ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:

ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ КРИЗИ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

ТОМ 1

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

Міністерство соціальної політики України

УДК

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

Загальна редакція: Н. Пророк.

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

Загальне керівництво проектом: Л. Малогулко.

ISBN

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

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

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

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

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

©ОБСЄ, 2018

Розділ 4.

ДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ

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

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

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

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

4.1. БАЗОВІ ПРИНЦИПИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ПОСТРАЖДАЛИХ ОСІБ

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

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

1. ПРИНЦИП БЕЗПЕКИ

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

2. ПРИНЦИП ЗАЦІКАВЛЕНОСТІ

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

3. ПРИНЦИП МІНІМІЗАЦІЇ ТРАВМИ

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

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

4. ПРИНЦИП ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

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

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

5. ПРИНЦИП КОНФІДЕНЦІЙНОСТІ

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

6. ПРИНЦИП ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ І ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

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

7. ПРИНЦИП ДОСТАТНЬОГО МІНІМУМУ

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

8. ПРИНЦИП ЧІТКОГО РОЗУМІННЯ МЕЖ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

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

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

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

4.2. ПСИХОДІАГНОСТИКА ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМІВНУ ПОДІЮ

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

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

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

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

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

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

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

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

Рекомендовано також проводити оцінювання наявності ПТСР в осіб:

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

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

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

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

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

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

Скринінгові опитувальники ПТСР спрямовані на виявлення:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. ОСОБЛИВОСТІ ПОСТКРИЗОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДІТЕЙ

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

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

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

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

Основні види подій, які можуть нанести психологічну травму дитині:

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

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

ПРОЕКТИВНА КАРТА ЕМОЦІЙ



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

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

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

– А коли він тебе схопив?....

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

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

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

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

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

У дослідженні образу людей питання можуть бути такими:

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

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

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

– А коли – поганий настрій?..

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

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

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

В **емоційній сфері** про розлад сигналізують:

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

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

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

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

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

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

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

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

Особливості психологічної діагностики дітей щодо наявності посттравматичного розладу:

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. КОРОТКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДИК

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

ШКАЛА САМООЦІНЮВАННЯ ЩОДО НАЯВНОСТІ ПТСР (PCL-M)

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

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

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

ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ ТРАВМІВНОЇ ПОДІЇ (IES-R)

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

ОПИТУВАЛЬНИК НА ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ СУЇЦИДУ

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

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

ОПИТУВАЛЬНИК БЕКА ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ДЕПРЕСІЇ (BDI)

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

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

ОПИТУВАЛЬНИК КЛІЄНТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

(PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – PHQ-9)

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

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

ТЕСТ НА НАРКОТИЧНУ Й АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ (ХЕЛПЕР)

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

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

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

(MISSISSIPPI SCALE)

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

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

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

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

Тестування можна здійснювати індивідуально і в групі.

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

ОПИТУВАЛЬНИК ПЕРИТРАВМАТИЧНОЇ ДИСОЦІАЦІЇ

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

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

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

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

НАПІВСТРУКТУРОВАНЕ ІНТЕРВ'Ю ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ТРАВМІВНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ДІТЕЙ

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

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕРВ'Ю

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ ДО РОЗДІЛУ 4

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

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

ЗАДАЧІ

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

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

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ

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

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ

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

ГЛОСАРІЙ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ТИПИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ

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

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

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

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

ТРИВОЖНІСТЬ

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