роман Павлович  
(прізвище, ім'я, по батькові)

Дипломна робота включає 86 сторінок, 4 таблиці, 5 рисунків, перелік джерел посилання складає 41 найменування.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, гострий стресовий розлад, психотравмуюча подія, комбатант, девіантна поведінка.

Предмет дослідження: індивідуально-психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками зони операції Об'єднаних сил.

Об'єкт дослідження: переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій.

Встановлені факти і сформовані на їх основі висновки були отримані за результатами комплексу клініко-психопатологічних і психодіагностичних методик, спрямованих на дослідження факторів, які на нашу думку, є ключовими при побудові психологічної реабілітації комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів.

Результати, отримані під час дослідження можуть бути використані психологами, кадровими службами щодо психокорекційної роботи з учасниками зони операції Об'єднаних сил та їх сім'ями.

Випускниця \_\_\_\_\_ Боярова Даріна Ігорівна  
(прізвище, ініціали)

Дата подання дипломної роботи до захисту 10.12.2020р.

## Словник умовних позначень

ПТСР - посттравматичний стресовий розлад

ГСР - гострий стресовий розлад

в/с - військовослужбовець

о/с - особовий склад

ООС - операція Об'єднаних сил

АТО - антитерористична операція

ДУ - державна установа

ТМО - територіальне медичне об'єднання

МВС - Міністерство внутрішніх справ

МПЗ - морально-психологічне забезпечення

МКХ-10 та DSM-IV - міжнародний класифікатор хвороб та Diagnostac and Statistical Manual of mental disorders (діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів)

## ЗМІСТ

Вступ.....	7
Розділ I. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМУЮЮЧИХ ПОДІЙ .....	10
1.1 Травмуюча ситуація та її психологічні наслідки.....	10
1.2 Психологія війни. Підготовка до реального бою.....	13
1.3 Поняття посттравматичного стресового розладу.....	16
Висновки до розділу.....	25
Розділ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ ЗОНИ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ .....	26
2.1 Характеристика методичного інструментарію та хід дослідження.....	26
2.2 Опис та інтерпретація дослідження.....	31
2.3 Прийоми психологічної самодопомоги учасникам бойових дій.....	36
Висновки до розділу.....	53
ВИСНОВКИ.....	54
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	57
Додатки.....	62

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Участь в бойових діях вчені розглядають як стресову подію виняткового характеру. Що, в свою чергу, викликає загальний дистрес у будь-кого. На відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у війні може з'явитися психічною травмою на віддалені наслідки.

Перебування на війні супроводжується впливом наступних негативних факторів: усвідомлюване почуття загрози для життя (біологічний страх смерті, болю), психоемоційний стрес - загибель товаришів по зброї, необхідність вбивати ворога, специфічність бойової обстановки (дефіцит часу на проведення рекогносцировки, облаштування позицій, раптовість нападу, часто - відсутність сну, харчування).

Участь у бойових діях впливає на свідомість людини, піддаючи її серйозним якісним змінам. Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на все подальше життя людини [37].

Сьогодні у нашій країні відбуваються глибокі зміни, які стосуються всіх сфер життя громадян та суспільства в цілому. Відбулось величезне збільшення військовослужбовців-комбатантів, що отримують і бойовий досвід, і фізичні, і психологічні травми, а це означає, що їх психіка зазнає особливих змін. Можуть початись психічні розлади, порушення адаптації. Тому для нас, психологів, зараз важливо проводити з військовослужбовцями корекційну роботу, реабілітаційну для їх швидшої адаптації у мирному часі [37].

Вперше психологічні зміни у людей, які пережили ту чи іншу екстремальну ситуацію, були описані Да Коста в 1871 р. у солдатів під час Громадянської війни в Америці і були названі «синдром солдатського серця». У 1941 р. А. Кардинер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах

травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій [37].

**Об'єкт дослідження:** переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій.

**Предмет дослідження:** індивідуально-психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками зони ООС.

**Мета дослідження:** теоретично описати та експериментально дослідити індивідуально-психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій.

**Завдання дослідження:**

1. Зробити теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу;
2. Провести емпіричне дослідження по виявленню посттравматичного стресового розладу у поліцейських - учасників зони ООС та у звичайних поліцейських;
3. Розробити рекомендації з прийомів психологічної самопомоги учасникам бойових дій.

Для вирішення поставлених завдань використовувалися такі **методи дослідження:**

- *теоретичні методи:* аналіз, синтез, узагальнення, порівняння та класифікація літературних джерел;

- *емпіричні:* тестування, спостереження, опитування («Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory)», Діагностика показників та форм агресії» А.Басса - А.Дарки в адаптації А. Осницького, Тест оцінювання агресивності у стосунках А. Ассінгера, методика «Опитувальник травматичного стресу», Котеньов І.О.; Тест AUDIT (Alcoholuse Disorders Identification Test); Скринінгова методика для виявлення алкоголізму (СМА).

**Теоретичне значення** дослідження виявляється в доповненні теоретичних уявлень про психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками зони ООС.

**Практична значущість** дослідження полягає у можливості застосування розроблених нами рекомендацій сім'ям учасників зони ООС про психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу.

**Експериментальна база.** Дослідно-експериментальна робота проводилася на базі ДУ «Територіальне медичне об'єднання МВС України по Вінницькій області» центр психіатричної допомоги та психофізіологічного відбору. У ній брали участь 300 поліцейських при переміщенні (150 комбатантів та 150 нонкомбатантів).

**Апробація результатів** експериментального дослідження була відображена у таких статтях та тезах, як:

Боярова Д.І. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій / Д.І. Боярова // Професійний розвиток та становлення особистості сучасного фахівця в умовах освітнього простору. Матеріали VIII-ї Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (Хмельницький, 14-15 листопада 2019 р.) / За редакцією доц.. Р.П. Попелюшко / М-во освіти і науки України, Хмельницький нац. ун-т, Каф. Психології та педагог. - Хмельницький: ПП Гонти, 2019. - С. 12-15.

Попелюшко Р.П., Боярова Д.І. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій / Р.П. Попелюшко, Д.І. Боярова // Збірник наукових праць Запорізького національного університету та Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / За ред. С.Д. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. - Запоріжжя: ЗНУ, 2019. - № 2 (16). - С. 97-102.

**Структура роботи:** магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилань та 5 додатків, 5 рисунків. Загальний обсяг дипломної роботи складає 86 сторінок.

## Розділ I

# ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ

### 1.1 Травмуюча ситуація та її психологічні наслідки

Під час небезпечної для життя події організм людини готується до швидкого реагування. Це може бути боротьба, втеча тощо. Якийсь час триває стан шоку, коли відключається лімбічна система мозку, а працює лише найдавніше – стволова частина і активізується парасимпатична нервова система. Вона виділяє гормони, необхідні для швидкого та сильного реагування на подразник – це адреналін, норадреналін та кортизон. Вони також працюють, як знеболююче, притуплюють біль, а деколи зовсім відключають чутливість тіла. Вони оберігають наш організм від больового шоку [38].

Після стану шоку починається наступний етап – це, так зване, збудження, коли вже включається лімбічна система. Саме вона відповідає за наші емоції. І тепер вже працює симпатична нервова система. Завдяки ним людина може, без шкоди для себе, протягом певного проміжку часу жити без сну, їжі та води. Тобто переносить такі навантаження, які б не змогла пережити в звичайному та спокійному стані [38].

Коли небезпека минає, починається етап *розрядки*, що характеризується, зокрема, неконтрольованим тремтінням тіла (воно може тривати кілька годин), так організм звільняється від напруження. Тремтіння починається зненацька (зразу ж після стресової події чи через певний час), тремтить усе тіло чи окремі його частини. Цю реакцію зупиняти не можна, оскільки розрядка не відбудеться, в тілі залишаться м'язові затиски, внаслідок чого людина страждатиме від болів у м'язах, можуть початися психосоматичні розлади шлунково-кишкового тракту, артеріальна гіпертензія тощо [1; 13; 21; 38].

Після – етап *втоми*. У цей період включається неокортекс та системи соціального й емоційного контролю. Людина відчуває пригнічення, бажання

плакати. Якщо постраждалий стримує сльози, то у нього не відбувається емоційної розрядки. Внутрішнє напруження, внаслідок цього, несе велику шкоду фізичному та психічному здоров'ю. а якщо ж, навпаки, вдалось поплакати та розділити своє горе з кимось, то відбувається полегшення і починається *вихід із травми* [1; 13; 21; 38].

В цей час відбувається впорядкування і переосмислення нового досвіду: людина розповідає про те, що сталося, інтерпретує подію і, якщо це необхідно, змінює щось у способі життя, перебудовує стосунки [38].

*Гостра реакція на стрес.* У багатьох із тих, хто переживає емоційну травму, одразу після травматичної події виникають короточасні симптоми та проблеми, *гостра стресова реакція*, що втихає впродовж кількох днів чи тижнів. Такий перебіг травми є нормальною реакцією нормальної людини на ненормальну ситуацію [1; 13; 38].

Гострий розлад триває не менше, ніж два дні - але не довше ніж чотири тижні. Протягом місяця після травми гострий стресовий розлад може нічим не відрізнитися від ПТСР, за винятком того, що під час травми або зразу після неї може розвинути *шоковий стан*. Він характеризується уповільненням психічної і моторної активності. Поряд із цим спостерігаються стани відчуження; розлади дереалізації, коли оточуючі предмети сприймаються як неприродні, інколи - як нереальні, «неживі»; змінюється сприйняття звуків, інакшими стають голоси людей; з'являється і відчуття зміни відстані між навколишніми предметами [1; 21; 38].

Найчастіше на екстремальну подію люди реагують *психомоторним збудженням*, що проявляється зайвими, швидкими, інколи безцільними рухами. Увага звужується, довільна цілеспрямована діяльність стає проблематичною. Людині важко сконцентруватися, відтворити інформацію, особливо стосовно травмуючої події, що зв'язано з порушенням короточасної пам'яті. Темп мовлення прискорюється, голос стає гучним, слабо-модульованим. Часто повторюються однакові фрази, мовлення може бути монологічним, судження поверховими. В такому стані важко залишатися в одному положенні: люди то

лежать, то встають, то безцільно рухаються. Спостерігаються вегетативні порушення (тахікардія, підвищений артеріальний тиск), почервоніння обличчя, надмірна пітливість, може з'являтися почуття спраги чи голоду [13; 21; 38].

Коли реальна загроза зникає, настає період *виснаження*, перебіг і тривалість якого залежить від типу психотравмуючої ситуації (від 15 до 30 днів). В цьому стані, як правило, не скаржаться і не звертаються за допомогою. У людей спостерігається порушення сну, зміна харчової поведінки, зменшується маса тіла, прискорюється пульс, піднімається артеріальний тиск, дихання стає частішим без фізичного навантаження [1; 13; 21].

Також можливий такий варіант, як *патологічна психічна дезадаптація*, при якій може розвинути *психогенний ступор*. Це означає, що людина витратила багато сил та енергії на стресову подію і стає повністю нерухомою. Або ж її реагування на зовнішні подразнення уповільнені [38].

Ще, як варіант, такої психопатологічної реакції може бути *реактивний психоз*. Він характеризується обманами сприйняття, дезорганізацією поведінки. Часто навіть відсутня реакція на оточення [38].

Крім вищезазначених станів, можуть бути галюцинації, маячня і реакція страху [38].

*Адаптаційні розлади та їх чинники*. Більшість із тих, хто пережив емоційну травму, пристосовується до нових умов свого життя, а короточасні неприємні симптоми зникають. Однак, у деяких людей симптоми залишаються, і їх стан може навіть погіршитися. Симптоматика у таких випадках включає у різноманітних поєднаннях неспокій, тривогу, депресію, порушення здатності до концентрації уваги, дратівливість, агресивну поведінку [38].

У наступному підрозділі представлено поняття психології війни.

## 1.2 Психологія війни. Підготовка до реального бою.

Нині ми живемо в епоху високорозвиненої техніки та досконалої зброї, але все ж головна роль на війні належить солдатам. І результати бойових дій залежать від якості морально-психологічного стану особового складу. Наскільки солдати здатні переносити фізичні та психічні навантаження, як вміють долати страх і зберігати волю.

У бойовій готовності найважливіше – відношення солдат до своїх обов'язків. Кожен повинен свідомо готуватись до бойових дій, виробляти психологічну стійкість, вміння виживати у будь-яких умовах.

Усім відомо, що противник впливає на моральні якості, психофізіологічний стан, настрій, бойову активність особового складу. Саме тому найактуальніше - технологія психологічної підготовки військовослужбовців (далі в/с) [36].

Існує таке поняття як «*морально-психологічна підготовка*» особового складу до можливої участі у збройному конфлікті, війні. Це є одним із основних завдань морально-психологічного забезпечення (далі МПЗ) [36].

Одним із основних завдань організації морально-психологічного забезпечення діяльності частин (з'єднань) у надзвичайних (екстремальних) ситуаціях є організація заходів *психологічної підготовки*, психологічної допомоги та психологічної реабілітації військовослужбовців, які виконують бойові завдання в складних умовах [36].

Одним із компонентів МПЗ є соціально-психологічний, що пов'язаний з формуванням психіки окремого військовослужбовця і психології військового колективу, вирішення всього комплексу соціально-психологічних проблем, пов'язаних з участю в підготовці та веденні бойових дій. В цьому процесі головна увага приділяється формуванню у воїнів *психологічної стійкості, готовності* до подолання труднощів, пов'язаних з підготовкою і веденням бойових дій. Необхідно розвивати в особового складу, перш за все, здібності не втрачати волі, самовитримки в будь-якій складній, напруженій і небезпечній

для життя ситуації, протидіяти страху і паніці, виявляти мужність, відвагу та героїзм тощо [36, с. 7-30].

До мети психологічної підготовки відносять багато чого. Основним є:

1. *Формування психічної стійкості.* Це визначається потенційною можливістю в/с долати труднощі й успішно долати поставлене бойове завдання. Сюди можна віднести: знання труднощів різних бойових ситуацій і, відповідно, способи управління своєю поведінкою; знання можливих дій противника і способи протидії йому; знання тактики [36].

2. *Формування психологічної готовності.* Це означає, наскільки здатний в/с виконати своє завдання, показати свою бойову майстерність. Це визначається внутрішніми чинниками людини: її здатністю діяти в умовах дефіциту часу, в умовах небезпеки, раптовості тощо. Сукупність цих чинників називають «*психологічною готовністю*». Вона є одним із основних компонентів готовності підрозділу до негайних бойових дій. Найголовніше – усвідомлення солдатами свого обов'язку перед Батьківщиною, рідними, товаришами. Бажання боротьби, подолання свої слабостей. Командири МПЗ виділяють три рівні стану психологічної готовності: низький (воїн невпевнений у собі, у нього відсутнє прагнення протиборства, він зайве метушливий або ж, навпаки, замкнутий, припускається помилок при виконанні наказів), середній (поєднання впевненості із недостатнім прагненням до протиборства і рішучих дій, фізіологічний стан близький до норми), високий (бажання боротьби, відсутність сумнівів, прагнення добитись перемоги) [36].

До основних завдань психологічної підготовки відносять: формування психологічної стійкості до психотравмуючих факторів, навчання методам саморегуляції, надання першої допомоги, адаптація до різних умов, навчання способам самозахисту.

Розрізняють загальну, цільову і спеціальну психологічну підготовку особового складу [36].

*Загальна психологічна підготовка* призначена формувати і удосконалювати єдині для всіх військовослужбовців психологічні якості згідно з вимогами сучасної війни.

*Спеціальна психологічна підготовка* організується з метою розвитку специфічних військово-професійних якостей бійця відповідного роду військ [36].

*Цільова психологічна підготовка* проводиться в інтересах адаптації психіки воїна до умов виконання конкретного бойового завдання.

Існують методи психологічної підготовки особового складу. До них відносять[36]:

- Метод переконання – словесно-наочний вплив командира підрозділу на свідомість бійців, що тягне за собою добровільне ухвалення наказів;

- Навіювання – поєднується з переконанням та роз'ясненням. Він активує резерви людської психіки, формує установки правильної поведінки;

- Психологічна консультація – допомагає зняти психічну напругу в колективі, знайти оптимальні моделі поведінки у критичних ситуаціях;

- Психологічні вправи та тренування - багатократне повторення спеціальних дій та вчинків, що час від часу ускладнюються, з метою формування необхідних якостей;

- Метод аварійних ситуацій - сукупність прийомів і засобів, що моделюють діяльність підрозділу і окремого військового фахівця у складних умовах (відмови технічних пристроїв і озброєння, несправності засобів зв'язку та електроживлення, аварії і передумови до аварій тощо).

У наступному підрозділі описано поняття посттравматичного стресового розладу.

### 1.3 Поняття посттравматичного стресового розладу

Відповідно до МКХ-10 та DSM-IV, посттравматичний стресовий розлад розвивається після травмуючих подій, що «виходять за межі нормального людського досвіду». Він може виникнути як у безпосередніх жертв травм, так і у свідків подій [17; 40].

Існують певні діагностичні критерії ПТСР:

1. Людина перебувала під впливом травмуючої ситуації. Наприклад, була свідком чи учасником подій, які представляли загрозу життю чи здоров'ю.

2. Її реакція виражалась страхом, безпомічністю чи жахом. Екстремальний стресор викликає маніфестацію ПТСР у вигляді інтрузії, уникнення чи гіперактивності.

Ця травмуюча подія повторно переживається через повторні і нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття. Через сновидіння, які теж постійно повторюються та викликають тривогу. Людина відчуває, нібито знову і знову переживає ту ситуацію. Тут навіть можуть відбуватись ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди. Часто вони виникають при просинанні чи у стані алкогольного сп'яніння [17; 18; 40].

Людина з ПТСР намагається уникати стимулів, пов'язаних з травмою. Це може бути уникнення думок, відчуттів чи розмов; місць, дій, людей. Може відбутись часткова, а іноді і повна амнезія важливих аспектів травми. Може звужуватись діапазон афективних реакцій. Втрата інтересу до раніш значимих видів діяльності.

До гіперактивності можна віднести наступне: стійкі прояви збудження, який не було до травми, складності до засинань, розлади сну, роздратованість, спалахи гніву, проблеми з концентрацією уваги тощо. Посилена реакція переляку. Незначний шум, стук призводить до того, що людина починає бігти, сильно кричати. Різні звуки, запахи чи ситуації можуть легко стимулювати у особи спогади про травмуючі події, відчуття безпомічності та незахищеності.

Сьогодні ще не існує єдиної теорії, яка б повністю пояснювала природу та механізми посттравматичних розладів особистості. Найвідомішими є чотири основні моделі: психофізіологічна, психодинамічна, когнітивна, інформаційна [17; 18; 40].

*До психофізіологічної моделі ПТСР* відносять результат тривалих психофізіологічних змін. Варіанти реагування обумовлюють типом темпераменту.

Е.І. Ніколаєв відмічає, що процес дезадаптації до стресу пов'язаний зі змінами пів кульних взаємодій. В процесі адаптації відбувається активація правої півкулі, що тісніше пов'язана з диенцефальним відділом мозку. Люди з меншою між пів кульною спеціалізацією мають певні переваги в екстремальних ситуаціях і більш ефективно до неї адаптуються [17; 18; 32;40].

Р. Сильверстайн довів важливу роль в системі комплексі ПТСР підвищеної адренергічної активності. У багатьох ветеранів військових дій виявлений підвищений рівень адреналіну, який можливо відповідає за схильність особи до гострих відчуттів, ризику, порушення встановлених правил поведінки [17; 40].

*Психодинамічну модель ПТСР* пояснюють як регрес на оральну стадію розвитку, використання примітивних захисних механізмів. Вважається, що травма активує дитячі конфлікти [17; 32; 40].

Н.Н. Пуховський спробував інтегрувати психоаналітичний та медико-біологічний підходи до травми. На його думку, після гострих афективно – шоків реакцій на перший план виходить картина первинного травматичного Его-стресу (стресу свідомості) коли необхідність в новій дискомфортній посттравматичній ситуації дотримуватися «принципу реальності» породжує інтрапсихічний конфлікт. Саме синдром Его-стресу розглядається як центральна ланка патогенезу психопатологічних наслідків травмуючої ситуації [17; 40].

*Когнітивна модель ПТСР.* В межах когнітивної моделі травматичні події – це потенційні руйнівники базових уявлень про світ та про себе. Патологічні

реакції на стрес – мало адаптивні відповіді подолання розпаду базових уявлень, які формуються в процесі онтогенезу, пов'язані із задоволенням потреби в безпеці і складають Я-теорію. Малоадаптивне подолання травми проявляється в генералізації страху, гніву, уникнення, в дисоціації. Причиною цього є негнучкість, некорегованість когнітивних схем. Вважається, що дана модель найповніше пояснює етіологію, патогенез і симптоматику розладу, вона враховує і генетичний, і когнітивний, і емоційний, і поведінковий фактори [18; 40].

*Виділяють деякі типи психологічної дезадаптації [17; 18; 32]:*

*Психологічні реакції або адаптивні* – так званій природній психофізіологічний стан людини у бойовій стресовій ситуації, що характеризується напруження функціональним систем. Вони проявляються у розладах сну, частій втомлюваності, роздратованості, епізодичному вживанню психоактивних речовин.

Також, виділяють короточасні реакції страху, тривоги. Оскільки, вони швидкоплинні, тому не стають причиною для госпіталізації [17; 18].

До *дезадаптивних реакцій* відносять стомлення. Сенсорне, інтелектуальне. Тривогу, яка неадекватна по силі та тривалості, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки [18; 40].

Страх, що проявляється в невпевненості, переляку, паніки, відчаю.

Гострі афективні реакції – ступор, сутінкові стани.

Невротичні реакції, до яких відносять астенодепресивні, астеноневротичні, тривожно-обсесивні реакції, емоційна лабільність.

Перший вид називають активно-захисним, він, переважно, адаптований. Ветеран сам прагне обстежуватись та лікуватись. У них проявляються невротичні розлади.

Другий вид – пасивно-захисний, дезадаптований з інтрапсихічною спрямованістю. Основою етапу є примирення з хворобою. Характерними проявами є тривожно-депресивні та іпохондричні тенденції. Головний дискомфорт – соматичні скарги.

Третій тип називають деструктивним, тобто дезадаптація з інтерпсихічною спрямованістю. Відбуваються розлади соціального функціонування. Часто відбуваються конфлікти, експлозивні реакції. Для розрядки людина намагається використати наркотики та алкоголь. Часто скоюють самогубство.

Ще виділяють декілька симптомокомплексів, наприклад: астенічний – виражається збудливістю, підвищеною стомлюваністю, емоційною лабільністю [17; 40].

До obsesивно-фобічного – невмотивована тривога, нав'язливі спогадами про психотравмуючу подію.

До експлозивного відносять підвищену роздратованість, агресивність.

До депресивного – зниження настрою, песимістичне налаштування.

Особа, що перенесли черепно-мозкові травми, контузії, можуть мати психоорганічний симптомокомплекс. Проявляється в астенії, дисфорії, розладах пам'яті. Можливі короточасні дереалізаційні та деліріозно-онейроїдні розлади [17; 40].

Існують певні *принципи* надання психологічної допомоги при ПТСР, а також вимоги: комплексність, диференційованість, етапність [18; 32].

Базові принципи психолого-психіатричної допомоги при ПТСР:

1. Безоціночне прийняття пережитого досвіду та пов'язаних з ним спогадів, висловлювань особи з ПТСР. Травмовані можуть відчувати себе неповноцінними, обділеними, вони дуже обережно діляться своїми переживаннями, бояться будь-якої оцінки своїх дій та переживань.

2. Психолог має бути впевненим в тому, що всі прояви ПТСР у клієнта обумовлені природою травмуючої події. Такі самі зміни особистості можуть бути обумовлені іншими психопатологічними розладами та особливостями особистості.

3. Визнання усіх реакцій травмованих нормальними, такими, що забезпечують адаптацію до екстремальних умов зовнішнього середовища. Запевняючи в цьому пацієнта, передаючи йому інформацію про його проблему,

ви вже справляєте психотерапевтичний вплив і можете досягнути певних результатів.

4. Екстрене втручання психолога та його участь в організації певної підтримки постраждалому для його скорішого одужання. Мається на увазі встановлення емоційної підтримки близького оточення постраждалого, того, що Лінді назвав «травматичною мембраною навколо жертви».

5. Готовність до сильного впливу на спеціаліста процесу взаємодії з постраждалим, появи у психолога симптоматики ПТСР. Інколи виникає навіть терапевта з постраждалим, психологи ставали більш збудливими, неврівноваженими, формувалися захисні механізми їх психіки, емоційне вигорання. Сьогодні в зоні ООС пропонують роботу психологам (10-15 діб).

6. Використовування при роботі з клієнтом моделі психотерапевтичного альянсу: емпатія, терапевтична підтримка, партнерство, формування у пацієнта відчуття відповідальності за результати терапії.

7. Готовність психолога до того, що пацієнт може його перевіряти, «тестувати». Це перевірка на надійність, довіру, щирість, та пояснюється страхом постраждалого бути не зрозумілим психологом, піддатися критиці за ту чи іншу дію.

8. Забезпечення індивідуальної переоцінки травматичного досвіду та його інтеграція в загальну систему цінностей клієнта. Переосмислення травми на рівні поведінки та можливостей; на рівні цінностей; не рівні саморозкриття та самореалізації. Альтруїстичні схильності.

9. Нормалізація психозахисної поведінки клієнтів, активізація адекватних его-захисних механізмів.

10. Орієнтація на виявлення реальних та потенціальних психологічних ресурсів клієнтів. Переробка травми, вилікування від наслідків травми може бути достатньо тривалим. При цьому будь-який стрес може активізувати залишкові явища травматичного досвіду. Необхідно формувати самостійність клієнта в подоланні таких наслідків (повторних впливів інших стресів) [17; 32; 40].

Етапи надання психологічної допомоги при ПТСР. Проходження від першого до четвертого рівня травми [17; 32].

1-й рівень психологічної допомоги – тілесно орієнтована терапія.

Відповідно до підходу Пітера Левіна, психотерапевтична робота з травмою має бути направлена, перш за все, на відновлення природної здатності до саморегуляції, яка оцінюється як психологічна та біологічна здатність до ціле направленої організації. Саморегуляція розглядається як природна здатність особи до самовилікування, основана на ресурсах організму.

Працюючи з психологічною травмою на рівні тіла, необхідно дотримуватися деяким принципам, що забезпечують ефективність психологічної допомоги.

- Створення відчуття безпеки. Встановлення таких терапевтичних відносин з пацієнтом, як: довіра, надійність, безпечний простір, співробітництво.

- Створення у клієнта ресурсів для роботи з травматичними переживаннями. Ресурси – це різні види позитивних самовідчуттів на рівні тіла, те, що допомагає людині зберігати та підтримувати відчуття себе і власної внутрішньої цінності при загрозі можливого руйнування травмою. Ресурс забезпечує здатність до саморегуляції.

- Створення меж переживання – «контейнерування» - усвідомлення, яке дозволяє тому, що відбувається в середині клієнта, бути сприйнятим на тілесному рівні у вигляді різних соматичних проявів.

Методи та техніки роботи дозволяють створити передумови для відновлення природної здатності особистості до саморегуляції та подальшої інтеграції травматичного досвіду на інших рівнях.

2-й рівень психологічної допомоги – групова робота.

Групова психотерапія дозволяє вирішувати більш широке коло спільних для клієнтів задач, в число яких входять наступні:

- Створення безпечного соціального простору.

- Зниження відчуття ізоляції і формування відчуття приналежності, спільності цілей, комфорту та підтримки.
- Відновлення відносин до іншого як до самоцінності, що супроводжується формуванням відчуття довіри до себе.
- Формування відчуття універсальності власного досвіду.
- Прояснення загальних проблем, навчання наслідками травми.
- Можливість прийняти на себе роль «допомагаю чого».
- Розвиток відчуття «ліктя»: спільні проблеми розподіляються між учасниками групи.
- Можливість ділитися з кимсь інформацією про себе, говорити про свої відчуття іншим людям.
- Формування впевненості в можливості успішного проходження терапії.

Для досягнення поставлених завдань використовуються деякі техніки, розроблені в межах поведінкової, когнітивної та екзистенціальної терапії. До числа обов'язкових методів входять:

- техніки активізуючої терапії (наприклад, «Ранжування завдань сьогодення за складністю», «терапія майстерністю та задоволенням»), які застосовуються для формування нових життєвих цінностей та відновлення контролю над власним життям;
- принципи сократівського діалогу як основного виявлення неадаптованих думок та установок та роботи з ними;
- використання метафор з метою передачі інформації на рівень підсвідомого клієнтів, це допомагає активізувати приховані ресурси та призводить до неочікуваного розв'язання проблеми;
- техніка «Історія мого життя», що застосовується з метою розширення уявлень про власний досвід та внутрішні ресурси;
- техніка «Позитивні сторони травматичного досвіду», що дозволяє переоцінити травматичний досвід та його наслідки на рівні поведінки,

міжособистісних відносин, родини та з точки зору розвитку власної особистості.

3-й рівень психологічної допомоги – різні психотерапевтичні підходи.

Принципи вибору конкретних методів та прийомів, необхідних при роботі з конкретним клієнтом, мають бути наступними:

- Метод, що застосовується повинен мати певний прагматичний зміст та не суперечити етичним вимогам.

- Методи та прийоми, розроблені гуманістичною психологією, є зальними для будь-якої психотерапевтичної роботи, ними необхідно керуватися у взаємовідносинах між психологом та клієнтом. Однак для надання допомоги використовувати тільки їх не є достатньо ефективним.

- Методи, розроблені біхевіріально-когнітивною психологією є обов'язковими в застосуванні для зняття симптомів. Найбільш ефективними вони є тоді, коли направлені на самі симптоми. До біхевіріально-когнітивних методів відносять варіанти десенсибілізації, прийоми нейролінгвістичного програмування.

- В психотерапевтичній роботі доцільним є застосування техніки арт-терапії. Арт-методи впливають на психіку на глибинному рівні, сприяють відновленню цілісності особистості, виходу її зі стану дезінтеграції і практично не мають протипоказань.

4-й рівень психологічної допомоги – екзистенціальна терапія.

Осмилення того, що відбулося, - необхідний елемент для повноцінного завершення лікування. Найкраще ці питання висвітлені в логотерапії – напрям екзистенціальної терапії, заснований В. Франклом, на роботу якого вплинув досвід перебування в концентраційному таборі фашистської Німеччини.

Головне завдання психолога – це:

- клієнт має прийняти те, що з ним відбулося;
- клієнт має усвідомити свої цінності;
- клієнт має взяти на себе відповідальність за свою поведінку в екстремальній ситуації та на час психотерапії;

- клієнт має прийняти психотравмуючих досвід як «ресурс» для свого подальшого життя.

Запропоновані методи, поєднання їх в різні системи дозволяє переробити переживання травми на різних рівнях. Програма надання психологічної допомоги складається індивідуально відповідно до індивідуальних особливостей особистості клієнта.

## Висновки до розділу

Виявлено, що екстремальні умови, в які потрапляють військовослужбовці під час бойових дій, справляють потужний вплив на їх психіку.

Визначено, що бойова психічна травма - це виникаючий внаслідок впливу бойових стрес-факторів патологічний стан центральної нервової системи, що обумовлює регулювання поведінки постраждалого за допомогою патофізіологічних механізмів. В результаті психотравмування відбувається накопичення змін у структурах ЦНС, наростання специфічної особистісної дисгармонії і готовності до психопатологічного синдромутворення [17; 40].

Таким чином, визначено, що формування високих психологічних якостей являє собою процес цілеспрямованого впливу на свідомість, почуття і волю людини, на всю його психіку. Психологічні якості людини взаємопов'язані і формуються в єдності і взаємодії. Тому формування їх у ході бойової підготовки повинне здійснюватися як у комплексі, так і шляхом постановки конкретних завдань із розвитку окремих визначених якостей психіки воїнів у взаємодії з проведенням психопрофілактичних заходів[17; 40].

Виявлено, що реакція військовослужбовця на вплив стресорів бойової обстановки залежить як від їх значущості для конкретного учасника бойових дій, так і його здатності до контролю власної поведінки.

Отримані теоретичні положення, потребуються емпіричної перевірки. У наступному розділі представлено результати емпіричного дослідження

## Розділ II.

### Емпіричне дослідження посттравматичного стресового розладу у учасників зони ООС

#### 2.1. Характеристика методичного інструментарію та хід дослідження.

Ми пропонуємо комплекс клініко-психопатологічних і психодіагностичних методик спрямований на дослідження 6 факторів, які на нашу думку, є ключовими при побудові психологічної реабілітації комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів. До цих факторів входять: наявність ознак ПТСР; наявність ознак стресу; наявність ознак тривожності; наявність ознак депресії; приховані та наявні ознаки агресивності та девіантної поведінки [2, с. 12-15; 28, с. 97-101].

Нижче наводимо короткий опис діагностичного інструментарію, по визначенню посттравматичного стресового розладу у комбатантів, а саме:

- Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) (Додаток А) запропонована А.Т. Беком в 1961 р. і розроблена на основі клінічних спостережень, які дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш частих скарг. Після співвіднесення цього списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться у відповідній літературі, був розроблений опитувальник, що включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які відповідають специфічним проявам/симптомам депресії [12, с. 121; 16; 32].

Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

- Методика «Діагностика показників та форм агресії» (А.Басса - А.Дарки в адаптації А. Осницького) (Додаток В) на виявлення рівня агресивності та ворожості є достатньо ефективною, інформативною, про що

свідчать стійкі значущі кореляційні зв'язки із результатами за методикою багатофакторного дослідження особистості (далі МБДО) [12, с. 176; 16; 32].

Шкали: фізична агресія, непрямая агресія, дратівливість, негативізм, уразливість, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини. А. Басс і А. Дарки виділили наступні види реакцій: Фізична агресія - використання фізичної сили проти іншої особи. Непряма агресія, обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована. Роздратування - готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість). Негативізм - опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів. образа - заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії. Підозрілість - в діапазоні від недовіри і обережності стосовно людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду. Вербальна агресія - вираз негативних почуттів як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози). Почуття провини - виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що спричинює зло, а також відчуває докори сумління [12, с. 121; 16; 32].

- **Тест оцінювання агресивності у стосунках** (А.Ассінгера) (Додаток Г) дає змогу визначити, чи достатньо людина коректна до оточення і чи легко спілкуватися з нею. Для більшої об'єктивності відповідей можна здійснити взаємо-оцінювання, коли колеги відповідають на запитання один одного. Це допоможе зрозуміти, наскільки правильна їхня самооцінка. За відповідь *a* нараховується 1 бал, за відповідь *b* - 2 бали, за відповідь *c* - 3 бали [40].

Підраховується сума. 45 і більше балів оцінюється як надмірна агресивність. Досліджуваний нерідко буває невірноваженим і жорстоким по відношенню до інших. Сподівається дістатися до управлінських "верхів", розраховуючи на власні методи, домогтися успіху, жертвуючи інтересами оточуючих. Його не дивує неприязнь товаришів по службі, але при найменшій можливості він намагається їх за це покарати. 36-44 бали. Оцінюється як

помірна агресивність. Досліджуваний цілком успішно йдете по життю, оскільки в нього розвинуте досить здорове честолюбство і самовпевненість. 35 і менше балів відповідають надмірній миролюбності, що зумовлено недостатньою впевненістю у власних силах і можливостях. Якщо за сім і більше запитань досліджуваний набрав по три бали і менш ніж за сімома запитаннями - по одному, вважається, що вибухи агресивності носять скоріше руйнівний, ніж конструктивний характер. Досліджуваний схильний до непродуманих вчинків і запеклих дискусій. Його ставлення до людей зневажливе і своєю поведінкою провокує конфліктні ситуації, яких цілком можна було уникнути. Якщо ж за сім і більше запитань досліджуваний набрав по одному балу і менше, ніж за сімома запитаннями - по три бали, то він надмірно замкнутий [40].

- З метою виявлення вираженості постстресових порушень у дослідженні була використана методика **«Опитувальник травматичного стресу»**, Котеньов І.О. (1998 р.) (Додаток Б), призначена для виявлення посттравматичних порушень. Даний опитувальник призначений для вивчення стану людини після впливу надзвичайних факторів, а саме – знаходження в екстремальних умовах. Він визначає наявність в учасника бойових дій таких проявів посттравматичного синдрому, як немотивована пильність, «вибухова» реакція, агресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги, депресія, тривожність, галюцинаторні переживання, проблеми зі сном [12; 16; 32].

Виходячи з концепції ПТСР як нормальної реакції людини на екстремальні обставини, пункти, що володіють занадто явним психопатологічним підтекстом, по можливості виключалися [16; 19; 24].

Опитувальник складається з короткої інструкції і 110 пунктів-тверджень. Респонденту пропонується за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта (від "абсолютно вірно" до "абсолютно невірно") оцінювати кожне з тверджень в залежності від його відповідності власним станом. 56 пунктів є "ключовими" для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень, 15 пунктів входять в додаткову "шкалу депресії", 9 пунктів складають три оціночних шкали - "брехні", "агресії" і "диссимуляції", що дозволяють контролювати

ступінь ширості випробуваного, його схильність підкреслювати тяжкість свого стану або заперечувати наявність психологічних проблем. Крім того, в опитувальник включені резервні і "маскуючі" твердження, що перешкоджають мимовільному розумінню піддослідним основної спрямованості тесту. Крім "прямих" тверджень, згода з якими випробуваного оцінюється як наявність у нього того чи іншого шуканої ознаки (симптому), щоб збалансувати "тенденцію згоди", в опитувальник є т.зв. "зворотні" пункти, негативні відповіді на які є значущими [12; 19; 24; 32].

Результати обробляються накладенням заздалегідь виготовлених ключів на заповнений бланк з відповідями випробуваного. У ключі виділяються "прямі" (які не потребують перекодування при підрахунку) і "зворотні" твердження, відповіді на які повинні бути перекодовані: відповідям "5" ("абсолютно вірно") і "4" ("скоріше вірно") присвоюються значення 1 і 2 відповідно, а відповідей "1" ("абсолютно невірно") і "2" ("скоріше так") - 5 і 4. Потім простим підсумовуванням підраховуються значення контрольних і основних субшкал ПТСР і ГСР [12; 16; 19; 24; 32].

L ("брехня"), Ag (агравация), Di (диссимуляція), depres (депресія);

ПТСР: А (1) (подія травми), В (повторне переживання травми - "вторгнення"), С (симптоми "уникнення"), D (симптоми гіперактивації), F (дистрес і дезадаптація);

ГСР: А (1) (подія травми), b (диссоціативні симптоми), c (повторне переживання травми - "вторгнення"), d (симптоми "уникнення"), e (симптоми гіперактивації), f (дистрес і дезадаптація) (детально в додатку Б).

Підсумкові показники ПТСР і ГСР виходять в результаті підсумовування значень основних субшкал:

$$\text{ПТСР} = \text{A (1)} + \text{B} + \text{C} + \text{D} + \text{F};$$

$$\text{ГСР} = \text{A (1)} + \text{b} + \text{c} + \text{d} + \text{e} + \text{f}.$$

Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників ПТСР і ГСР, так і субшкал опитувальника, що дозволяють судити про відносну вираженість окремих груп симптомів. З огляду на сильну

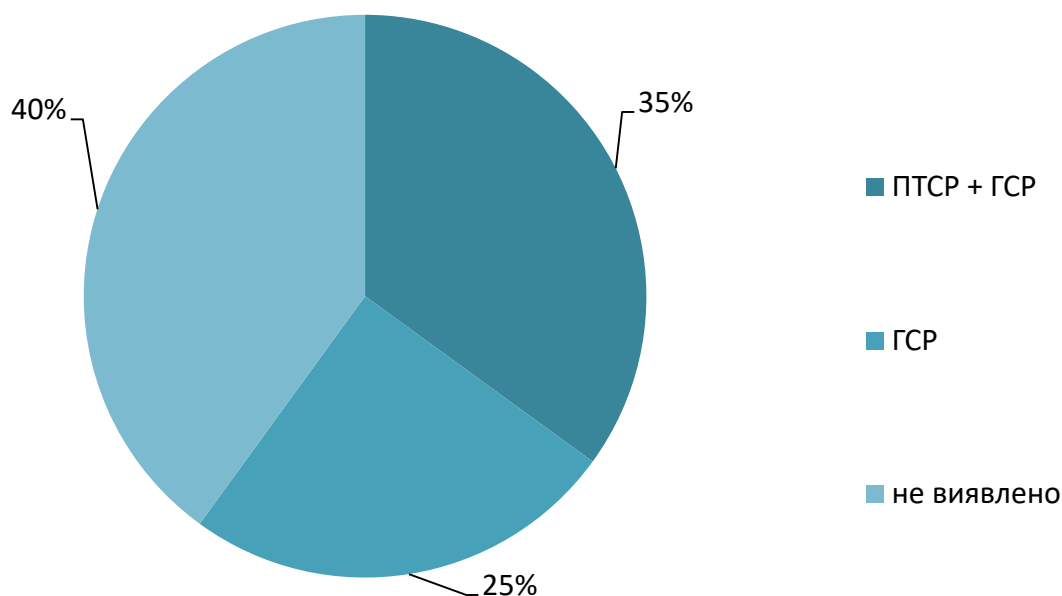
позитивну подібність, що існує між ПТСР і ГСР, у випадках, коли з моменту травмування пройшло досить багато часу (3 місяці і більше), можна обмежитися аналізом тільки показників ПТСР. Якщо ж обстеження проводилося безпосередньо після критичного події (протягом 1 місяця), то доцільно проаналізувати структуру ГСР [12; 16; 19; 24; 32].

- **Тест AUDIT** (Alcoholuse Disorders Identification Test) (Додаток Д) – тест для виявлення порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю, розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я за участі шести країн як дієвий і валідний інструмент для виявлення осіб, які надмірно вживають алкоголь. Аналіз методичного матеріалу сучасної психології показав, що чутливість тесу становить близько 90% [3; 12].

- **Скринінгова методика для виявлення алкоголізму (СМА)** (В. Полтавець) (Додаток Е) розроблена на базі Мічиганського алкогольного скринінг-тесту (MAST), Міннесоцького багатофакторного особистісного опитувальника, тесту для непрямого скринінгу алкоголізму, опитувальника для вивчення тяжкості алкогольної залежності. СМА включає в себе 22 твердження, що сформульовані у другій особі множини. До переваг методики належать: валідність, структурованість, невеликий обсяг питань, що економить час проведення [3; 12].

## 2.2. Опис та інтерпретація дослідження

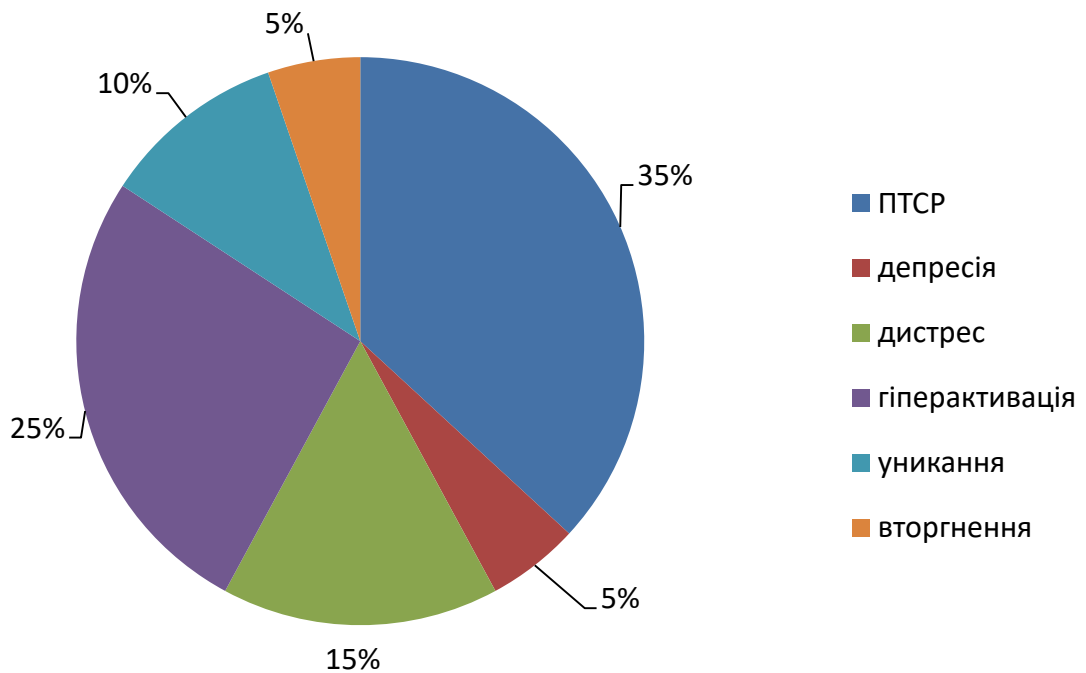
Проведене емпіричне дослідження дало змогу зробити наступні висновки: наявність певних ознак посттравматичного стресового розладу із гострим стресовим розладом виявлено лише у 35% продіагностованих поліцейських, учасників бойових дій, гострий стресовий розлад виявлений у 25% комбатантів, не було виявлено жодних ознак посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу у 40% поліцейських, учасників бойових дій, що повернулися із зони проведення операції об'єднаних сил (див. рис. 2.1) [2; 28];



**Рисунок 2.1 – Опитувальник травматичного стресу Котеньова**

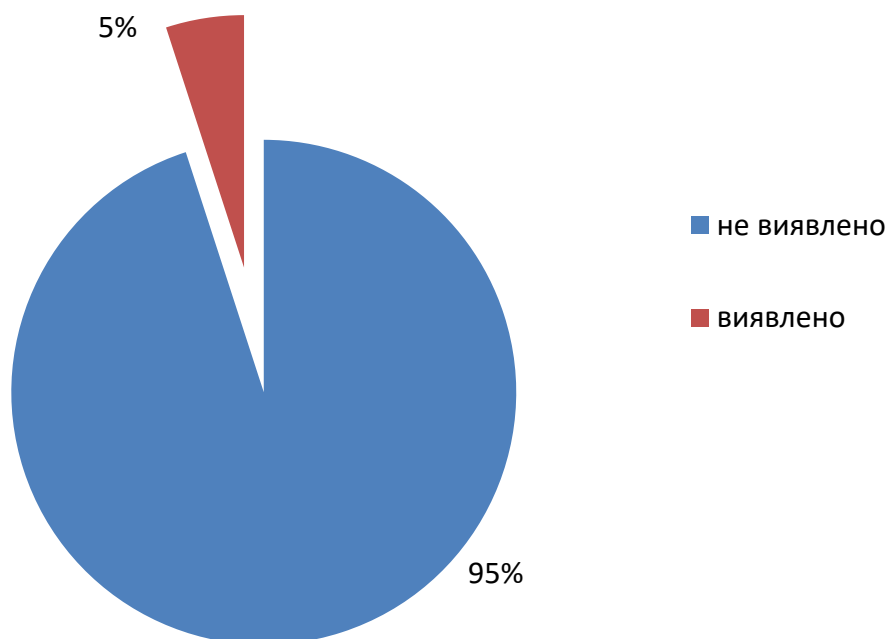
Відповідно до результатів групи осіб, що були учасниками зони ООС, можна зробити висновок, що у них більш виражені показники ПТСР, а також і ГСР, проте до уваги більше брались респонденти, в яких час після події був більший, ніж 1 місяць. У всіх він був різний. Ця група більш схильна до депресивних переживань, у них прослідковується підвищений рівень дистресу и дезадаптації. Також характерні виражені симптоми гіперактивації, «вторгнення», «уникання». Також у більшості виражені шкали «неправди», агравації та дисимуляції. Що, у свою чергу, дає важко зробити об'єктивний

аналіз. Таким чином, показники травматизації більш виражені у групі комбатантів. Це можна прослідкувати на рисунку 2.2.



**Рисунок 2.2 – Шкали комбатантів по опитувальнику травматичного стресу Котеньова**

Депресивні стани у 95% поліцейських-комбатантів – відсутні, це в свою чергу свідчить про те, що у учасників бойових дій спостерігається стан рівноваги та психологічної адаптованості до роботи і служби, вони займають активну позицію у житті, є позитивно налаштовані на відрядження у зону проведення операції об'єднаних сил, та належать до колективів з оптимальним мікрокліматом (див. рис. 2.3) [12; 28].



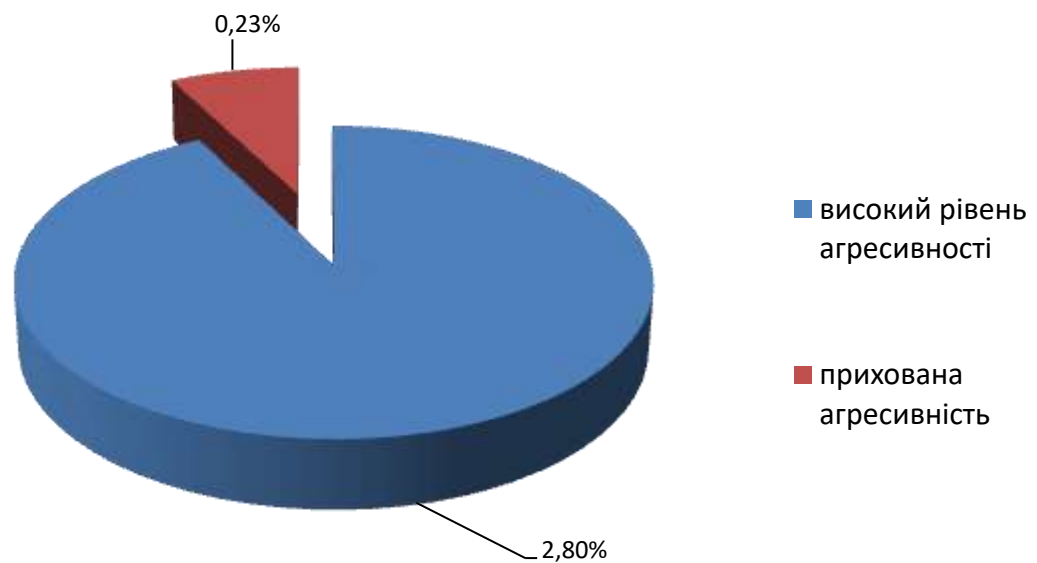
**Рисунок 2.3 – Шкала депресії Бека**

За допомогою психологічної методики «Методика діагностики показників і форм агресії (А. Басса, А. Дарки)» високий рівень агресивності та ворожості був виявлений у 12 осіб (2,8%).

Оскільки, основною методикою, яку ми використовуємо у себе в центрі, є – методика багатofакторного дослідження особистості (далі МБДО), тому ми визначали певну кореляцію між цим тестом та додатковими, і за допомогою відсоткового співвідношення, визначили, що майже у всіх групах обстежуваних, а це поліцейські-комбатанти, та поліцейські-нонкомбатанти, виявились подібності між шкалою ригідності (МБДО) та ворожістю (Басса-Дарки), шкалою тривожності із шкалою образи, шкалою інтроверсії та негативізом. Найбільші показники все ж у поліцейських зі стажем роботи – більше 10 років. Це може свідчити про професійну деформацію, оскільки є певні особливості несення служби, специфіка діяльності, що сильно впливає на особистість. Змінює її до більш цинічної та прагматичної. Що проявляється у відношенні до подій життя та оточення.

За допомогою психологічної методики «Тест оцінювання агресивності у стосунках» (А. Ассінгер) були виявлені завищені показники прихованої агресії

у 1 особи (0,23%). Середній рівень агресивності реєструвався як у чоловіків, так і у жінок (39,3 та 40,8 балів відповідно). Однак, відмічався великий розмах отриманих показників (28 балів), присутність в результатах як показників вираженої миролюбності, так і надмірної агресивності. Отримані результати свідчать про те, що зазначений психологічний тест є малоінформативним. Результати проведеного аналізу показали незбіг загального рівня агресивності за проведеними методиками (див. рис. 2.4).



**Рисунок 2.4 – методика діагностики показників і форм агресії (А. Басса, А. Дарки) та тест оцінювання агресивності у стосунках (А. Ассінгер)**

За результатами нашого дослідження було виявлено, що існує несуттєва відмінність між комбатантами та нонкомбатантами, різниці майже не видно. З тими поліцейськими, в яких було виявлено гострий стресовий розлад та посттравматичний, ефективно працювали психологи центру психіатричної допомоги та психологічні служби даних підрозділів. Саме тому, при повторному тестуванні методикою Котеньова, було виявлено 0% ознак посттравматичного стресового розладу та 0% гострого стресового розладу. Різниця у тестуванні – один рік. Результати за тестами агресивності показали, що важливо слідкувати за професійним вигорання, потрібно більше

переключатись, а психологічним службами проводити тренінгові роботи, корекційну роботу, по зменшенню професійної деформації поліцейських.

Прихованих ознак адиктивної поведінки, внаслідок зловживання алкоголем, вживання наркотичних речовин у респондентів не виявлено. Тест AUDIT та скринінгова методика CMA показали 0% порушень.

### **2.3. Прийоми психологічної самопомоги учасникам бойових дій. Кризове консультування.**

Виділяють ступені важкості стресових реакцій.

До легкого стресу відносять фізичні прояви: тремтіння, холодний піт, безсоння, пришвидшення серцебиття, нудота, труднощі мислення, мовлення тощо. Та емоційні: тривога, дратівливість, нездатність зосередитись, жахи, забудькуватість, плач, гнів тощо [17].

Допомога при легкому заключається в наступному [17]:

1. необхідно далі продовжувати виконувати задачі, особливо зосередитись на негайних завданнях;
2. від командира вимагається контроль за виконанням його вказівок і доручень бійцями, зберігаючи при цьому спокій та повідомляти військовослужбовцям, що їхня реакція є нормальною, що нічого ненормального чи надзвичайного не відбувається;
3. також, повідомлювати особовий склад стосовно тактичної ситуації, цілей, надаючи при цьому підтримку;
4. важливо відновити впевненість постраждалого у собі, говорити про його успіхи; якомога частіше залучати їх до продуктивної діяльності (тренування, обслуговування зброї тощо);
5. можна тимчасово перевести до не бойового опорного пункту та трохи обмежити прямі обов'язки;
6. забезпечувати особовий склад їжею, водою, відпочинком, гігієною;
7. дозволити постраждалому виговоритись, що допоможе применшити його переживання, за можливістю дати якісь рекомендації [25].

За наявності важкого стресу бійця слід відправити на реабілітацію хоча б на 3 дні.

До фізичних проявів належить: постійні рухи, здригання на будь-який раптовий звук, тремтіння, втрата зору, слуху чи відчуттів, фізичне виснаження, плач, заціпеніння або паніка [17].

До емоційних – швидка та дивна розмова, необачні дії, втрата пам'яті, заїкання, бурмотіння, галюцинації, соціальна ізоляція, апатія, емоційна лабільність [17].

Допомога при важкому стресі:

1. контроль за поведінкою військовослужбовця, якщо вона ставить під загрозу виконання завдань;
2. Спокійно погоріть з бійцем, вмовте на співпрацю;
3. При розумінні ненадійності бійця, треба розрядити його зброю або ж забрати;
4. Запевнити всіх, що ці симптоми – реакція на стрес, і що бійцю скоро стане краще;
5. Якщо реакції тривають, то перемістіть в/с в безпечне місце, не залишайте його самого, забезпечте огляд медичного персоналу, дайте виконати якісь легкі завдання, коли він не спить [17].

Для проведення реабілітації необхідно дотримуватись наступних принципів, які описані у країнах НАТО як акронім VICESPS [17].

Отже, це розшифровується наступним чином:

*Brevity (стислість)* – перша допомога (відпочинок та відновлення) не повинні тривати більше, ніж 1-3 дні.

*Immediacy (невідкладність)* – дуже важливо, щоб допомога надавалася якомога швидше, як тільки з'являються симптоми (при умові, що тактична ситуація дозволяє).

*Centrality (централізованість)* – забезпечте перебування комбатантів з реакціями бойового стресу разом для взаємної підтримки та ідентифікуйте їх як солдат.

*Contact (контакт)* – військовослужбовця заохочують думати про себе як бійця, а не пацієнта чи хворого. При будь-якій можливості представники підрозділу повідомляють солдата, що на нього чекають і бажають його повернення.

*Expectancy (очікування, надія)* – комбатанту необхідно повідомити, що у нього нормальна реакція на надзвичайний стрес і що це пройде, і він зможе повернутися до виконання обов'язків через декілька годин, можливо днів. Військовий командир є надзвичайно важливим на цій фазі допомоги. З усього, що говориться солдату, який страждає від бойового стресу, слова його безпосереднього командира швидше за все матимуть найбільший вплив. Просте твердження з уст командира, що реакції військовослужбовця є нормальними і що йому незабаром стане краще, матиме позитивні наслідки. Також варто сказати, що він потрібен своїм товаришам і вони чекають на його повернення. Після повернення з ним поведуться як і з будь-яким іншим солдатом і очікують, що він належно виконуватиме свої обов'язки. Численні дослідження показали, що якщо потерпілий лікується в якості пацієнта і його направляють в тил, то його симптоми тривають довше і він рідше повертається до виконання службових обов'язків, або не повертається зовсім.

*Proximity (наближеність)* – цей принцип передбачає максимальну близькість відносно безпечного місця надання допомоги до театру військових дій, що дає можливість пацієнту отримувати дружню підтримку своїх товаришів по службі і значно підвищує загальну ефективність реабілітаційних заходів. Бажано, щоб солдатів, які вимагають догляду через важкий бойовий стрес, не поміщали в медичні заклади разом з пораненими та хворими військовими.

*Simplicity (простота)* – цей принцип вказує на необхідність використання коротких і простих методів для відновлення фізичного стану та впевненості у собі. Не проводьте психотерапію.

Для контролю за реакцією бойового стресу виконують наступні дії:

1. переконання в нормальності реакцій;
2. надання відпочинку від бою чи роботи;
3. задовільнити тілесні потреби у їжі, воді, теплі, гігієні;
4. допомогти не втрачати впевненості через можливість виконувати діяльність та контактувати з підрозділом;

## 5. повернення до свого підрозділу.

Також важливо, щоб комбатанти не відчували статус пацієнта, сааме тому, необхідно дотримуватись деяких принципів. Солдатам-потерпілим залишаємо форму і контролюємо виконання ними військової дисципліни та етикету; перебування військових з реакціями стресу має бути окремо від поранених; обмежити приймання ліків, окрім випадків порушення сну; не госпіталізовувати, за винятком необхідності; не ставити діагнозів (уникнути стигматизації); транспортувати машинами загального призначення, а не швидкою допомогою [17].

Військовослужбовець може сам контролювати свій бойовий стрес, для цього йому необхідно достатньо пити, їсти, відпочивати, наскільки це можливо.

Кожен повинен навчитись хоча б двома техніками релаксації, коли виконання фізичних вправ не можливо. Одна з них зменшує надмірну напругу без відриву від виконання завдань, а інша – забезпечує глибоку релаксацію навіть в умовах сильного стресу [17].

Під час навчальної діяльності мають вироблятися навички психологічної адаптації до стресу для постійного практикування у повсякденному житті.

Техніки управління стресом включають: глибоке дихання, розслаблення м'язів і когнітивні вправи.

Глибокому диханню навчаються найшвидше, а всі інші техніки вимагають більш тривалого навчання і часу.

Нижче наведемо корисні техніки, які можна використовувати поодиночі чи в поєднанні [17].

### *Техніки дихання:*

*Дихання животом.* Дихаємо повільно і глибоко і тільки животом! Один глибокий вдих та повільний видих через рот може стабілізувати нерви та переключати увагу. Можна зробити 5 таких дихань для «очищення» голови. А якщо робити безперервно, то можна сприяти засинанню. Діафрагмальне дихання (рухається тільки нижня частина живота без грудної клітини) ефективно для контролю напруги.

Суть *дихальної медитації* полягає в тому, що ми зосереджуємо увагу на своєму диханні, особливо, коли видихаємо, промовляючи кожного разу якусь фразу, наприклад «розслабся» знову і знову, вивільняючи всі інші думки з голови.

*Вправи на релаксацію м'язів* трошки складніші, вони складаються з концентрації уваги на різних групах м'язів, напруження та розслаблення кінцівок, щоб розслабити все тіло. Експрес-версія для виконання завдань – напружити всі м'язи одночасно, затримайте на 15 секунд або більше, а потім дозвольте їм повільно розслабитися, відпускаючи це напруження, відчуваючи тепло і важкість, відчуття, що з'являється після відпочинку і струшування напруги.

Версія глибокої м'язової релаксації – починаємо з ніг і поступово піднімаємося вгору (або навпаки від голови до ніг), напружуючи, а потім розслабляючи кожну частину тіла (кожну групу м'язів по черзі), одночасно помічаючи, як кожен м'яз відчуває тепло після розслаблення.

Розтягування. Розтягніть м'язи і суглоби, покрутіть ними і «струсіть» напруження.

Коли солдату необхідно зберігати пильність і реагувати на зміни в навколишньому середовищі, можна використовувати лише спеціальні техніки релаксації, які не впливатимуть на виконання завдання. Практикувати швидкі техніки релаксації слід так, щоб була можливість використовувати їх автоматично, без відволікання. В таких ситуаціях техніки глибокої релаксації недоцільні і небезпечні.

*Метакогнітивних вправ* полягає у створенні позитивних уявних образів, що зменшують вплив стресорів навколишнього середовища. Рекомендовано практикувати методи управління стресом і обговорювати їхнє використання в бойових ситуаціях.

Позитивне самонавіювання, само-переконання. Говоріть собі: «Легше-легше», «Не поспішай», «Я спокійний», «Я можу зробити це», «А тепер зроби це!» чи будь-які інші короткі слова- підбадьорення.

*Візуалізація власного розслаблення.* Уявіть, що ви в спокійній ситуації. Виберіть свою власну розслаблюючу ситуацію, а тоді відчуйте її, використовуючи всіма відчуттями: кольори, форми, текстуру, звуки, запахи, температуру і дотики.

*Заземлення.* Техніки заземлення дозволяють швидко змінити фокус думок, якщо вони стають розсіяними чи розмитими через надмірний стрес, сильні почуття страху або гніву. Їх можна використовувати разом з глибоким диханням, щоб відновити відносний спокій і більш цілеспрямоване мислення. Можна використовувати наступні техніки:

*Підготовка:*

- зупиніть будь-яку діяльність, якою ви займаєтеся, якщо це можливо;
- наскільки це можливо, розмістіться в безпечному місці і займіть зручну позицію;
- тримайте очі відкритими, оскільки ви плануєте перемістити вашу увагу з вашого надзвичайно тривожного внутрішнього світу до спокійнішого зовнішнього.

*Виконання:*

- подивіться навколо, і ви побачите, що ви у безпеці, не існує жодної безпосередньої загрози вашому життю чи безпеці;
- зауважте, що думки і почуття, які оволоділи вами і змусили вас тривожитися, не мають відношення до місця, де ви зараз перебуваєте;
- спробуйте уявити собі бар'єр між вами і всіма вашими тривожними відчуттями, уявно перетворюючи їх на вату, набиваючи ними контейнер і закриваючи його;
- уявіть, що контейнер з вашими тривожними думками розміщений за товстою бетонною стіною далеко від вас;
- подивіться навколо, розгляньте місце, де ви знаходитесь, і назвіть один за одним так багато предметів і кольорів як тільки можете;
- роздивіться і назвіть все, що знаходиться перед вами, ліворуч від вас, праворуч, за вами, над вами і під вами;

- якщо ви бачите будь-які друковані слова, прочитайте їх, а потім назвіть кожен літеру слова задом наперед;

- зосередьте свої думки, називаючи речі, якими ви цікавитесь, наприклад, спортивні команди, породи собак, імена артистів чи спортсменів чи телевізійні шоу;

- рахуйте повільно вперед (від 1 до 10) або назад (від 10 до 1);

- зверніть увагу як ваше тіло розміщене: на землі або на підлозі;

- потягніться і зробіть глибокий вдих.

*Перевірка і повторення:*

- перевірте себе. Якщо ви все ще відчуваєте себе в небезпеці або ваші думки нечіткі і розсфокусовані, повторіть ці вправи.

Вищевказані методики повинні виконуватись часто, поки вони не стануть автоматичними.

*Самодопомога при страху.*

Щоб попередити страх, важливо подумати, спланувати свої дії, під час бою. Заздалегідь обдумати всі можливі варіанти, де можна буде зробити укриття, вивчити маршрути, місця можливого розташування противника [25].

Страх – це відчуття, яке, з одного боку, оберігає тебе від ризикованих, небезпечних вчинків, з другого боку, кожному знайомий болісний стан, коли страх позбавляє нас здатності думати, діяти. Справитися з таким нападом страху можна спробувати самостійно за допомогою наступних прийомів[36]:

1. Сформулюйте в думках те, що викликає у Вас страх, потім проговоріть це вголос, якщо є з ким поділитись, то проговоріть свої переживання з оточуючими. Це допоможе зменшити страх.

2. При наближенні нападу страху дихай неглибоко і повільно – вдихай через рот, а видихай через ніс. Можна спробувати таку вправу: зроби глибокий вдих, затримай дихання на 1-2 секунди, видихни. Повтори вправу 2 рази. Потім зроби 2 нормальних (неглибоких) повільних вдихи-видихи. Чергуй глибоке і нормальне дихання до тих пір, поки не відчуєш себе краще.

3. Закрий на мить очі, зроби 8-10 коротких та енергійних вдихів і повільних та тривалих видихів. Після цього треба кілька разів напружити і розслабити м'язи тіла.

Повтори подумки 2-3 рази «формулу безстрашності» за типом, це є один з прийомів афірмації:

- Я спокійний і впевнений у собі;
- Я впевнений у своїх товаришах, вони ніколи не підведуть;
- Я рішучий і сміливий;
- Я до всього готовий і все зможу;
- Я, як сталева пружина – потужна, пружна, незламна;
- Моє тіло повністю підвладне мені;
- Я спокійний і впевнений у собі, я вирішував більш складні завдання, вирішу і це;
- Я до всього готовий і все зможу.

Коли людина відчуває страх, вона боїться чогось конкретного (поранення, каліцтва, втратити товаришів під час бою та ін.), а, переживаючи відчуття тривоги, людина не знає, що саме є джерелом цього відчуття. Тому стан тривоги важче, ніж стан страху [25].

1. Перетвори тривогу на страх. Постарайся зрозуміти, що саме тебе турбує. Іноді цього буває достатньо, щоб напруга знизилася, а переживання стали не такими болісними.

2. Найболісніше переживання при тривозі – це неможливість розслабитися. Напружені м'язи, в голові крутяться одні і ті ж самі думки, тому корисно буває зробити декілька активних рухів, фізичних вправ, щоб зняти напругу.

3. Складні розумові операції теж допомагають знизити рівень тривоги. Спробуй рахувати: наприклад, по черзі в думці віднімати від 100 то 6, то 7, перемножувати двозначні числа, порахувати, на яке число припадав другий понеділок минулого місяця. Можна згадувати або складати вірші, придумувати рими тощо.

*Самодопомога при панічному нападі [36].*

*1. Метод сповільненого дихання.*

Цей метод може застосовуватись у будь-який час і в будь-якому місці і триває всього декілька хвилин.

Мета метода – у момент появи страху або паніки уповільнити дихання до 8-10 вдихів за хвилину. Якщо тренуватися регулярно і навчитися «тримати» нормальне дихання завжди, то ти зможеш краще контролювати його, навіть помітивши у себе перші ознаки паніки [25].

- Для початку зосередься на своєму диханні. Якщо увага почне «блукати», спробуй повернути її до дихання.

- Потренуйся дихати діафрагмою. Поклади руку на область шлунку; на вдих – спокійно розтягуй саме ці м'язи. Одночасно намагайся під час дихання не рухати грудною клітиною і плечима. Така методика утримає тебе від судорожних, різких вдихів-видихів.

- Під час наступного вдиху затримай дихання на 10 секунд (повільно порахуй до 10). Дуже глибоко не вдихай. Якщо на десять секунд не виходить, постарайся хоча б на вісім. Повільно видихни.

- Тепер, повільно рахуючи до трьох, вдихни і, також, продовжуючи рахувати, видихни. Продовжуй дихати на рахунок три, намагаючись не робити дуже глибоких вдихів. Заспокой дихання, щоб на кожний вдих-видих було по три секунди.

- Подихай в такому темпі хоча б хвилину.

- Якщо ти все ще панікуєш, знову затримай дихання на десять секунд і повтори вправу. Повторюй її до тих пір, поки симптоми паніки не втихнуть.

Тренуючись регулярно і достатньо часто (5-6 разів на день), ти невдовзі зможеш контролювати дихання постійно. Користуйся будь-яким вільним моментом, щоб позайматися: перетвори вправу на «приховану гру», в яку ти граєш, де завгодно – коли куди-небудь їдеш або навіть стоїш. Натренувавшись, ти зможеш придушити симптоми паніки ще до того, як вони отримають повноцінний розвиток.

*Самодопомога при руховому збудженні [25; 36].*

Рухове збудження виникає, частіше за все, після сильного переляку, відразу після отримання звістки про трагічну подію або якщо людині потрібно чекати (наприклад, як чекають результати важкої операції).

Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, людські втрати і т.п.) бувають настільки сильні, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо неї. Вона не в змозі визначити, де вороги, а де ні, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати рішення, стає схожою на тварину, що кидається по клітці.

Основні ознаки рухового збудження:

- різкі рухи, часто безцільні і безглузді дії;
- ненормально гучна мова або підвищена мовленнєва активність (людина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглузді речі);
- часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази).

*Самодопомога:*

1. Спробуй спрямувати активність на яку-небудь справу. Можна зробити зарядку, пробігтися. Допоможуть будь-які активні дії.

2. Спробуй зняти зайву напругу. Для цього дихай рівно і повільно. Зосередься на своєму диханні. Уяви, як разом з повітрям ти видихаєш напругу. Помісти в тепло ноги і руки, можна активно розтерти їх до появи відчуття тепла. Поклади руку собі на зап'ястку, відчуй свій пульс, спробуй зосередитись на роботі свого серця, уявити, як воно розмірено б'ється. Сучасна медицина стверджує, що звук биття серця дозволяє відчутти себе спокійним і захищеним, оскільки це той звук, який кожна людина чує в безпечному і затишному місці – в утробі матері.

*Самодопомога при гніві, злості, агресії [25; 36].*

Гнів і злість часто відчувають люди, які переживають нещастя, – це природні відчуття. Тому, якщо ти відчуваєш гнів, необхідно дати йому вихід таким чином, щоб це не зашкодило ні тобі, ні оточуючим. Доведено, що люди,

які приховують і придушують агресію, мають більше проблем із здоров'ям, ніж ті, які уміють свій гнів виражати.

*Самодопомога* [25; 36]:

1. Гучно топни ногою (стукни рукою) і з відчуттям повтори: «Я злюся» тощо. Можна повторити кілька разів, поки не відчуєш полегшення.

2. Постарайся проговорити свої відчуття іншій людині.

3. Дай собі фізичне навантаження, відчуй, скільки фізичної енергії ти витрачаєш, коли злишся.

4. Зроби *вправу на вивільнення гніву*. Встань обличчям до об'єкту (ліжка, стільця або іншого предмету), розстав ноги приблизно на 45 см, трохи зігни коліна і завдавай ударів (палицею або власними кулаками) по об'єкту сильно, але розслаблено. «Включи» в дію все тіло. Рот тримай відкритим, дихай глибоко, не стримуй крику. Використовуй будь-які слова, що виражають відчуття гніву, наприклад, «ні!». Можеш уявити людину, з якою у тебе пов'язані незавершені емоції, або ворога і направити на нього свій гнів.

*Самодопомога при нервовому тремтінні* [25; 36].

Якщо ти відчуваєш нервово тремтіння (тремтять руки) і ти не можеш заспокоїтися, не можеш контролювати цей процес, спробуй:

1. Посилити тремтіння; тіло скидає зайву напругу – допоможи йому.

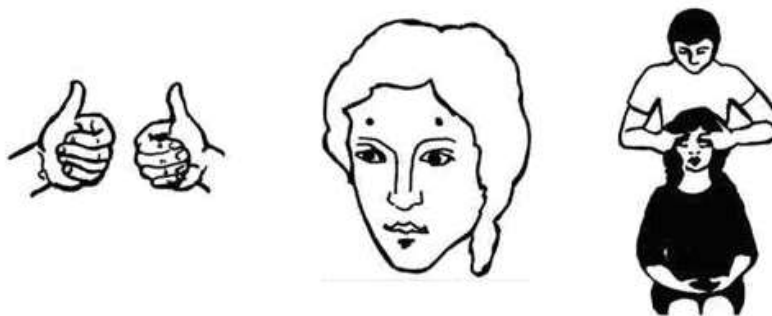
2. Не намагайся припинити цей стан, не намагайся силою утримати тремтятьчі м'язи – так ти отримаєш зворотній результат.

3. Спробуй не звертати на тремтіння уваги, через деякий час воно припиниться само по собі.

*Допомога товаришу при ступорі* [25; 36].

1. Зігни постраждалому пальці на обох руках і притисни їх до центру долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні (див. рис. 2.5).

2. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуй постраждалому точки, розташовані на лобі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями (див. рис. 2.5).



**Рисунок 2.5 – Масажні точки.**

3. Долоню своєї руки поклади на груди постраждалого. Налаштуй своє дихання під ритм його дихання.

4. Людина, знаходячись в ступорі, може чути і бачити. Тому говори їй на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Необхідно будь-якими засобами добитися реакції постраждалого, вивести його із заціпеніння.

*Самодопомога при плачі [25; 36].*

Саме через сльози виходять наші гормони стресу, тому, коли ми плачемо, ми позбавляємось їх і нам стає набагато легше. Тому плакати корисно, але і в цьому, як і в інших засобах, є своя межа.

Сльози – це добре, це зовсім не є вияв слабкості. Через плач ми отримуємо розрядку емоційну. Виховання нав'язало нам, що сльози – вияв слабкості, проте, коли не відбувається розрядки, тоді наш організм слабне, відбувається порушення як фізичного здоров'я, так і психічного. Тому, коли сильна стресова ситуація затягнулась, треба дати собі час виплакаться, не потрібно одразу «брати себе в руки».

Проте, якщо ти відчуваєш, що сльози вже не приносять полегшення і потрібно заспокоюватися, то допоможуть наступні прийоми:

1. Випий стакан води.
2. Дихай повільно, але не глибоко, концентруючись на видиху.

*Самодопомога при відчутті провини або сорому [17; 36].*

Майже кожен, хто втратив людину чи пережив насильство, відчуває почуття провини або сорому. Самому вкрай важко подолати ці почуття. Вони

постійно тривожать людину. Починається порушення сну, апетиту і образ ужиття взагалі.

*Самодопомога [17]:*

1. Коли хочете поговорити про свої почуття, то намагайтесь не включати почуття провини, використовуючи на ступні фрази: «мені соромно» або «я винний», а краще використати такі словосполучення: «я жалкую», «мені шкода». Адже слова несуть велике значення, вони заряджені енергією.

2. Якщо важко виражати емоції вголос, то можна написати листа. Адресатом можете бути як і Ви, так і людина, яку втратили, чи яка пішла з Вашого життя.

Кризове консультування – це одна з найбільш дієвих та актуальних форм психологічного консультування в екстремальній діяльності. Її мета полягає у попередженні посттравматичних розладів, запобіганню суїцидів, профілактики дезадаптації працівників [30].

Кризове консультування досить ефективний психопрофілактичний засіб, який є значно доступнішим порівняно з іншими видами психологічної допомоги, які потребують значних часових витрат, певної підготовки, обладнання тощо.

Процес надання психологічної допомоги може бути розділена на три стадії [27]:

1. Найперше та найголовніше – встановлення безпечного контакту, що дасть змогу отримати доступ до «закритої» зони травматичного матеріалу;

2. Консультативна, терапевтична або корекційна допомога, зорієнтована на травму, поєднана з глибинним дослідженням травматичного матеріалу, роботою з униканням та відчуженістю;

3. Стадія, яка допомагає особі дистанціюватися від травми і возз'єднатися з сім'єю, друзями та суспільством.

Окрім того, певні елементи і принципи кризового консультування мають загальний характер. До основних принципів кризового консультування відносяться: емпатійний контакт, короткостроковість, невідкладність, високий

рівень активності психолога-консультанта, обмеження цілей консультування, що передбачає фокусування на основній конкретній проблемі, інтенсивна ситуативна підтримка [30].

Дієвим засобом психологічної допомоги, який може бути застосований в процесі психологічного консультування працівників, які перебували в екстремальних умовах діяльності, є кризова інтервенція [27].

Головною метою кризової інтервенції є уникнення госпіталізації чи хроніфікації симптомів, які виникають унаслідок кризових ситуацій. Мета кризової інтервенції полягає у загальній підтримці людини та її оточення, у здатності активізувати ресурси для саморегуляції та самодопомоги [30].

Кризова інтервенція – це сильна робота, що допомагає виражати сильні емоції постраждалого, відкрити доступ для дослідження гострих проблем та формування розуміння нагальних проблем. Це психологічна підтримка, фундамент для прийняття пережитого досвіду. В загальному – це допомога психолога постраждалому у розумінні змісту того, що відбулось, у відновленні почуття контролю над своїми емоціями, життя, відновлення самооцінки [17].

Присутність психолога досить важлива для клієнта, що пережив екстремальні події, адже він переносить себе повністю у взаємодію з фахівцем. Тому психологи повинні бути готові емоційно реагувати та співпереживати постраждалим працівникам, уміючи при цьому дистанціюватися.

Процес вербалізації пережитого досвіду черезконсультування має величезне значення в наданні психологічної підтримки. Психолог виступає в ролі слухача і допомагає працівникові сформулювати свої думки, висловитися, поділитися пережитим.

Як відомо, внутрішня робота з асиміляції нового, в тому числі, травматичного, досвіду проходить через процес вербалізації [27].

Терапевтичні відносини, побудовані на підставі діалогу, мають деякі специфічні характеристики. Контроль за ходом бесіди – це прояв відповідальності консультанта. Тільки лише слухання, навіть самого чуйного, в більшості ситуацій недостатньо. Прояв активності в обмеженні змісту промови

клієнта і утримання фокусу на певних скаргах, темах, ситуаціях дозволяє консультанту формулювати і перевіряти початкові гіпотези щодо працівника (як клієнта) і його проблем, тим самим з максимальною користю використовувати потенційну можливість їх вирішення [17].

Розповідаючи про свої проблеми та труднощі, особа формулює проблемну ситуацію. Психологічні проблеми не існують самі по собі, їх можна виділити лише з контексту. До появи чи загострення дисгармонії завжди призводять конкретні життєві та професійні ситуації. Переживання клієнт кризової ситуації – це процес, що триває певний час. З боку психолога йому відповідає зустрічний процес – співпереживання.

Процес співпереживання включає: докладну розмову про кризову ситуацію; емпатичне розуміння і безумовне прийняття консультантом емоційної реакції співробітника на кризову ситуацію, вербалізація психологом його почуттів, його ставлення до тих чи інших елементів чи учасників кризової ситуації; оцінка переживань співробітника як природних в даній ситуації. Окремим елементом психологічної підтримки постраждалого є визнання психологом його страждань. Психологу необхідно вербально підтвердити розуміння того, що він зазнав певних емоційних потрясінь, серйозно поставитися до його переживань та турбот у конкретній ситуації [17].

Існує ряд прийомів, які сприяють найбільш успішному здійсненню техніки слухання. Зазвичай їх об'єднують в єдину групу під назвою «Прийоми активного слухання». Активне слухання дозволяє завоювати довіру клієнта, зібрати максимально повну інформацію про нього та його проблеми. До прийомів активного слухання відносяться такі [27]:

1. Кивання головою і використання вигуків «так», «угу».
2. Питання-відлуння: дослівне повторення основних положень висловлених працівником.
3. Уточнення, при яких психолог просить уточнити окремі положення, висловлювання працівника.

4. Переформулювання – полягає у поверненні сенсу висловлювання працівника консультантом за допомогою використання інших слів, мовних оборотів.

5. Відображення емоцій відбувається при прямому описі переживань, які психолог помітив у поведінці працівника.

Важливим для кризової інтервенції є також позитивне підкріплення емоційного стану працівника.

Ефективною технікою впливу на емоційний стан є навіювання, яке має цілеспрямований, неаргументований характер. При навіюванні здійснюється процес передачі інформації, заснованої на її некритичному сприйнятті. Навіювання відрізняється і від переконання: воно безпосередньо викликає певний психологічний стан без доводів та критичного сприйняття.

На кожному етапі консультативного процесу психолог-консультант використовує спеціальні прийоми та техніки [30]:

- «Відзеркалення» – прийом полягає в непомітному для працівника повторенні його висловів і рухів.

- «Перифраза» – коротка, поточна репліка психолога, яку він вимовляє під час сповіді працівника і призначена для прояснення, уточнення значення того, що він говорить.

- «Узагальнення» – прийом, який зовні чимось нагадує перифразу, але відноситься не до того останнього, що сказав працівник, а до цілого вислову, який складається з декількох думок або пропозицій.

- Прийом емоційної підтримки – психолог уважно вислуховує працівника, слідує за його думкою, намагаючись в потрібні моменти виражати підтримку його висловлювань, зокрема демонструвати позитивні емоції.

- Постановка перед клієнтом питань, які стимулюють його мислення. Підведення підсумків змісту думок, висловлювань та почуттів.

- Уточнення змісту та почуттів. Запропонувати йому назвати свої почуття, визначити та виразити їх.

Інформування постраждалого представляє досить делікатний і складний процес, оскільки передбачає не тільки неупереджене надання фактів, а й урахування можливих його реакцій на інформацію.

Ще одним важливим та доцільним елементом психологічного консультування клієнтів, які перебувають в екстремальних умовах діяльності, є навчання їх навичкам саморегуляції.

Надзвичайно актуальним питанням для процесу психологічного консультування є його ефективність.

Зазвичай основним джерелом інформації про ефективність консультування є сам клієнт, надана їм оцінка.

Отже, психологічна консультація є дієвим та доступним методом психологічної особам після їх перебування в екстремальних умовах діяльності. Даний метод психолог може застосовувати іноді навіть в несприятливих умовах, за відсутністю певного обладнання та комфорту (що в цілому є важливим фактором роботи психолога). Дотримання принципів кризового консультування, емпатійний контакт, високий рівень активності психолога-консультанта дозволяє вчасно надати необхідну допомогу та виграти час для включення в дію механізмів психологічної адаптації клієнта [17; 27].

## Висновки до розділу

У цьому розділі було проведено емпіричне дослідження. Нами було використано комплекс клініко-психопатологічних і психодіагностичних методик спрямований на дослідження 6 факторів, які, на нашу думку, є ключовими при побудові психологічної реабілітації комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів. До цих факторів входять: наявність ознак ПТСР; наявність ознак стресу; наявність ознак тривожності; наявність ознак депресії; приховані та наявні ознаки агресивності та девіантної поведінки.

Використано такі методики: Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory), Методика «Діагностика показників та форм агресії» (А.Басса - А.Дарки в адаптації А. Осницького), Методика «Опитувальник травматичного стресу», Котеньов І.О., Тест оцінювання агресивності у стосунках (А. Ассінгера).

Виявлено, що існує несуттєва відмінність між комбатантами та нонкомбатантами, різниці майже не видно. З тими поліцейськими, в яких було виявлено гострий стресовий розлад та посттравматичний, ефективно працювали психологи центру психіатричної допомоги та психологічні служби даних підрозділів.

Відповідно, за результатами тестів на виявлення агресивності, можна сказати, що у деяких досліджуваних можлива наявність професійного вигорання. Це означає, що психологічним службами необхідно проводити тренінгові роботи, корекційну роботу, по зменшенню професійної деформації поліцейських.

## ВИСНОВКИ

Проаналізовано за теоретичним дослідженням особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками зони ООС. Відповідно до цього було проведено емпіричне дослідження, що дало змогу зробити відповідні висновки, що все ж до основних симптомів ПТСР слід віднести:

1. Повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття.
2. Сновидіння про пережиту подію, які повторюються та викликають тривогу.
3. Такі дії та відчуття, начебто психотравмуючі події відбуваються знову.
4. Намагання уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних з травмою.
5. Часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми.
6. Втрата інтересу до раніш значимих видів діяльності чи участі в них.
7. Відчуття відгородженості від оточуючих.
8. Звуження діапазону афективної реакції.
9. Нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу.
10. Ускладнення при засинанні та розлади тривалості сну.
11. Роздратованість та спалахи гніву.
12. Труднощі при концентрації уваги.
13. Немотивована пильність.
14. Посилена реакція переляку.

В залежності від труднощів, які долаються у ході виконання бойових завдань, формується зміст психічних якостей бійців. Вони складають психічну стійкість, досягнути їх можна за допомогою моделювання під час бойової підготовки умов майбутньої бойової діяльності. Це може бути як теоретична ознайомленість в/с, так і його практична підготовленість до подолання різних

стрес-факторів. Вона свідчить про його психічну підготовленість до бойових дій, до першого бойового завдання.

Визначено, що є основні структурні елементи психологічної готовності. Наприклад: *мотиваційний* – прагнення людини подолати її труднощі майбутнього бою, оцінка свої можливостей до управління психічними станами на основі досвіду.

*Емоційний* – це почуття впевненості або сумніву у своїй готовності до бою. Найголовніше тут – навчитись боротись зі своїми страхами.

*Вольовий компонент* свідчить про здатність долати труднощі сучасного бою, сміливо діяти.

Коли командир планує завдання до психологічної підготовки, він має враховувати, що вони мають бути важкими, проте доступними для розуміння. Важливо враховувати початковий рівень готовності особового складу. Якщо завдання виявляться вкрай важкими, то процес формування психологічної готовності буде безуспішним.

Було виявлено, що, коли людині неможливо досягнути важливих результатів для подолання стресової ситуації, у неї виникає напружений стан, що не тільки змінює гормональний стан, а й порушує гомеостаз організму. За деяких випадків стрес стає причиною серйозних розладів.

Визначено, що є основні принципи роботи з бойовим стресом. По-перше, треба переконатись, що немає ніякої фізичної травми чи ушкодження. Адже вони можуть спричинити емоційні та поведінкові зміни, бо симптоматика схожа. Це може бути і травма голови, і контузія, і вдихання газів тощо.

По-друге, важливо сприймати емоційні розлади так само серйозно, як і фізичні травми. Не можна заставити людину одразу «взяти себе в руки» через те, що одні одразу можуть мобілізувати, а інші – ні. На жаль, більшість думає, що емоційні та психічні розлади - це щось вигадане, і що з ними можна справитись, використовуючи силу волі. Ніби зупинити артеріальну кровотечу, наклавши джгут.

I, по-третє, необхідно розподілити потерпілих за ступенем важкості стресових реакцій (легкі, важкі).

Психологічна допомога людям, які пережили надзвичайну ситуацію, необхідно розглядати як психологічне супроводження особистості, спрямоване на позитивні зміни з метою інтеграції та розвитку всіх рівнів індивіда. Це достатньо складе завдання в сучасних соціально-політичних, соціально-економічних умовах. Психологу необхідно пам'ятати, що для того, щоби допомогти людині, необхідно знати основні методи надання психологічної допомоги, вміти вибрати найефективніші з них для конкретного клієнта, вміти застосовувати їх. Для роботи з психотравмованими особами необхідна також особистісна зрілість. Психолог має бути психічно стійким, надійним, врівноваженим, усвідомлювати свої переваги та обмеженість власних можливостей.

Надаючи психологічну допомогу постраждалим психологу необхідно пам'ятати, що їх реакції нормальні і відповідають ситуації, яку вони пережили.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В.А. Бодров. – М.: ПЕР СЭ, 2006 - 352 с.
2. Боярова Д.І. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій / Д.І. Боярова // Професійний розвиток та становлення особистості сучасного фахівця в умовах освітнього простору. Матеріали VIII-ї Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (Хмельницький, 14-15 листопада 2019 р.) / За редакцією доц.. Р.П. Попелюшко / М-во освіти і науки України, Хмельницький нац.. ун-т, Каф. Психології та педагог. - Хмельницький: ПП Гонта, 2019. - С. 12-15.
3. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. - СПб.: Питер, 2006. - 520 с.
4. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. СПб.: Питер, 2001 – 304 с.
5. Варбан Є.О. Життєва криза: поняття, концепції та прояви / Є.О. Варбан // Проблеми сучасної психології. - Вип. 8. Кам'янець-Подільський : Аксіома, - 2010. - С. 120-133.
6. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Навч. посіб. / І.В. Ващенко, О.Г. Антонова. Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України. - К. : Знання, 1998. – 289 с.
7. Введение в профессию: основы деятельности психолога батальона, полка: Учебно-методическое пособие. - М.: ГУВР ВС РФ, 2004. – 166 с.
8. Водопьянова Н. Старченкова Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика. – СПб.: Питер. 2005. - 336 с.
9. Гаврилец І.Г. Психофізіологія людини в екстремальних ситуаціях. Навчальний посібник. – Київ: К.:ЗАТ «Віпол», 2006. - 188 с.
10. Гринберг Дж. Управление стрессом / Джеррольд Гринберг; [Пер. с англ. Л. Гительман, М. Потапова]. - СПб.: Питер, 2002. - 495 с.

11. Екстремальна психологія : підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. - Х.: УЦЗУ, 2007. - 502 с.

12. Збірник методик для діагностики негативних станів військовослужбовців // Агаєв Н.А., Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. - Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – С. 121-176.

13. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека / Е.П. Ильин. - М.: ПИТЕР, 2005. - 411 с.

14. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р.В. Кадыров. – Санкт-Петербург : Речь, 2012. - 448 с.

15. Кириленко Т.С. Психологічні проблеми переживань травмуючих ситуацій. Матеріали конференції «Психологія життєвої кризи особистості». Журнал «Наукові студії із соціальної та політичної психології». Вип.4 (7). - Київ, 2000.

16. Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. - Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. – 281 с.

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

18. Колодзин Б. Как жить после психической травмы / Б. Колодзин. - М.: Изд-во. Москва, 1992. - 95 с.

19. Корольчук М.С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М.С. Корольчук, В.М. Крайнюк, Т.І. Кочергіна. – Київ: ІНКОС, 2002 – 272 с.

20. Котенёв И.О. Психологическая диагностика постстрессовых

состояний у сотрудников органов внутренних дел: Метод. пособие для практических психологов. - Москва: МЦ при ГУК МВД России, 1997. - 40 с.

21. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции / А.Б. Леонова // Психологический журнал. - 2004. Т.25. - №2. - С.75-85.

22. Лебедев Д.В., Лебедева С.Ю., Назаров О.О., Онщенко Н.В., Садковий В.П., Садковий О.В., Тімченко О.В. Відношення до життя та смерті в умовах надзвичайної ситуації: ціннісно-смысловий аспект: Монографія. - Х.: УЦЗУ, 2009. - 128 с.

23. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. - Москва: ЭКСМО, 2005. - 960 с.

24. Мисо Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности жизненной перспективы у ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психол. журнал. 2004. – Николаев: Т.25 №3 - С. 44-52.

25. Міністерство оборони України науково-дослідний центр гуманітарних проблеми ЗСУ. Прийоми психологічної самодопомоги учасникам бойових дій/ Міністерство оборони України науково-дослідний центр гуманітарних проблем ЗСУ. – 2014.

26. Моисеева О.Ю. Психодиагностика индивидуальных особенностей личности. Часть 2. Психодиагностика характера: Учебно-методическое пособие. - Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2007. - 253 с.

27. Особистісний вибір: психологія відчаю та надії / За ред. Т.М. Титаренко. - Київ: Міленіум, 2005. - 336 с.

28. Пантилеев С.Р. Практикум по психодиагностике. Руководство по интерпретации / С.Р. Пантилеев, А.В. Визгина, И.М. Карлинская, Т.Н. Степанова, Л.Л. Яшина. - Москва, 2000.

29. Попелюшко Р.П., Боярова Д.І. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій / Р.П. Попелюшко, Д.І. Боярова // збірник наукових праць Запорізького національного університету та Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН

України / За ред. С.Д. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. – Запоріжжя: ЗНУ, 2019. – № 2 (16) – С. 97-102с.

30. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теории и методы / Н.В. Тарабрина [и др.]. – Москва: Когито-Центр, 2007. – 208 с.

31. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. - М.: АСТ, 2002. - 479 с.

32. Розов В.И. Психология экстремальных ситуаций: адаптивность к стрессу и психологическое обеспечение: научно-практическое пособие / В.И. Розов. - К.: КНТ; Саммит-Книга, 2012. - 480 с.

33. Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие / Сост. Е.Е. Миронова. - Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. - 155 с.

34. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Теория и практика: монография // Н.В. Тарабрина. - Москва: Институт психологии РАН, 2009. - 305 с.

35. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

36. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу ЗСУ (методичні рекомендації) [Електронний ресурс]. – 2014. – Режим доступу до ресурсу: [https://www.mil.gov.ua/content/pdf/avp\\_book.pdf](https://www.mil.gov.ua/content/pdf/avp_book.pdf).

37. Настанова з психологічної підготовки особового складу підрозділів сухопутних військ [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: [file:///C:/Users/ViewSonic/Downloads/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0\\_%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85-%D0%BF%D1%96%D0%B4%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%BA%D0%B0-%D0%9F%D0%A1%D0%92%D0%97%D0%A1%D0%A3.doc](file:///C:/Users/ViewSonic/Downloads/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0_%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85-%D0%BF%D1%96%D0%B4%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%BA%D0%B0-%D0%9F%D0%A1%D0%92%D0%97%D0%A1%D0%A3.doc).

38. ОЛЕНА ЛЮТА. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій [Електронний ресурс] / ОЛЕНА

ЛЮТА – Режим доступу до ресурсу:  
<https://narkosumy.lic.org.ua/statti/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad-u-vijskovosluzhbovtsiv-uchasnykiv-bojovyh-dij/>.

39. Особливості реагування на травматичну стресову подію [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: [http://psychology-naesua.institute/userfiles/files/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%86%D0%91%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0%20%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%BC%2017\\_03\\_2015.pdf](http://psychology-naesua.institute/userfiles/files/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%86%D0%91%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0%20%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%BC%2017_03_2015.pdf).

40. Психологічна корекція посттравматичних стресових розладів [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу:  
[https://www.naiu.kiev.ua/files/kafedru/up/zaochka/NMK\\_13.doc](https://www.naiu.kiev.ua/files/kafedru/up/zaochka/NMK_13.doc).

41. Тест А. Ассінгера (оцінювання агресивності у стосунках) [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу:  
<http://www.personal.in.ua/article.php?ida=526>.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА

Ім'я, прізвище:

Дата:

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

№		
1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя - це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
(6)	1. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 2. Я допускаю, що заслуговую покарання. 3. Я вважаю, що маю бути покараний. 4. Я відчуваю, що доля карає мене.	
7	0. Я в основному задоволений тим, ким я є. 1. Я незадоволений собою. 2. Я гидкий собі. 3. Я ненавиджу себе.	

## Продовження Додатку А

<b>(8)</b>	<p>0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.</p> <p>1. Я критикую себе за слабкості та помилки.</p> <p>2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.</p> <p>3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.</p>	
<b>9</b>	<p>0. У мене не виникає думок про самогубство.</p> <p>1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.</p> <p>2. Я хочу вмерти і планую самогубство.</p> <p>3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.</p>	
<b>(10)</b>	<p>0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.</p> <p>1. Я плачу частіше, ніж звичайно.</p> <p>2. Я увесь час плачу.</p> <p>3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.</p>	
<b>(11)</b>	<p>0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.</p> <p>1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.</p> <p>2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.</p> <p>3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.</p>	
<b>12</b>	<p>0. Я не втратив цікавості до людей.</p> <p>1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.</p> <p>2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.</p> <p>3. Люди мені глибоко байдужі.</p>	
<b>13</b>	<p>0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.</p> <p>1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.</p> <p>2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.</p> <p>3. Я не в стані приймати жодних рішень.</p>	
<b>14</b>	<p>0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.</p> <p>1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.</p> <p>2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.</p> <p>3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.</p>	
<b>15</b>	<p>0. Мені працюється так, як і раніше.</p> <p>1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.</p> <p>2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці.</p> <p>3. Я не в стані працювати.</p>	
<b>(16)</b>	<p>0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.</p> <p>1. Я сплю гірше, ніж раніше.</p> <p>2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.</p> <p>3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.</p>	
<b>17</b>	<p>0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.</p> <p>1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.</p> <p>2. Я втомлююся від будь-якого заняття.</p> <p>3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.</p>	
<b>18</b>	<p>0. У мене нормальний апетит.</p> <p>1. У мене погіршився апетит.</p> <p>2. У мене майже відсутній апетит.</p> <p>3. У мене зовсім нема апетиту.</p>	

## Продовження Додатку А

(19)	1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. -1- Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні	
(20)	0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.	
(21)	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.	

*Обробка результатів*

За відповіді нараховується:

“а” - 0 балів,  
 “б” - 1 бал,  
 “в” - 3 бали,  
 “г” - 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

*Інтерпретація результатів*

Ступінь депресії:

0-4 бали - депресія відсутня;

5-7 бали - легкий ступінь депресії;

8-15 бали - середній ступінь депресії;

16 і більше балів - високий рівень депресії [12, с. 121; 16; 32].

## Додаток Б

Призначений для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень.

## Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

*Інструкція:* “Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому стану або поглядам у даний час.

У кожній колонці на бланку відповідей під номером твердження обведіть цифру, що означає Вашу відповідь:

5 = “абсолютно вірно”;

1 = “скоріше вірно”;

2 = “частково вірно, почасти невірно”;

2 = “скоріше невірно”;

1 = “абсолютно невірно”.

№ з/п	Твердження	Ваші відповіді				
		5	4	3	2	1
1.	Вранці я прокидаюся свіжим та відпочилим.	5	4	3	2	1
2.	Я добре координую свої рухи.	5	4	3	2	1
3.	Я відчуваю втому.	5	4	3	2	1
4.	Мені необхідно докладати зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.	5	4	3	2	1
5.	Раптово у мене буває сильне серцебиття.	5	4	3	2	1
6.	Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.	5	4	3	2	1
7.	Світ, який мене оточує, здається нереальним.	5	4	3	2	1
8.	Я здригаюся від раптового шуму.	5	4	3	2	1
9.	Я настільки живо згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх.	5	4	3	2	1
10.	Я абсолютно здоровий фізично.	5	4	3	2	1
11.	Мені приносить задоволення знаходитися серед людей.	5	4	3	2	1
12.	Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.	5	4	3	2	1

## Продовження ДодаткуБ

13.	Мене не можна звинуватити в тому, що я розсіяний.	5	4	3	2	1
14.	Я часто бачу один і той же страшний сон.	5	4	3	2	1
15.	Безумовно, я винуватий перед людьми.	5	4	3	2	1
16.	Дурниці дратують мене.	5	4	3	2	1
17.	Я намагаюся не дивитися телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій.	5	4	3	2	1
18.	Мені подобається моя робота.	5	4	3	2	1
19.	Я пережив серйозну втрату.	5	4	3	2	1
20.	Я добре висипаюся ночами.	5	4	3	2	1
21.	Я ніколи не бачу страшних снів.	5	4	3	2	1
22.	Іноді мені хочеться напитися.	5	4	3	2	1
23.	Мої близькі сильно турбуються через мою роботу.	5	4	3	2	1
24.	У мене буває відчуття, що час тече ніби уповільнено.	5	4	3	2	1
25.	Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.	5	4	3	2	1
26.	Багато речей втратили для мене інтерес.	5	4	3	2	1
27.	Без жодного приводу я можу вийти із себе.	5	4	3	2	1
28.	Мені слід було б дотримуватися дієти.	5	4	3	2	1
29.	Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.	5	4	3	2	1
30.	Буває, що я забуваю речі.	5	4	3	2	1
31.	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.	5	4	3	2	1
32.	Мені необхідно краще контролювати емоції.	5	4	3	2	1
33.	Минулі події підчас згадуються більш яскраво, ніж те, що відбувається зараз.	5	4	3	2	1
34.	Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.	5	4	3	2	1
35.	Я прокидаюся від раптового страху.	5	4	3	2	1
36.	Мені доводиться докладати великих зусиль, щоб працювати в колишньому ритмі.	5	4	3	2	1
37.	Часом я відчувають озноб.	5	4	3	2	1
38.	Мені хочеться допомагати людям, які потрапили в біду.	5	4	3	2	1
39.	Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами.	5	4	3	2	1

## Продовження Додатку Б

40.	Я відчуваю себе більш досвідченою людиною, ніж багато хто з моїх однолітків.	5	4	3	2	1
41.	Мені важко заснути.	5	4	3	2	1
42.	Я відчуваю самотність.	5	4	3	2	1
43.	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім	5	4	3	2	1
44.	Я відчуваю, що стаю іншою людиною.	5	4	3	2	1
45.	Часом мене радують найнезначніші речі.	5	4	3	2	1
46.	Я відчуваю прилив сил.	5	4	3	2	1
47.	Вранці я дуже важко прокидаюся.	5	4	3	2	1
48.	Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.	5	4	3	2	1
49.	Я відчуваю сором.	5	4	3	2	1
50.	Зазвичай, я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.	5	4	3	2	1
51.	Я настільки міцно сплю, що гучні звуки або яскраве світло не можуть мені перешкодити.	5	4	3	2	1
52.	Мені кажуть, що я скрикую уві сні.	5	4	3	2	1
53.	Я часто думаю про майбутнє.	5	4	3	2	1
54.	Іноді я серджуся.	5	4	3	2	1
55.	Я боюся, що можу накоїти щось всупереч своїм намірам.	5	4	3	2	1
56.	Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.	5	4	3	2	1
57.	Останнім часом мій настрій погіршився.	5	4	3	2	1
58.	Мені немає на кого покластися.	5	4	3	2	1
59.	Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.	5	4	3	2	1
60.	Безумовно, я люблю ризикувати.	5	4	3	2	1
61.	Мені подобається "чорний гумор".	5	4	3	2	1
62.	Я в усьому покладаюся на самого себе.	5	4	3	2	1
63.	Я постійно відчуваю потребу що-небудь їсти, навіть не відчуваючи голоду.	5	4	3	2	1
64.	Іноді мені здається, що я заплутався в житті.	5	4	3	2	1
65.	Мені здається, що я не зумів зробити те, що від мене	5	4	3	2	1
66.	Я відчуваю інтерес і смак до життя.	5	4	3	2	1

## Продовження Додатку Б

67.	Мені весело та легко в компанії друзів.	5	4	3	2	1
68.	Я багато і плідно працюю.	5	4	3	2	1
69.	Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ.	5	4	3	2	1
70.	Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.	5	4	3	2	1
71.	Я ніколи не відчував страху.	5	4	3	2	1
72.	Мені було б корисно побути на самоті.	5	4	3	2	1
73.	Роблячи яку-небудь справу, я часто думаю зовсім про інше.	5	4	3	2	1
74.	Моє життя різноманітне і насичене подіями.	5	4	3	2	1
75.	Я ніколи не вчиняв так, щоб потім було б соромно.	5	4	3	2	1
76.	Чужі труднощі мало кого хвилюють.	5	4	3	2	1
77.	Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки.	5	4	3	2	1
78.	Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.	5	4	3	2	1
79.	У житті мені довелося пережити таке, що краще не згадувати.	5	4	3	2	1
80.	Я гостро сприймаю чужу біль.	5	4	3	2	1
81.	Мені здається, що я втратив здатність радіти життю.	5	4	3	2	1
82.	Мене турбують головні болі.	5	4	3	2	1
83.	Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону.	5	4	3	2	1
84.	Я не проти додаткового заробітку.	5	4	3	2	1
85.	Сторонні звуки відволікають мене.	5	4	3	2	1
86.	Я намагаюся не вступати в бійку, якщо справа мене не стосується.	5	4	3	2	1
87.	Я вірю в торжество справедливості.	5	4	3	2	1
88.	Моє серце працює як звичайно.	5	4	3	2	1
89.	Іноді я приймаю пігулки.	5	4	3	2	1
90.	Є речі, які я не можу собі пробачити.	5	4	3	2	1
91.	Безумовно, мені потрібен час, щоб опанувати себе.	5	4	3	2	1
92.	Алкоголь добре знімає будь-який стрес.	5	4	3	2	1
93.	Я не схильний скаржитися на здоров'я.	5	4	3	2	1
94.	Мені хочеться все трошити на своєму шляху.	5	4	3	2	1
95.	Більшість людей стурбовані лише власним благополуччям.	5	4	3	2	1
96.	Мені важко стримувати свій гнів.	5	4	3	2	1

## Продовження Додатку Б

97.	Я не вважаю, що правий той, хто сильніший.	5	4	3	2	1
98.	Я ніколи не втрачав свідомість.	5	4	3	2	1
99.	Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.	5	4	3	2	1
100.	Я придбав у житті хороших друзів.	5	4	3	2	1
101.	Мене вважають урівноваженою людиною.	5	4	3	2	1
102.	Нервові напруження добре знімає сауна.	5	4	3	2	1
103.	Я відчуваю розгубленість.	5	4	3	2	1
104.	Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.	5	4	3	2	1
105.	Я працюю, не відчуваючи втоми.	5	4	3	2	1
106.	Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.	5	4	3	2	1
107.	Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.	5	4	3	2	1
108.	Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.	5	4	3	2	1
109.	Я відчуваю себе цілком впевненим.	5	4	3	2	1
110.	Мені є за що дякувати долі.	5	4	3	2	1

## Продовження Додатку Б

Таблиця 1 – Ключ

ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)	ГСР (гострий стресовий розлад)
A (1): подія травми - 19, 39, 79	A (1): подія травми - 19, 39, 79
B: повторне переживання травми (“вторгнення”) -	B: дисоціативні симптоми -
B (1) - 33, 48	B (1) - 6, (109)
B (2) - 14, 35,52, (21)	B (2) - 4, 103
B (3) - 9	B (3) - 7, 34
B (4) - 49,90	B (4) - 44
B (5) - 5	B (5) - 43
C: симптоми “уникнення” -	C: повторне переживання травми (“вторгнення”) -
C (1) - 29, 79	c (1) - 33,48
C (2) - 17	c (2) - 14, 35, 52, (21)
C (3) - 43	c (3) - 9
C (4) - 26, (66,74)	c (4) - 49, 90
C (5) - 31,42	d: симптоми “уникнення” -
C (6) - 81	б (1) - 29,79
C (7) - (53,78)	б (2) - 17
D: симптоми гіперактивації -	e: симптоми гіперактивації -
B (1) - 41, (20,51)	e (1) - 41, (20,51)
B (2) - 16,27,32,96	e (2) - 16,27,32,96
O (3) - 85,108, (13)	e (3) - 85, 108, (13)
B (4) - 8,104	e (4) - 8, 104
B (5) - 12,107	e (5) - 12, 107
	e (6) - 105, (46)
F: дистрес і дезадаптація -	f: дистрес і дезадаптація -
3, 36, 57,91 (11,68)	3, 36, 57, 70, 91
L (“неправда”) - 71, (30,54,84,89); Ag (“агравация”) - 25,28, (93); Di (“дисимуляція”) - 50,93,(28); Depres (“депресія”) - (1), 6, 15, 24, 26, 36, 42, (46), 57, (66), (67), (78), 81, 90, (109).	

*Примітка:* “прямі” твердження позначені номерами без дужок, номери “зворотних” тверджень подані в дужках.

#### *Обробка результатів*

Простим підсумовуванням підраховуються значення контрольних і основних субшкал ПТСР і ГСР [12; 16; 19; 24; 32;]:

L (неправда), Ag (агравация), Di (дисимуляція), depres (депресія);

ПТСР: A (1) (подія травми), B (повторне переживання травми - “вторгнення”), C (симптоми “уникнення”), D (симптоми гіперактивації), F (дистрес і дезадаптація) [12; 16; 19; 24; 32;];

## Продовження додатку Б

ГСР: А (1) (подія травми), Б (дисоціативні симптоми), с (повторне переживання травми - “вторгнення”), d (симптоми “уникнення”), е (симптоми гіперактивації), f (дистрес і дезадаптація) [12; 16; 19; 24; 32;].

Підраховується сума відповідей на твердження за кожною із шкал (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента - 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді - 5, 4, 3, 2, 1) [12; 16; 19; 24; 32;].

Підсумкові показники ПТСР і ГСР отримуються в результаті підсумовування значень основних субшкал [12; 16; 19; 24; 32;]:

$$\text{ПТСР} = \text{A (1)} + \text{B} + \text{C} + \text{D} + \text{F};$$

$$\text{ГСР} = \text{A (1)} + \text{B} + \text{c} + \text{d} + \text{e} + \text{f}$$

Отримані “сирі” значення переводяться в Т-бали за запропонованими нижче таблицями окремо для чоловіків і жінок [12; 16; 19; 24; 32;].

## Продовження Додатку Б

Таблиця 2 - (для чоловіків)

Т-Бал	Б		Бі	A(1)	в	С	Б	Б	A(1)	в	С	б	Е	F	Т-бал
98	30														98
96	29														96
94	28	15													94
92	28				44	48									92
90	27	14			43	47		26			40			23	90
88	26				42	46	58	26		28	39		64	23	88
86	25	13			41	45	57	25		28	38	15	62	22	86
84	25	13			39	44	55	24		27	36		61	21	84
82	24				38	43	54	24		26	35	14	59	21	82
80	23	12			37	42	52	23		25	34	14	58	20	80
78	23				36	41	51	22		25	33		56	20	78
76	22	11			35	39	49	22		24	32	13	55	19	76
74	21	11			34	38	48	21	15	23	31		53	18	74
72	21	10		15	33	37	46	20	15	22	30	12	52	18	72
70	20	10	16	14	32	36	45	20	14	21	29	12	50	17	70
68	19		15	13	31	35	43	19	13	21	28	11	49	17	68
66	19	9	15	13	30	34	42	18	13	20	27	11	48	16	66
64	18		14	12	28	33	40	17	12	19	26		46	15	64
62	17	8	14	11	27	32	39	17	11	18	25	10	45	15	62
60	17	8	13	11	26	30	38	16	11	18	24		43	14	60
58	16		13	10	25	29	36	15	10	17	23	9	42	14	58
56	15	7	13	10	24	28	35	15	10	16	22	9	40	13	56
54	14		12	9	23	27	33	14	9	15	21	8	39	12	54
52	14	6	12	8	22	26	32	13	8	15	20	8	37	12	52
50	13	6	11	8	21	25	30	13	8	14	19	7	36	11	50
48	12	5	11	7	20	24	29	12	7	13	18	7	34	11	48
46	12	5		7	19	23	27	11	7	12	17		33	10	46
44	11		10	6	17	22	26	10	6	12	16	6	31	9	44
42	10	4		5	16	20	24	10	5	11	15	6	30	9	42
40	10		9	5	15	19	23	9	5	10	14	5	28	8	40
38	9	3	9	4	14	18	22	8	4	9	13	5	27	7	38
36	8	3	8	3	13	17	20	8	3	8	12		25	7	36
34	8		8	3	12	16	19	7	3	8	11	4	24	6	34
32	7		7		11	15	17	6			10		23	6	32
30	6		7		10	14	16				9	3	21	5	30
28	6					13	14						20		28
26	5		6			11							18		26
24													17		24
22			5										15		22
Т-Бал	Б	А <sub>Б</sub>	Бі	A(1)	в	С	Б	Б	A(1)	Б	С	б	Е	f	Т-бал

## Продовження Додатку Б

Таблиця 3 – ключ

Т-бал	ПТСП	ГСП	depres
98			
96			
94		178	
92	181	175	
90	177	171	
88	173	167	60
86	169	163	59
84	165	159	57
82	161	156	55
80	157	152	54
78	152	148	52
76	148	144	51
74	144	140	49
72	140	137	48
70	136	133	46
68	132	129	45
66	128	125	43
64	124	121	42
62	120	118	40
60	116	114	38
58	112	110	37
56	108	106	35
54	104	103	34
52	100	99	32
50	96	95	31
48	92	91	29
46	88	87	28
44	84	84	26
42	80	80	25
40	76	76	23
38	72	72	21
36	68	68	20
34	64	65	18
32	60	61	17
30	56	57	15
28	52	53	
26		49	
24			
22			

## Продовження Додатку Б

Інтерпретація результатів проводиться як на основі підсумкових показників ПТСР і ГСР, так і показників за субшкалами опитувальника, що дозволяє робити висновок про відносну вираженість окремих груп симптомів [12; 16; 19; 24; 32].

При значеннях шкал *нижче 50 Т-балів* симптоматика, як правило, відсутня. У діапазоні *від 50 до 65 Т-балів* можуть проявлятися окремі симптоми постстресових станів, причому незначно виражені. *65-70 Т-балів* ПТСР або ГСР зазвичай відповідають діагнозу “часткового” ПТСР або ГСР. При значеннях *вище 70 Т-балів* імовірність клінічно виражених розладів помітно зростає, а у випадках перевищення рівня *80 Т-балів* необхідне уточнення клінічного діагнозу “повного” ПТСР або ГСР.

Наведені “критичні” значення в Т-балах, безумовно, є тільки орієнтовними як для оцінки загальних показників ПТСР і ГСР, так і стосовно окремих субшкал і шкали депресії. Однак, як показує досвід застосування опитувальника, інтервали 50-65-70-80 і більше Т-балів досить добре “працюють” в якості операціональних критеріїв оцінки ступеня вираженості постстресових станів.

## Діагностика стану агресії (опитувальник Басса-Дарки)

### Тест Басса-Дарки

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає "так" чи "ні".

1. Часом я не можу впоратися з бажанням завдати шкоди іншим.
2. Іноді пліткую про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене не попросять по-хорошому, я не виконаю.
5. Я не завжди отримую те, що мені належить.
6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною.
7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчути.
8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував болючі докори совісті.
9. Мені здається, що я не здатний ударити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами.
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожено з людьми, які ставляться до мене трохи більш дружньо, ніж я очікував.
15. Я часто буваю незгодний з людьми.
16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся.
17. Якщо хто-небудь першим ударив мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, я ляскаю дверима.
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається.
20. Якщо хтось уявляє себе начальником, я завжди роблю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я думаю, що багато людей не люблять мене.
23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, які ухиляються від роботи, повинні відчувати почуття провини.
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, запрошується на бійку.
26. Я не здатний на грубі жарти.
27. Мене охоплює лють, коли наді мною глузують.
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не подобається.
30. Досить багато людей заздрять мені.

## Продовження Додатку В

31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно знущаються з вас, варті того, щоб їх "клацнули по носі".
34. Я ніколи не буваю похмурий від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хтось виводить мене з себе, я не звертаю уваги.
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що наді мною сміються.
39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильних" виразів.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були пробачені.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хто-небудь ударить мене.
42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюся.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти чужинцям".
46. Якщо хтось дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю.
47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити когось.
49. З дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву.
50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати.
52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що-небудь приємне для мене.
53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я б'юся не рідше і не частіше ніж інші.
56. Я можу пригадати випадок, коли я був настільки злий, що хапав перший-ліпший предмет і ламав його.
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку.
58. Іноді я відчуваю, що життя чинить зі мною несправедливо.
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю.
60. Я лаюся тільки зі злості.
61. Коли я поступаю неправильно, мене мучить совість.
62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.
63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу.
64. Я буваю грубуватий стосовно людей, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити.

## Продовження Додатку В

66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона на те заслуговує.

67. Я часто думаю, що жив неправильно.

68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.

69. Я не засмучуюсь через дрібниці.

70. Мені рідко приходить до голови, що люди намагаються розлютити або образити мене.

71. Я часто тільки погрожую людям, хоча і не збираюся приводити погрози у виконання.

72. Останнім часом я став занудою.

73. У суперечці я часто підвишую голос.

74. Я намагаюся зазвичай приховувати своє погане ставлення до людей.

75. Я краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.

*“Ключ ”*

*1. Фізична агресія:*

“так” = 1, “ні” = 0: 1, 25, 33, 48, 55, 62, 68;

“ні” = 1, “так” = 0: 9, 17, 41.

*2. Непряма агресія:*

“так” = 1, “ні” = 0: 2, 18, 34, 42, 56, 63;

“ні” = 1, “так” = 0: 10, 26, 49.

*3. Роздратування:*

“так” = 1, “ні” = 0: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72;

“ні” = 1, “так” = 0: 11, 35, 69.

*4. Негативізм:*

“так” = 1, “ні” = 0: 4, 12, 20, 28;

“ні” = 1, “так” = 0: 36.

*5. Образа:*

“так” = 1, “ні” = 0: 5, 13, 21, 29, 37, 51, 58;

“ні” = 1, “так” = 0: 44.

*6. Підозрілість:*

“так” = 1, “ні” = 0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59;

“ні” = 1, “так” = 0: 65, 70.

7. *Вербальна агресія:*

“так” = 1, “ні” = 0: 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73;

“ні” = 1, “так” = 0: 39, 66, 74, 75.

8. *Почуття провини:*

“так” = 1, “ні” = 0: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

Індекс *ворожості* включає в себе 5 і 6 шкалу, а індекс *агресивності* включає в себе шкали 1, 2, 7.

Ворожість = Образа + Підозрілість;

Агресивність = Фізична агресія + Непряма агресія + Вербальна агресія.

До особливих реакція віднесені *роздратування, негативізм і почуття провини* (3; 4; 8), без яких аналіз ворожих і агресивних реакцій був би недостатньо повним.

*Обробка та інтерпретація результаті.* Підраховується загальна сума збігів з “ключем”.

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює  $21 \pm 4$ , а ворожості -  $6-7 \pm 3$  [12, с. 121; 16; 32].

**Тест А. Ассінгера (оцінювання агресивності у стосунках)****Оцінювання агресивності у стосунках**

Підкресліть відповідь:

*I. Чи схильні Ви шукати шляхи до примирення після чергового службового конфлікту?*

1. Завжди.
2. Іноколи.
3. Ніколи.

*II. Як Ви поведетесь у критичній ситуації?*

1. Переживаєте внутрішнє кипіння.
2. Зберігаєте спокій.
3. Втрачаєте самоконтроль.

*III. Яким вважають Вас колеги?*

1. Самовпевненим та заздрисним.
2. Дружелюбним.
3. Спокійним і незаздрисним.

*IV. Як Ви відреагуєте, якщо Вам запропонують відповідальну посаду?*

1. Приймете її з деякими побоюваннями.
2. погодитесь без коливань.
3. Відмовитесь від неї заради особистого спокою.

*V. Як Ви будете поводитись, якщо хтось із колег без дозволу візьме з Вашого столу папір?*

1. Отримає від Вас «на горіхи».
2. Змусите повернути.
3. Запитаєте, чи не потрібно йому ще що-не-будь.

*VI. Якими словами Ви привітаєте чоловіка (дружину), якщо він (вона) повернувся з роботи пізніше, ніж звичайно?*

1. «Що це тебе так затримало»?
2. «Де ти стирчиш допізна»?

## Продовження додатку Г

3. «Я вже почав (почала) хвилюватися».

*VII. Як Ви поводитесь за кермом автомобіля?*

1. Чи намагаєтесь обігнати машину, яка «показала Вам хвіст»?
2. Вам байдуже, скільки машин Вас обігнало.
3. Помчитесь з такою швидкістю, щоб ніхто не наздогнав Вас.

*VIII. Якими Ви вважаєте свої погляди на життя?*

1. Збалансованими.
2. Легковажними.
3. Досить категоричними.

*IX. Які заходи Ви вживаєте, якщо не все вдається?*

1. Намагаєтесь перекласти провину на іншого.
2. Примиряєтесь.
3. Стаєте надалі обережнішим.

*X. Як Ви відреагуєте на фейлетон про випадки розпущеності серед сучасної молоді?*

1. «Час уже заборонити їм такі розваги».
2. «Потрібно створити для них можливість організовано і культурно відпочивати».
3. «І чого ми стільки з ними клопочемось?»

*XI. Що Ви відчуваєте, якщо посаду, яку Ви хотіли обійняти, посів інший?*

1. «І навіщо я на це нерви витрачав?»
2. «Напевне, його фізіономія шефу приємніша».
3. «Можливо, в мене це вийде наступного разу».

*XII. Як Ви переглядаєте страшний фільм?*

1. Боїтесь.
2. Нудитесь.
3. Отримуєте справжнє задоволення.

*XIII. Якщо через дорожню пробку Ви запізнюєтесь на важливу нараду?*

1. Будете нервувати під час засідання.

## Продовження додатку Г

2. Спробуєте викликати поблажливість партнерів.
3. Засмутитесь.

*XIV. Як Ви ставитесь до своїх спортивних успіхів?*

1. Обов'язково намагаєтесь виграти.
2. Цінуєте задоволення відчутти себе знову молодим.
3. Дуже сердитесь, якщо не щастить.

*XV. Як Ви вчините, якщо Вас погано обслуговували в ресторані?*

1. Стерпите, уникаючи скандалу.
2. Викличете метрдотеля і зробите йому зауваження.
3. Звернетесь зі скаргою до директора ресторану.

*XVI. Як Ви будете поводитись, якщо Вашу дитину образили в школі?*

1. Поговорите із вчителем.
2. Влаштуєте скандал батькам «малолітнього злочинця».
3. Порадити дитині дати відсіч.

*XVII. Яка, на Вашу думку, Ви людина?*

1. Середня.
2. Самовпевнена.
3. Пробивна.

*XVIII. Що Ви відповісте підлеглому, з яким зіткнулись у дверях установи, якщо він почав просити вибачення?*

1. «Вибачте, це моя провина».
2. «Нічого, пусте».
3. «А уважнішим Ви бути не можете?!»

*XIX. Як Ви відреагуєте на статтю в газеті про випадки хуліганства серед молоді?*

1. «Коли ж нарешті будуть прийняті конкретні міри?!»
2. «Потрібно ввести тілесні покарання».
3. «Неможна все звалювати на молодь, винні й вихователі!»

## Продовження додатку Г

*XX. Уявіть, що Вам доведеться заново народитись, але вже твариною. Яку тварину Ви оберете?*

1. Тигра чи леопарда.
2. Домашню кішку.
3. Ведмедя.

Тепер уважно перегляньте підкреслені відповіді. Додайте номери відповідей.

Результати:

45 і більше балів. Ви занадто агресивні, до того ж нерідко буваєте невірноваженим та жорстоким до інших. Ви сподіваєтесь здобути керівні «верхи», розраховуючи на власні методи, досягти успіху, жертвуючи інтересами оточення, тому Вас не дивує неприязність співробітників, але за найменшої нагоди Ви намагаєтесь їх за це покарати.

36-44 бали. Ви помірно агресивні, але досить успішно крокуєте по життю, оскільки у Вас достатньо здорового честолюбства та самовпевненості.

35 і менше балів. Ви занадто миролюбні, що зумовлено недостатньою впевненістю у власній силі і можливостях. Це зовсім не означає, що Ви як травинка гнетесь під буд-яким вітерцем. І все ж більше рішучості Вам не завадить!

Якщо за сім і більше питань Ви набрали по три бали і менше ніж за сім питань - по одному балу, то вибухи Вашої агресивності мають швидше руйнівний, аніж конструктивний характер. Ви схильні до непродуманих вчинків і запеклих дискусій. Ставитесь до людей зневажливо і своєю поведінкою провокуєте конфліктні ситуації, яких цілком могли б уникнути.

Якщо за сім і більше питань Ви отримали по одному балу і менше, ніж за сім запитань - по три бали, то Ви занадто скуті. Це не означає, що Вам не притаманні спалахи агресивності, але пригнічуєте їх аж занадто ретельно.

## Додаток Д

## Тест для виявлення порушень, пов'язаних з вживанням алкоголю

## AUDIT(Alcohol use Disorders Identification Test)

Інструкція: Будь ласка, відповідаючи на питання опитувальника, надавайте інформацію за останній рік.

1	Бали	Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?	
	0	Ніколи	
	1	1 раз на місяць або рідше	
	2	2-4 рази на місяць	
	3	2-3 рази в неділю	
	4	4 і більше разів на тиждень	
2		Яка зазвичай Ваша доза споживання алкогольних напоїв?*	
	0	1-2 стандартні дози	
	1	3-4 стандартні дози	
	2	5-6 стандартні дози	
	3	7-9 стандартні дози	
	4	10 і більше стандартних доз	
3		Як часто Ви випиваєте більше 6 стандартних доз за одну добу?	
	0	Ніколи	
	1	менше, ніж 1 раз на місяць	
	2	1 раз на місяць	
	3	1 раз на тиждень	
	4	щодня або майже кожен день	
4		Як часто за останній рік Ви помічали, що почавши вживати алкогольні напої, не можете зупинитися (вживаєте більше або довше запланованого)?	
	0	Ніколи	
	1	менше, ніж 1 раз на місяць	
	2	1 раз на місяць	
	3	1 раз на тиждень	
	4	щодня або майже кожен день	
5		Як часто за останній рік через надмірне споживання алкоголю Ви робили те, що робите/виконуєте зазвичай (нехтували службою, домашніми справами, навчанням, іншими заняттями)?	
	0	Ніколи	
	1	менше, ніж 1 раз на місяць	
	2	1 раз на місяць	
	3	1 раз на тиждень	
	4	щодня або майже кожен день	
6		Як часто за останній рік Вам необхідно було похмелитися зранку, щоб почуватися краще?	
	0	Ніколи	

## Продовження додатку Д

	1	менш, ніж 1 раз на місяць	
	2	1 раз на місяць	
	3	1 раз на тиждень	
	4	щодня або майже кожен день	
7		Як часто за останній рік у Вас виникало почуття провини і/ каяття після вживання?	
	0	Ніколи	
	1	менше, ніж 1 раз на місяць	
	2	1 раз на місяць	
	3	1 раз на тиждень	
	4	щодня або майже кожен день	
8		Як часто за останній рік Ви не могли згадати, що відбувалося напередодні ввечері, тому що Ви були п'яні?	
	0	Ніколи	
	1	менше, ніж 1 раз на місяць	
	2	1 раз на місяць	
	3	1 раз на тиждень	
	4	щодня або майже кожен день	
9		Чи не є надмірне вживання алкогольних напоїв причиною отриманих Вами або кимось іншим травм/ушкоджень?	
	0	Ніколи	
	2	так, це було більше року тому	
	4	так, протягом цього року	
10		Хто небудь з Ваших родичів, товаришів, медичного персоналу вказували своє занепокоєння з приводу Вашого вживання або пропонували Вам зменшити кількість алкогольних напоїв?	
	0	Ніколи	
	2	так, це було більше року тому	
	4	так, протягом цього року	

Стандартна доза - це ~ 13 гр. етанолу, або ~ 40 мл 40% горілки, або -70 мл 25% лікеру, або 90 мл 18% вина, або 140 мл 12% вина, або 330 мл 5% пива.

## Інтерпретація

8-15 балів: рекомендовано зменшити вживання алкогольних напоїв;

16-19 балів: рекомендована консультація психіатра/нарколога, моніторинг стану;

20 балів і більше: потребує подальшої діагностики алкогольної залежності.

## Додаток Е

## Скринінгова методика для виявлення алкоголізму (СМА)

(Полтавець В.І.)

Інструкція: Вам буде запропоновано дати відповіді на ствердження, відповідаючи «так» або «ні», ставлячи X у відповідному місці.

	Ствердження	Так	Ні
1.	У вас іноді буває блювота або кашель з кров'ю		
2.	У вас бували періоди, коли Ви не могли пригадати, що відбувалося довкола		
3.	У Вашому житті бували моменти, коли Ваша активність раптово знижувалася і пізніше Ви не могли зрозуміти, що це було		
4.	Ви постійно кашляєте		
5.	Вам подобаються палкі суперечки, навіть якщо вони іноді засмучують оточуючих		
6.	Вдома Ви менше дотримуєтеся звичаїв за столом, аніж у гостях		
7.	Ви завжди можете дістати спиртне		
8.	Ви стали помічати, що, коли ви щось робите, у Вас трясуться руки		
9.	Ваші друзі і рідні вважають, що Ви випиваєте помірно		
10.	Іноді ви відчуваєте докори сумління через своє пияцтво		
11.	Одного разу, будучи п'яним, Ви були затримані поліцією		
12.	У Вас була біла гарячка		
13.	Іноді Ви п'єте у першій половині дня		
14.	Бувало, що Ви чули «голоси» або бачили якісь незвичні предмети після того, як багато випили напередодні		
15.	Бувало, що Ви втрачали друзів або подруг через своє пияцтво		
16.	Ваша дружина або батьки висловлювали занепокоєння з приводу вашого пияцтва		
17.	Бувало, що Ви випивали кілька днів поспіль, забуваючи про свої службові та сімейні обов'язки		
18.	Іноді у вас бували неприємності на роботі через вживання алкоголю		
19.	Ви зверталися до когось з проханням допомогти Вам позбавитися від зловживання алкоголем		
20.	Ваша дружина, хтось із друзів або родичів намагалися допомогти вам позбавитися від пияцтва		
21.	Ви зверталися до невропатолога або психіатра зі скаргами на розлади, однією з причин яких могло бути зловживання алкоголем		
22.	Ви лікувалися з приводу хронічного алкоголізму		

## Обробка та інтерпретація результатів:

Методика передбачає можливість двох видів інтерпретації результатів.

Найбільш швидка оцінка проводиться шляхом прямого підрахунку балів по значимим відповідям, якщо набрано 9 і більше балів, досліджуваний відноситься до групи високого ризику з наявністю алкогольної залежності. Другий вид інтерпретації дозволяє більш ретельно диференціювати групу піддослідних, які набрали від 5 до 9 балів. Він передбачає підсумовування діагностичних коефіцієнтів (ДК) для значущих відповідей. І в тих випадках, коли сума ДК перевищує 30, досліджувані відносяться до групи високого ризику (таблиця 1).

Таблиця 4 - Бальні оцінки значущих відповідей і діагностичні коефіцієнти для скринінгової методики

Значущі відповіді та бальна оцінка			Діагностичні коефіцієнти (ДК)
№	<i>Ні</i>	<i>Так</i>	
1.	-	1	2,0
2.	-	1	2,6
3.	1	-	2,3
4.	-	1	4,5
5.	1	-	2,3
6.	1	-	3,0
7.	1	-	2,9
8.	-	1	4,5
9.	1	-	4,8
10.	-	1	4,2
11.	-	1	7,5
12.	-	1	12,0
13.	-	1	5,6
14.	-	1	10,8
15.	-	1	10,8
16.	-	2	6,3
17.	-	2	8,8
18.	-	2	8,0
19.	-	2	12,6
20.	-	2	9,4
21.	-	5	-
22.	-	5	-