Тема 15. Діагностика осіб у реабілітації, зокрема ветеранів і поранених

План лекції

15.1. Реабілітація як контекст діагностики, повернення до цивільного життя після війни чи надзвичайної події

15.2. Моральна травма, суїцидальні ризики, когнітивні наслідки травм і поєднання психологічної й нейропсихологічної оцінки

15.3. Якість життя, соціальна адаптація, працездатність, стосунки в сім'ї, динамічне оцінювання в реабілітації

Література: [2, 3, 6, 14, 16, 23, 26]

15.1. Реабілітація як контекст діагностики, повернення до цивільного життя після війни чи надзвичайної події

Повернення з війни до цивільного життя є складним процесом реінтеграції, під час якого військовослужбовець втрачає звичну структуру діяльності, ролі, ідентичність воїна, щоденну спільність з побратимами й відчуття значущості, а також стикається з відмінностями між бойовим досвідом і цивільним середовищем. Психологічні проблеми ветеранів охоплюють ПТСР і складний ПТСР, депресію, тривожні розлади, порушення сну, адикції, агресію, соціальну ізоляцію, труднощі зі стосунками й працевлаштуванням. У частині випадків вони розвиваються не одразу, а через місяці й роки після повернення [2].

Подібні процеси переживають і цивільні групи. Рятувальники й поліцейські після звільнення зі служби чи довготривалого відсторонення, медики після виснажливих місій, гуманітарні працівники, які повертаються з небезпечних регіонів, і цивільні, що пережили теракти, обстріли, пожежі, вимушене переселення чи полон, також втрачають звичну структуру діяльності, професійну ідентичність і спільноту. Діагностичний підхід (скринінг ПТСР,

депресії, тривоги, адикцій, оцінка функціонування й ризиків) однаковий, але змінюються контекст, джерела травми та ресурси підтримки.

Діагностична оцінка ветерана складається з кількох напрямів: клінічні симптоми (ПТСР, депресія, тривога, сон), ризики (суїцидальність, агресія, зловживання речовинами), когнітивний стан (наслідки контузій, поранень, черепно-мозкових травм унаслідок ДТП і катастроф), функціонування (робота, стосунки, самообслуговування, дозвілля), якість життя, соціальна підтримка, ресурси й цілі. Базовий скринінговий набір: PCL-5 (ПТСР), PHQ-9 (депресія), GAD-7 (тривога), AUDIT (алкоголь), C-SSRS (суїцидальність), шкала сну (індекс тяжкості безсоння).

Потреби ветерана оцінюють за життєвими сферами: здоров’я (фізичне і психічне), робота й навчання, фінанси, житло, сім’я, соціальні зв’язки, правові питання, духовні потреби. Для кожної сфери фіксують наявність проблем, ресурсів та бажаний результат. Результат визначає маршрут допомоги (психологічна, медична, соціальна, юридична), а не лише діагноз.

Втрата ролі й ідентичності. Військова ідентичність (як і професійна ідентичність рятувальника, поліцейського, лікаря) забезпечує структуру, мету й належність. Після завершення служби (демобілізація, поранення, звільнення) її втрата спричиняє порожнечу, відчуття непотрібності, труднощі з постановкою цілей. Діагностично цей аспект оцінюють у бесіді: ставлення до служби, очікування від цивільного життя, життєві цілі, цінності. Також його оцінюють за допомогою опитувальників адаптації до цивільного життя (військово-цивільний опитувальник реінтеграції) і шкал сенсу та цінності життя.

Втрата зв’язків: військовослужбовці, рятувальники й поліцейські часто описують розрив із побратимами чи колегами як втрату найближчих людей. Зв’язки з родиною й друзями змінюються, виникає відчуження. Для оцінки використовують структуровану бесіду, соціальну карту (хто є джерелом підтримки), шкали соціальної підтримки та самотності. Низька підтримка й ізоляція є провідними предикторами хронічного ПТСР і суїцидального ризику.

Оцінка ветеранів і постраждалих у контексті виплат, компенсацій, статусу чи службових рішень має підвищений ризик перебільшення або приховування симптомів. Використовують шкали достовірності, зіставлення даних різних джерел, мотиваційну бесіду. Висновок про недостатню достовірність відповідей не означає відсутності страждання, тому допомогу пропонують незалежно від результатів експертної оцінки [14].

ПТСР у ветеранів поширений серед військовослужбовців, які мали бойовий вплив. Подібні закономірності описано в рятувальників, поліцейських і цивільних, що пережили життєзагрозливі події. Дослідження свідчать про варіативність перебігу: у частини людей симптоми зменшуються з часом, у частини зберігаються тривало, а в частини відтерміновано посилюються. Тривалий вплив загрози, поранення, втрати побратимів, моральні дилеми підвищують ризик складного ПТСР. Для діагностики ПТСР застосовують PCL-5 і ITQ у скринінгу й CAPS-5 за потреби уточнення діагнозу. Результати інтерпретують разом із контекстом служби та супутніми станами [26].

Депресія й тривога у ветеранів часто поєднуються з ПТСР, болем, порушенням сну, зловживанням алкоголем. Біль і наслідки поранень, фізична інвалідність, втрата професійних перспектив підвищують ризик депресії. Для оцінювання використовують PHQ-9, GAD-7, BDI-II, а також шкали больових відчуттів і функціонування; для диференціації з когнітивними наслідками мозкової травми – когнітивні скринінги.

Адикції – поширені способи саморегуляції стану: алкоголь (допомагає заснути й послабити напругу), нікотин, седативні препарати, наркотичні речовини, а також поведінкові залежності (азартні й комп’ютерні ігри). Діагностика складається з AUDIT, DAST-10, структурованої бесіди й оцінки функціонування. Результати розглядають поряд із симптомами травми, адже подолання адикцій часто потребує інтегрованого лікування [3].

Якість сну оцінюють індексом якості сну Пітсбурга (PSQI, 19 пунктів, сім компонентів, діапазон 0–21, а значення понад 5 свідчить про порушення сну), а

нічні жахи – за частотою й впливом на наступний день. Після повернення з війни порушення сну є одним із найчастіших симптомів і чинником підтримання ПТСР, депресії та суїцидального ризику.

Агресія й дратівливість, які в бойових чи оперативних умовах були функціональними, у мирному середовищі стають джерелом конфліктів, насильства в сім'ї, правопорушень. Оцінюють частоту, тригери, роль речовин, безпеку членів родини (за потреби – оцінка ризику насильства), а також забезпечують навчання регуляції гніву й відновлення довіри в стосунках.

Безпеку родини оцінюють під час обстеження ветеранів обов'язково й без осуду. Скринінг насильства в парі (коротка шкала HITS із чотирьох пунктів: образа, приниження, погроза, крик; відповіді 1–5; значення понад 10 вказує на проблему) допомагає розпочати розмову. Позитивний результат потребує оцінки безпеки, плану захисту і залучення відповідних служб.

Методики. WHODAS 2.0: 36-пунктна версія охоплює шість сфер (розуміння й спілкування, пересування, самообслуговування, взаємодія з людьми, повсякденна діяльність – дім і робота, участь у суспільному житті); відповіді 1–5 (немає труднощів – надзвичайні труднощі) за 30 днів; результат трансформується в шкалу 0–100 (чим вище, тим більша інвалідизація); скорочена 12-пунктна версія доступна для швидкого скринінгу; використовується для оцінки впливу симптомів на функціонування й ефективності реабілітації [14].

WHOQOL-BREF: 26 пунктів; чотири сфери – фізичне здоров'я, психологічна сфера, соціальні стосунки, довкілля; відповіді 1–5; результат – по кожній сфері (4–20 або 0–100); використовується для оцінки якості життя й змін у процесі реабілітації.

Короткий опитувальник здоров'я SF-36: 36 пунктів; вісім шкал (фізичне функціонування, рольове функціонування через фізичні проблеми, біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, рольове функціонування через емоційні проблеми, психічне здоров'я); два підсумкові

складники (фізичний, психічний). Його використовують для порівняння з нормативними даними.

Діагностика в складі реабілітаційної програми. Реабілітаційна психологічна допомога поєднує психодіагностику, консультування й психокорекцію. Для невротичних станів психодіагностика охоплює індивідуально-типологічні особливості, захисний стиль, актуальний стан, міжособистісну взаємодію та сімейну систему. Прихильність до лікування в процесі реабілітації виокремлюють як окремий предмет психодіагностики. Реакції на поранення, втрату функцій чи зміну ролі оцінюють і в категорії розладів адаптації, критерії яких залишаються недостатньо чіткими, тому потрібна ретельна диференціація.

Діагностика осіб з інвалідністю та втратою функцій у цивільній реабілітації. До обстеження готуються: узгоджують доступність приміщення й матеріалів, тривалість сесії та перерви, потребу в допоміжних засобах комунікації. Методики добирають так, щоб порушення сенсорних, рухових чи мовленнєвих функцій не спотворювало результат (наприклад, не вимагати швидкого письмового виконання від особи з порушенням дрібної моторики), а результати інтерпретують разом із даними про функціонування.

15.2. Моральна травма, суїцидальні ризики, когнітивні наслідки травм і поєднання психологічної й нейропсихологічної оцінки

Моральна травма – психологічні, біологічні, духовні й соціальні наслідки подій, які порушують глибинні моральні переконання особи: учасник або свідок вчинків, що суперечать моральним нормам (завдання шкоди цивільним, нездатність захистити товаришів чи врятувати постраждалих, розподіл ресурсів за принципом пріоритетності, накази, що спричиняють моральний конфлікт, виживання за загибелі інших); зрада з боку керівництва чи системи. Провідні емоції – провина, сором, гнів, відчуття зради, втрата сенсу й довіри. Моральна травма не є психічним розладом, але пов’язана з ПТСР, депресією,

зловживанням речовинами і суїцидальністю, а її профіль відрізняється від симптомів страху й загрози в ПТСР.

Докладніше, за моделлю Б. Літца, моральну травму спричиняють потенційно морально травматичні події: вчинення дій, що суперечать цінностям; невтручання, коли дія була можлива; свідчення таких дій; зрада з боку довірених осіб чи системи. Їх наслідки – провина, сором, гнів, самозвинувачення, втрата довіри та смислу, відмова від допомоги. Шкала подій моральної травми (MIES, 9 пунктів) оцінює порушення моральних норм власними діями чи іншими людьми й зраду. Шкала симптомів моральної травми для військових (MISS-M, 45 пунктів) охоплює десять вимірів – від провини і сорому до втрати довіри та духовної кризи. На відміну від ПТСР, у якому домінує страх і відчуття загрози, моральна травма характеризується провиною й соромом, водночас обидва стани часто співіснують, тому використовують окремі шкали і спільну оцінку.

Оцінка моральної травми потребує ретельного, безоцінкового інтерв'ю: що сталося, які моральні норми порушено, які почуття виникли, як змінилося уявлення про себе та інших, які наслідки для життя. Застосовують спеціалізовані шкали (MIES, шкали наслідків моральної травми), що слугують для скринінгу та моніторингу. Не слід розглядати провину як «ірраціональну» й одразу «виправляти». Адже її наявність у деяких випадках відображає цінності особи. Підходи допомоги орієнтовані на визнання, зв'язок, відповідальність і відновлення сенсу.

Суїцидальний ризик у ветеранів підвищений порівняно із загальнопопуляційним. Чинники: ПТСР, депресія, безнадія, моральна травма, втрата ролі, біль, безсоння, зловживання алкоголем, доступ до зброї й навички користування нею, ізоляція, юридичні й фінансові проблеми, період після виписки зі стаціонару чи після завершення служби. Алгоритм оцінки – за структурованими питаннями C-SSRS, пунктом 9 PHQ-9, безпечним планом та обмеженням доступу до засобів. Оцінку повторюють у критичні періоди.

Когнітивні наслідки травм: черепно-мозкова травма (зокрема внаслідок ДТП, падіння, насильства), баротравма й контузія; симптоми – порушення уваги, пам’яті, виконавчих функцій, швидкості мислення, головний біль, запаморочення, дратівливість, безсоння. Діагностика охоплює опитувальник симптомів після струсу (RPQ), когнітивний скринінг (MoCA), нейропсихологічні тести уваги, швидкості, пам’яті й виконавчих функцій, а також клінічну оцінку лікаря. Психічні симптоми (ПТСР, депресія) і когнітивні наслідки травми мозку частково збігаються за проявами. Тому спільна оцінка запобігає хибному приписуванню симптомів одному з розладів.

Вибухова травма має чотири механізми: первинний (надлишковий тиск ударної хвилі), вторинний (осколки й предмети), третинний (відкидання тіла) та четвертинний (опіки, інтоксикація, газові ефекти). За тяжкістю черепно-мозкову травму класифікують як легку (шкала коми Глазго 13–15; втрата або зміна свідомості до 30 хвилин; посттравматична амнезія до доби), помірну (9–12; понад 30 хвилин до доби; амнезія від доби до семи діб) і тяжку (менше 9; понад добу; амнезія понад сім діб). Анамнез легкої травми з’ясовують структурованим інтерв’ю про всі пережиті травми голови, а вираженість симптомів вимірюють нейроповедінковим опитувальником (22 пункти, 0–4). Поява симптомів без об’єктивних ознак не означає симуляцію.

Поєднання психологічної й нейропсихологічної оцінки: психолог оцінює емоційний стан, ризики й ресурси, невролог – неврологічні знаки й візуалізацію, нейропсихолог – когнітивний профіль, психіатр – психічні розлади й фармакотерапію. Спільний висновок охоплює чинники, що впливають на функціонування, та визначає потребу в навчанні компенсаторних стратегій, оптимізації режиму сну, лікуванні депресії, зміні умов праці. Для планування реабілітації важливі як дефіцити, так і сильні сторони.

Оцінка болю. Числова шкала болю від 0 до 10 (1–3 – слабкий, 4–6 – помірний, 7–10 – сильний). Короткий опитувальник болю містить шкали інтенсивності та впливу болю на діяльність, настрій, сон, стосунки (0–10).

Нейропатичний компонент і фантомний біль оцінюють за опитувальником DN4 (10 пунктів, 4 і більше балів свідчать про нейропатичний біль). Шкала катастрофізації болю (13 пунктів, діапазон 0–52, 30 і більше – клінічно значущий рівень) відображає когнітивний чинник хронізації болю. Індекс Бартел (10 пунктів, 0–100) оцінює незалежність у повсякденній діяльності. Психологічну оцінку інтегрують з медичною. Прийняття змін тіла, образ тіла і сексуальні проблеми обговорюють у безпечному форматі.

Посттравматичне зростання – позитивні зміни після травми (нове цінування життя, сила, стосунки, духовні зміни, нові можливості) – оцінюють шкалою посттравматичного зростання (PTGI). Воно співіснує зі стражданням і не є обов'язковим. Діагностика не нав'язує «зростання», а виявляє ресурси й сенси, що можна підтримувати. Рефлексія над досвідом допомагає планувати цілі в реабілітації [16].

Методики. Опитувальник симптомів після струсу (RPQ): 16 пунктів, 0–4 (немає – тяжка проблема) за останні 24 години порівняно з періодом до травми; поділяється на RPQ-3 (головний біль, запаморочення, нудота) і RPQ-13 (інші симптоми: втома, порушення сну, дратівливість, депресивність, труднощі з концентрацією, пам'яттю, світлочутливість тощо); використовується для моніторингу відновлення після струсу, зокрема вибухового; не є діагностичним.

Шкала посттравматичного зростання (PTGI): 21 пункт, 0–5; п'ять факторів (стосунки з іншими, нові можливості, особиста сила, духовні зміни, цінування життя); діапазон 0–105; використовується для оцінки сприйманих позитивних змін після травми; не є показником «одужання» і не нав'язується.

Військово-цивільний опитувальник реінтеграції (M-CQ): 16 пунктів, 0–4; охоплює труднощі із соціальною взаємодією, прийняттям рішень, повсякденними обов'язками, відчуттям дому, пошуком роботи, фінансами, фізичним здоров'ям; використовується для оцінки труднощів повернення до цивільного життя.

Моральна травма: обмеження українських даних. Українську адаптацію короткої форми шкали симптомів моральної травми (MISS-M-SF) валідизовано на вибірці вчителів і студентів (n = 111; α = 0,70), тому для ветеранів і поранених її застосування потребує окремої перевірки й обережної інтерпретації [6].

15.3. Якість життя, соціальна адаптація, працездатність, стосунки в сім'ї, динамічне оцінювання в реабілітації

Інструменти відображають, наскільки симптоми впливають на життя, і дають змогу оцінювати ефективність реабілітації не лише за симптомами. Опис WHODAS 2.0, WHOQOL-BREF і SF-36 наведено вище. Рішення про вибір залежить від мети: WHODAS 2.0 – для функціонування, WHOQOL-BREF – для суб'єктивної якості життя, SF-36 – для порівняння з популяційними нормами [14].

Соціальна адаптація охоплює відновлення в сім'ї, дозвіллі, роботі, громаді. Діагностика використовує бесіду й шкали соціальної підтримки, самотності, адаптації до цивільного життя. Діагностика також оцінює доступ до послуг (житло, медична допомога, соціальні виплати), стосунки з оточенням. У реабілітації важливе спільне планування цілей і оцінка прогресу відповідно до цілей особи, а не лише симптомів [2].

Працездатність і професійна реінтеграція: визначають функціональні можливості (фізичні, когнітивні, психологічні), професійні інтереси, потребу в навчанні й адаптації робочого місця, підтримку роботодавця. Застосовують когнітивні тести, шкали працездатності, співбесіди. Психологічна оцінка в цьому контексті має допоміжний характер і не підміняє медико-соціальної експертизи.

Стосунки в сім'ї: після повернення змінюються ролі, очікування, комунікація. Повертаються або виникають конфлікти, насильство, відчуження. Діагностика сім'ї охоплює бесіду з подружжям (за згодою) або з окремими

членами, шкали подружньої задоволеності, комунікації, а також оцінку ризиків (насильство, зловживання, безпека дітей). Підтримка сім'ї – самостійний чинник відновлення. Для цього залучають партнерів до психоедукації й консультування.

Динамічне оцінювання в реабілітації: початкова оцінка (до програми), проміжна (кожні 2–4 тижні), підсумкова (після курсу) й відстрочена (через 3–6 місяців). Для кожної цілі визначають показник (симптоматичні шкали, функціонування, особисті цілі за шкалою досягнення), критерії значущої зміни (індекс надійної зміни, поріг клінічної значущості). Результати обговорюють з особою, коригують програму. Якщо немає прогресу, переглядають діагностичні гіпотези й втручання.

Безпечний формат обстеження ветеранів і постраждалих від надзвичайних подій: добровільність; пояснення, як використовуватимуться результати (особливо щодо виплат, статусу, служби); вибір місця й часу; можливість присутності підтримувальної особи (за згодою); уникання розпитувань про подробиці бойових подій, якщо це не потрібно для рішення; готовність до сильних реакцій і наявність плану стабілізації; чітка домовленість про контакт після обстеження. Питання про суїцидальні ризики й зброю ставлять прямо, без осуду. Культурну специфіку військового, рятувального чи медичного середовища (цінності, ставлення до слабкості, довіра до «своїх») враховують під час комунікації.

Ресурси і сильні сторони: діагностичний процес не лише виявляє труднощі. Оцінюють навички, цілі, цінності, підтримку, досягнення, інтереси. Відтак у висновку формулюють ресурсну частину, яка дає основу для планування. Така позиція зменшує стигматизацію й підвищує залученість до допомоги [16].

Структура протоколу динамічної оцінки в реабілітації. Протокол містить таблицю з показниками й датами: симптоми (PCL-5, PHQ-9, GAD-7, ISI), ризики (C-SSRS, AUDIT), когнітивний стан (MoCA, проби уваги),

функціонування (WHODAS 2.0), якість життя (WHOQOL-BREF), соціальна підтримка, особисті цілі (оцінка досягнення 0–10). Для кожного показника зазначають вихідне значення, поточне, різницю, відповідність критерію значущої зміни, коментар. Вибір показників погоджують з особою й командою. Кількість шкал обмежують до 4–6, щоб не перевантажувати. Оцінку проводять у спокійних умовах, результати обговорюють.

Міждисциплінарна оцінка й організація супроводу ветеранів і постраждалих. Оцінка ветеранів ефективніша в міждисциплінарному форматі, коли психолог, лікар, реабілітолог, соціальний працівник і юрист обмінюються результатами та узгоджують цілі. Єдиний план супроводу містить медичні, психологічні, соціальні та правові завдання з чіткими відповідальними особами. Координатор випадку забезпечує безперервність та запобігає втраті особи між службами.

Мотивація ветеранів до звернення зростає за наявності довірених осіб – побратимів, колег, інструкторів – і за формату, що не асоціюється зі слабкістю. Діагностична бесіда, розпочата з питань про сильні сторони, цінності та цілі, знижує опір. Повторні оцінки проводять у визначені терміни, що забезпечує спостереження за відстроченими проявами.

Додаткові інструменти оцінки наслідків поранень. Розширена шкала наслідків Глазго (GOSE) має вісім категорій – від смерті до верхнього відновлення. Вона оцінює самостійність удома і поза домом, роботу, соціальну й дозвільну активність, стосунки та повернення до попереднього рівня життя. Шкалу застосовують у реабілітації як інтегральний показник функціонального результату після ЧМТ. Вона не замінює нейропсихологічного обстеження.

Діагностика осіб із травмами та втратою функцій у цивільній реабілітації. До реабілітації потрапляють не лише поранені військові, а й постраждалі від ДТП, пожеж, вибухів і техногенних аварій, а також люди після ампутацій, інсультів і тяжких захворювань. Спільними є питання про біль, втрату самостійності, зміну образу тіла, страх повторної травматизації,

фінансове й професійне становище, роль родини. Застосовують ті самі шкали (PHQ-9, GAD-7, PCL-5, PSQI, WHODAS 2.0, WHOQOL-BREF), а адаптацію до втрат оцінюють з урахуванням віку, статі й соціальних ролей особи.

Ознаки, що потребують нейровізуалізації та спеціалізованої допомоги: прогресивний головний біль, повторне блювання, судоми, нове порушення мовлення чи руху, зниження рівня свідомості. Тривалість посттравматичної амнезії точніше пов'язана з віддаленим прогнозом, ніж тривалість втрати свідомості.

Адаптація до втрат і змін ролей. Адаптація до втрати кінцівки чи функції проходить через гостре горювання, переоцінку образу тіла, навчання користуванню протезом і повернення до ролей. Діагностичні питання: сприйняття власного тіла, ступінь самостійності (індекс Бартел), настрій і тривога, прийняття допомоги, мотивація до реабілітації.

Опитувальник стосунків (шкала задоволеності шлюбом DAS-4) та оцінка сімейних ролей фіксують зміни в розподілі обов'язків, комунікації, інтимності та батьківства. Повернення військового, рятувальника чи працівника з тривалого відрядження додому супроводжується типовими труднощами: невідповідність темпів життя, нетерпимість до дрібних подразників, надмірна пильність у громадських місцях, відсторонення від близьких. Оцінка охоплює ці поведінкові прояви, а також ризики насильства в сім'ї.

Принципи динамічної оцінки в реабілітації. Базова оцінка (початок реабілітації) охоплює симптоми (ПТСР, депресія, тривога, сон, біль), функціонування (WHODAS 2.0), якість життя (WHOQOL-BREF), когнітивний скринінг, ризик суїциду та вживання речовин. Повторна оцінка через 4–6 тижнів визначає динаміку. У разі ПТСР зниження PCL-5 на 10 і більше балів вважають клінічно значущим, на 5 і більше – ймовірно надійним зменшенням симптомів.

Критерії завершення діагностичного супроводу: стабільне поліпшення за кількома показниками, відновлення функціонування, відсутність високого

ризику, наявність підтримувальних контактів. Безпека оцінки передбачає наявність протоколу дій у разі виявлення суїцидального ризику під час обстеження та узгоджених каналів передачі інформації лікареві.

Динаміка та стигматизація. Для відстеження динаміки допомоги можна використовувати адаптований OQ-45.2 (шкали симптомного дистресу, міжособистісних стосунків і соціальних ролей), пам'ятаючи про обмеження адаптації [23]. Робота зі стигматизацією спирається на оцінку знань про психічні розлади, стереотипів і готовності звернутися по допомогу. Для цього призначено опитувальник грамотності щодо психічного здоров'я (MHLq).

Ключові поняття теми: *реінтеграція ветеранів; військова ідентичність; моральна травма; суїцидальний ризик у ветеранів; черепно-мозкова травма й когнітивні наслідки; посттравматичне зростання (PTGI); якість життя (WHOQOL-BREF, SF-36); шкала WHODAS 2.0; динамічне оцінювання; безпечний формат обстеження; прихильність до лікування; стигматизація; реабілітаційна діагностика.*

Питання для самоперевірки

1. Які психологічні проблеми характерні для ветеранів та інших осіб, які пережили екстремальні події, і які інструменти входять до скринінгового набору?

2. Як втрата ролі, ідентичності й зв'язків впливає на стан ветерана та як це оцінюють?

3. Що таке моральна травма та чим її оцінка відрізняється від оцінки ПТСР?

4. Які чинники ризику суїциду у ветеранів і як їх оцінюють?

5. Як поєднують психологічну й нейропсихологічну оцінку після контузії?

6. Які інструменти оцінюють якість життя, функціонування й соціальну адаптацію?

7. Яких правил дотримують, щоб обстеження ветеранів було безпечним?

8. Які особливості діагностики осіб з інвалідністю та втратою функцій у цивільній реабілітації?