

ДО ПИТАННЯ ОЦІНКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ ПСИХОТРАВМАХ (діагностичні критерії)

Узагальнено основні діагностичні критерії оцінки психічного здоров'я в умовах проведення психометричного аналізу наслідків військової психотравми, спрямованого на дослідження теоретичних і практичних аспектів адаптації та реабілітації військовослужбовців до умов життя.

Доведено, що наслідки психотравми проявляються як континуум, що складається з різних видів психічної дезадаптації, одним із яких є посттравматичний стрес, симптомокомплекс, сукупність взаємопов'язаних психологічних характеристик: тривожності, емоційної нестабільності, депресивності, базисних переконань і психопатологічних параметрів.

Ключові слова: психічне здоров'я, діагностичні критерії, психометричний аналіз, психотравма, посттравматичний стрес, симптомокомплекс.

Постановка проблеми. Життя в сучасному суспільстві, зокрема українському, вже багато років переповнене напруженими політичними й соціально-економічними подіями. Люди живуть у стані напруження своїх адаптаційних ресурсів, які тісно пов'язані із психологічним і фізіологічним добробутом. Проте можливості пристосування (психологічні, фізіологічні, соціальні) до таких умов вичерпуються, що сприяє зростанню чисельності стресових розладів.

Виникнення на тлі плинної суспільно-економічної кризи додаткових надзвичайних ситуацій природного, техногенного й антропогенного характеру, що траплялись в Україні, – повені у Закарпатті, аварії на шахтах Донбасу, Чорнобильська катастрофа, вибухи боєприпасів поблизу Новобогданівки, Скнилівська трагедія, Євромайдан, події в зоні АТО тощо – призводить до порушень психічного здоров'я стресового характеру. Феномен Майдану активно обговорювався та осмислювався з боку різних наукових спільнот, зокрема психіатричної та психотерапевтичної. Натомість клінічний досвід вивчення ПТСР свідчить, що важливе значення мають особистісні особливості людини щодо її спроможності опанувати катастрофічний стрес, завдяки чому у частини людей, що пережили травматичні події, ПТСР не виникає, а в інших – формується розлад виразної тяжкості.

Стан дослідження. Нині інтеграція досягнень вітчизняної клінічної психології з найбільш значними напрямками світової, в основному у західній психології входить до першочергових завдань для широкого кола фахівців. Гострі та актуальні проблеми сучасної психіатрії та клінічної психології, вирішення яких із необхідністю передбачає таку інтеграцію, пов'язані з вивченням психологічних наслідків впливу психотравмуючих стресорів високої інтенсивності на людину, що стала учасником або свідком катастрофічних ситуацій. Ці проблеми досліджували В. М. Бехтерев, Д. М. Болотов, П. Б. Ганнушкін, Л. І. Анциферова, В. О. Моляко, Н. В. Тарабріна, О. О. Лазебна, Л. Ф. Шестопалова, Van der Kolk, McFarlane, L. Weisaeth, Keane та інші. Однак в Україні донедавна цим питанням адаптації та психометричному аналізу наслідків військової психотравми приділялась недостатня увага, у зв'язку з чим вітчизняні наука і практика виявились беззбройними перед новими викликами.

Метою статті є узагальнення діагностичних критеріїв для оцінки психічного здоров'я під час психометричного аналізу наслідків військової психотравми, спрямоване на дослідження теоретичних і практичних аспектів адаптації та реабілітації військовослужбовців до умов життя.

Об'єкт дослідження – психотравми як психологічні наслідки впливу на людину психотравмуючих стресорів високої інтенсивності (учасників бойових дій, учасників ліквідації аварії на АЕС, військовослужбовців МВС), які проявляються як континуум, що складається з різних видів психічної дезадаптації, одним із яких є посттравматичний стрес (далі – ПТСР). Предмет дослідження – діагностичні критерії в оцінці наслідків військової психотравми.

Виклад основних положень. Проектуючи дослідження, ми припускали, що наявні різні підходи до проблеми вивчення ПТСР не суперечать один одному, а відображають окремі аспекти цього феномена, що психологічні наслідки впливу на людину екстремальних, психотравмуючих стресорів високого рівня інтенсивності проявляються як континуум різних видів психічної дезадаптації, одним із яких є посттравматичний стрес, а основним параметром, що характеризує ПТСР на психологічному рівні, є емоційно-особистісні зміни людини, що відображають порушення цілісності індивідуальності, за якого людина – це суб'єкт, не здатний ефективно виконувати свої інтегруючі функції.

Для оцінки психічного стану у стресових розладах використовують діагностичні критерії на основі симптомів, які можна спостерігати у пацієнтів. ПТСР характеризується постійним переживанням

симптомів, які охоплюють: 1) нав'язливі спогади про подію, що повторюються; 2) сни про подію, що повторюються; 3) такі дії, що відповідають ситуації, якби подія повторювалась; 4) інтенсивні тяжкі переживання, які були зумовлені зовнішньою або внутрішньою ситуаціями, що нагадує травмуючу подію або символізує її; 5) фізіологічну реактивність на стимули або ситуації, які нагадують про подію [9, с. 52].

Розлад також передбачає симптоми уникнення та емоційного ступору. Вони можуть містити: 1) зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов про подію; 2) зусилля з уникнення діяльності, місць і людей, які асоціюються із подією; 3) нездатність згадати про суттєві аспекти події; 4) помітне зниження інтересу до того, що раніше приносило задоволення; 5) обмеження спектру емоційних переживань; б) почуття скороченої життєвої перспективи, що супроводжується значною недостатністю планування майбутнього [9, с. 53].

Завершують картину симптоми збудження, які не спостерігались до травматичної події. Це можуть бути такі симптоми: 1) труднощі із засинанням і поганий сон; 2) роздратованість і спалахи гніву; 3) труднощі із концентрацією уваги; 4) підвищений рівень підозрілості, постійне очікування небезпеки; 5) гіпертрофована реакція на страх.

Основні прояви ПТСР розбиті на критерії А, В, С, D, Е, які в подальшому диференціюються посимптомно, що дозволяє діагностувати ПТСР як синдром і визначати питому вагу кожного із симптомів. Типові симптоми в такому випадку – це унікаюча поведінка загалом, нав'язливі уявлення і спогади, пов'язані з психічною травмою, нав'язливі думки про неї, а також про такі клінічні характеристики, як ідеї самозвинувачення тих, хто вижив, і про соціально спрямовані переживання, наприклад, розчарування в представниках влади, які не змогли попередити психотравмуючу подію.

Згідно з Міжнародною класифікацією хворіб-10, у розділі F 43 «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації», виділяються окремі діагностичні рубрики:

F 43.0 – *гостра реакція на стрес*. Рубрика містить транзиторні розлади значної важкості, які розвиваються у осіб без видимих психічних розладів безпосередньо у відповідь на стресові життєві події. Сюди входить: кризовий стан, гостра кризова реакція, бойова втома, психічний шок.

F 43.1 – *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)* з клінічними діагностичними критеріями:

Критерій А (*травматична подія*). Людина була під впливом екстремальної травматичної події, що характеризується двома обов'язковими ознаками: травматична подія пов'язана з загибеллю

або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі або поранень, водночас людина може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою; в момент перебування в травматичній ситуації людина повинна відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В (критерій «вторгнення»). Травматична подія нав'язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) з таких способів:

1. *Нав'язливі і повторювані спогади* екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що спричиняють важкі емоційні переживання.

2. *Повторювані жахливі сновидіння* про пережиту подію. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах.

3. *«Флешбек»-ефекти* – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

4. *Інтенсивні негативні переживання*, спричинені зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. *Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність* у ситуаціях, що зовні або внутрішньо символізують травматичну подію.

Критерій С («уникання»). Постійне уникання стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки нумбінгу (numbing) – блокування емоційних реакцій, «заціпеніння» (не спостерігалось до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) з перелічених нижче ознак:

1. Зусилля з уникання думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.

2. Зусилля з уникання дій, місць або людей, що активізують спогади про травму.

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності.

5. Почуття відчуженості або віддаленості від інших людей.

6. Знижена інтенсивність вищих емоцій (нездатність, наприклад, до почуття любові).

7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому.

F 62.0 – хронічні зміни особистості після переживання катастрофи. Це: зміна особистості після перебування в концентраційному

таборі, полоні з постійною можливістю бути вбитим, тривалий вплив загрозливої життєвої ситуації, такої як стати жертвою тероризму або катувань. «Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи» (F 62.0) може розвиватися після ПТСР і є вже практично незворотним хворобливим станом.

У цих випадках зміни особистості мають стабільний характер і проявляються ригідними і дезадаптивними ознаками, що призводять до стійких порушень у міжперсональному, соціальному і професійному функціонуванні (вороже або недовірливе ставлення до зовнішнього світу, соціальна відгородженість, постійне відчуття спустошеності або безнадійності).

Симптоми та проблеми, які зазвичай пов'язують із ПТСР:

1. *Повторне переживання*: флешбеки, нічні жахи, повторювані й болісні, інтрузивні образи або чуттєві враження. Ці симптоми можуть містити реконструкцію пережитого досвіду, постійно повторювану гру або страшні сни без розпізнаваного змісту.

2. *Уникнення*: уникання людей, ситуацій або обставин, що пов'язані з подією або нагадують її.

3. *Перезбудження*: надмірна пильність, перебільшена реакція здригання, порушення сну, дратівливість і труднощі зі зосередженістю.

4. *Емоційне оніміння*: відсутність здатності переживати почуття, почуття відокремленості від інших людей, відмова від дій, які раніше були важливі, амнезія щодо важливих моментів події.

5. *Депресія*.

6. *Зловживання алкоголем або наркотиками*.

7. *Гнів*.

8. *Фізичні симптоми*, які повторюються і не мають жодного пояснення.

Оцінка супутніх захворювань і суїцидальності.

Саморуйнівна та імпульсивна поведінка, хоч і не є частиною основного симптомокомплексу ПТСР, але визнана супутнім проявом, який може впливати на лікування. Відповідно загальноприйнята практика обстеження пацієнта з ПТСР має містити оцінку суїцидального ризику і вивчення історії суїцидальних спроб.

Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР, здійснений Л. Ф. Шестопаловою, Д. М. Болотовим, призвів до виокремлення декількох його варіантів, а саме: тривожного, астеничного, дисфоричного, іпохондричного, соматоформного та змішаного [14]. Перші три варіанти майже рівномірно розподілені серед 60% пацієнтів з ПТСР, ще понад 30% разом сягають іпохондричний і соматоформний варіанти, а змішана форма ПТСР виникає доволі нечасто (до 10%).

Тривожний варіант ПТСП (так би мовити, найбільш класичний) характеризується високим рівнем немотивованої тривоги, часто поєднаним із вегетосудинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображають події пережитої пацієнтом психотравмуючої ситуації.

Астенічний варіант ПТСП відзначається домінуючими ознаками почуття слабкості та млявості, зниженим настроєм на тлі байдужості до колишніх життєвих інтересів, а також проявами пасивності та ангедонії в поведінці.

Дисфоричний варіант ПТСП постає як постійне переживання внутрішньої невдоволеності, дратівливості на тлі пригніченого настрою, в поєднанні з високим рівнем агресивності та люті, спрямованих на інших.

Соматоформний варіант ПТСП демонструє наявне витіснення психотравмуючих переживань у «тілесну сферу», що виявляється у значній кількості скарг переважно соматичного характеру (кардіологічних, церебральних, гастроентерологічних тощо).

Ітохондричний варіант ПТСП характеризується більш вираженими соматичними скаргами в поєднанні з вегето-судинними пароксизмами на тлі депресивного афекту (недиференційована гіпотимія з чіткими тривожно-фобічними включеннями) з подальшим формуванням унікаючої поведінки. Водночас пацієнтам зі змішаним варіантом ПТСП притаманні психопатологічні порушення, характерні для різних клінічних варіантів розладу [11, с. 23].

О. К. Напрєєнко, Т. Є. Марчук, з урахуванням домінування в клінічній картині ПТСП симптомів «занурення» в травматичне переживання, «уникнення» явищ, що асоціюють зі стресогенною ситуацією, або «аморфних» проявів реагування, виокремили такі варіанти клінічного перебігу ПТСП: астенодепресивний – у 36% таких хворих, паранояльний – у 24%, ананкастичний – у 13%, істероітохондричний – у 12% і змішаний – в 15% випадків цього розладу. Вони вирізнили й типи дебюту ПТСП: астенічний – у 39%, тривожний – у 20%, ананкастичний – у 10%, істеричний – у 10% та змішаний – у 20% цих пацієнтів. Під час динамічного спостереження таких хворих виявлена тенденція до залежності клінічних варіантів перебігу ПТСП від типів їх дебютів. Так, за астенодепресивного варіанту перебігу такого розладу в більшості випадків відзначався астенічний тип дебюту (у 91% цих хворих), в 6% спостерігався змішаний тип і у 3% – істеричний дебют [8, с. 118].

За паранояльного клінічного варіанту ПТСП частіше передував тривожний тип дебюту (82% випадків), у 18% пацієнтів був змішаний

дебют. В ананкастичному варіанті у 83% хворих розлад дебютував у вигляді нав'язливих станів, в 17% – характеризувався змішаним типом. Для істероіпохондричного варіанту ПТСР у 73% випадків був характерний істеричний тип дебюту, у 18% – змішаний та в 9% – астенічний дебют. Змішаному клінічному варіанту були притаманні змішаний (60%), астенічний (33%) і тривожний (7%) типи дебюту. У випадках тяжкого перебігу ПТСР майже в третини таких хворих указані автори констатували розвиток (за МКХ-10) стійких змін особистості після катастрофічного переживання (СЗОППКП), які мають такі клінічно окреслені типи перебігу: емоційно нестійкий, паранойяльний, істеричний і obsесивно-фобічний [8, с. 52].

Діагностика ПТСР за методиками психофізіологічної експертизи на прикладі апаратно-програмного комплексу «СПАС». Апаратно-програмний комплекс (АПК «СПАС») дає об'єктивну кількісну оцінку психоемоційного стану особистості в особливих і екстремальних умовах діяльності.

Специфікація тестів

1. Короткочасна і оперативна зорова пам'ять – (КП і ОП).
2. Реакція на об'єкт, який рухається (РОР), – динамічний окомір і врівноваженість нервової системи
3. Тести Шульте, Шульте-Псядло, Шульте-Горбова – розподіл і переключення уваги, репродуктивні імажинітивні якості
4. Рухливість нервових процесів (ПНП) – диз'юнктивна сенсомоторна реакція.
5. Сила нервової системи (СНС) – швидкість слухо-моторної реакції на сигнали різного рівня гучності (40-60-80-100 дБА) на обидва вуха та їхні співвідношення
6. Скорочений багатопрофільний опитувальник особистості – СМОЛ-71 (оцінка Т-балів і часу відповідей)
7. Міннесотський багатопрофільний опитувальник особистості – ММИЛ-377 (оцінка Т-балів і часу відповідей)
8. Метод кольорових виборів М. Люшера – у 2-х варіантах: 8-кольоровий і попарний варіанти з подальшим розрахунком 12 показників (вегетативний коеф., відхилення від аутогенної норми, тривожність, працездатність та ін.) і реєстрація часу виборів (шок, вагання, ...)
9. Метод портретних виборів Л. Сонді – з побудовою 4-х векторів і 8-х факторів потягів і акцентуацій характеру особистості, у 2-х варіантах (по передньому і задньому планах)
10. Кваліметрична оцінка адекватності вегетативних проявів і поведінки досліджуваних у стресовій ситуації тестування (психоемоційна стійкість)

В умовах, які вимагають швидкої діагностики актуального психоемоційного стану, пропонується батарея методик, яка охоплює:

1. Анкету-опитувальник, яка відображає наявність у пацієнта стресогенних факторів, що впливають на якість її життя і погіршують психоемоційний стан.
2. Опитувальник вегетативних стигм Вейна, який є інформативним у створенні програми фізичної реабілітації.
3. Коротка шкала тривоги, депресії і ПТСР (указує на потребу пацієнта в допомозі психолога).
4. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), визначає рівень тривожності та депресії.
5. Коротка шкала оцінки ментального статусу (MMSE), експрес-метод дослідження психічного статусу.
6. Тест «Малювання годинника» (визначає наявність значущих когнітивних порушень).

Дослідження психологічної сфери містять опитувальники: на виявлення індивідуально-типологічних особливостей особистості (ІТО), особливостей мотиваційної сфери, актуального психічного стану, внутрішніх конфліктів (таблиця).

Таблиця

Перелік основних і додаткових методик для дослідження психологічної сфери реабілітантів (за DSM-IV) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Класифікаційний психіатричний стандарт, розроблений Американською психіатричною асоціацією)

№ з/п	Психологічні показники	Методики
1	<i>Індивідуально-типологічні особливості особистості (ІТО)</i>	особистісний опитувальник Айзенка (EPI); опитувальник формально-динамічних властивостей індивідуальності В. М. Русалова; особистісний опитувальник СМОЛ
2	<i>Актуальний психічний стан</i>	САН; тест вибору кольору (Люшера); рельєф психічного стану особистості
3	<i>Особливості мотиваційної сфери</i>	Бесіда, опитувальники мотивації
4	<i>Розлади емоцій</i>	Шкала рівня реактивної та особистісної тривожності (Спілбергера–Ханіна), тест вибору кольору (Люшера); опитувальник НІПН
5	<i>Стрес і копінг-стратегії</i>	Д. Амірхан; С. Фолкмана; С. Хофболла (SACS); Р. Лазаруса-С. Фолкмана; С. Нормана та ін.
6.	<i>ПТСР</i>	Міссісіпський опитувальник для бойового ПТСР

Психологічна реакція на травму охоплює три порівняно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати її як розгорнутий у часі процес [7, с. 40]:

– *перша фаза* – психологічного шоку (пригнічення активності й заперечення того, що сталося);

– *друга фаза* – вплив (або «процес одужання»), або фіксація на травмі й подальший перехід постстресового стану в хронічну форму);

– *третья фаза* – нормальне реагування.

Висновки. Дослідження психофізіологічного статусу (на рівні індивіда) здійснюються з використанням автоматизованої комп'ютерної програми (АПК «СПАС»), яка дає змогу спостерігати в динаміці показники таких функцій ВНД, як оперативна пам'ять, реакція на рухомий об'єкт, рухливість нервових процесів.

У результаті дослідження узагальнено діагностичні критерії оцінки психічного здоров'я під час здійснення психометричного аналізу наслідків військової психотравми як психологічного наслідку впливу на людину психотравмувальних стресорів високої інтенсивності (учасників бойових дій, учасників ліквідації аварії на АЕС, військовослужбовців МВС), які проявляються як континуум, що складається з різних видів психічної дезадаптації, одним із яких є посттравматичний стрес.

Перспективи дослідження пов'язані з безпосереднім вивченням указаних характеристик на прикладі їх вимірювання у військовослужбовців, які звільнились зі служби в результаті отриманих психотравм.

1. Ващенко І. В. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання: навч. посібник / І. В. Ващенко, О. Г. Антонова. – К.: Знання, 1998. – 289 с.

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

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

4. Лазебная Е. О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. – № 5. – С. 29–36.

5. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців із посттравматичним стресовим розладом / О. Г. Сиропатов, О. К. Напреевко, Н. О. Дзержинська та ін. – К.: О. Т. Ростунов, 2012. – 76 с.

6. Методические указания по проведению психологического тестирования работников МЧС (Копинг-тесты) / В. А. Розанов, Э. М. Псядло, М. К. Кремячуцкая и др. // ОНУ им. И. И. Мечникова. – О., 2011. – 25 с.

7. Мещенина Т. Особенности психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов / Т. Мещенина, А. Пашилова // Прикладная психология и психоанализ. – 2003. – № 4. – С. 22–41.
8. Напренко О. К. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу / О. К. Напренко, Т. С. Марчук // Архів психіатрії. – 2002. – № 1 (28). – С. 117–119.
9. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації; уклад.: П. В. Волошин та ін. – Х., 2002. – 47 с.
10. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1: Теории и методы / Н. В. Тарабрина и др. – М.: Когито-Центр, 2007. – 245 с.
11. Психология и нейропсихиатрия: сборник клинических рекомендаций; учредитель И. Д. Иванченко. – К.: Нейроньюс, 2009. – 217 с.
12. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
13. Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны / Н. В. Тарабрина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.positum.ru>.
14. Шестопалова Л. Ф. Характеристика основных клінічних варіантів і типів перебігу розладів адаптації / Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11. – № 3 (42). – № 4 (43). – С. 42–61.

Сурмяк Ю. Р., Гуменюк Л. И. К вопросу оценки психического здоровья при психотравмах (диагностические критерии)

Обобщены основные диагностические критерии оценки психического здоровья в условиях проведения психометрического анализа последствий военной психотравмы, направленного на исследование теоретических и практических аспектов адаптации и реабилитации военнослужащих к условиям жизни. Доказано, что последствия психотравмы проявляются как континуум, состоящий из различных видов психической дезадаптации, одним из которых является посттравматический стресс, симптомокомплекс, совокупность взаимосвязанных психологических характеристик: тревожности, эмоциональной нестабильности, депрессивности, базисных убеждений и психопатологических параметров.

Ключевые слова: психическое здоровье, диагностические критерии, психометрический анализ, психотравма, посттравматический стресс, симптомокомплекс.

Surmiak Y. R. Humeniuk L. Y. To the question of mental health psychotraumas (diagnostic criteria)

The article summarizes the main diagnostic criteria for assessing the mental health conditions of the psychometric analysis of the consequences of military psychotrauma aimed at the study of theoretical and practical aspects of adaptation and rehabilitation of servicemen to life. Studies have shown that the effects psychotrauma manifested as a continuum consisting of different types of mental maladjustment, one of which is post-traumatic stress syndrome, a set of interrelated

psychological characteristics, anxiety, emotional instability, depression, basic beliefs and psychopathological parameters. To assess the mental condition in stress disorders using diagnostic criteria based on symptoms that can be observed in patients. PTSD is characterized by constant experience symptoms that include (1) intrusive recollections of the event, repeated; (2) dreams of recurring event; (3) following corresponding situation if the event is repeated; (4) intense painful experiences that were caused by external or internal situation, reminiscent of the traumatic event or represents it; (5) physiological reactivity to stimuli or situations that remind event. The disorder also involves symptoms of avoidance and emotional stupor. These may include (1) efforts to avoid thoughts, feelings or conversations about the event; (2) efforts to avoid activities, places and people associated with the event; (3) inability to recall the essential aspects of the event; (4) a marked decrease in interest to that previously brought pleasure; (6) limit range of emotional experiences; (7) reduced sense of life perspective, accompanied by a significant lack of planning for the future. Rounding out the picture of excitation symptoms that do not occur to the traumatic event.

This may be the following symptoms: (1) difficulties with sleep and poor sleep; (2) irritability and outbursts of anger; (3) difficulty concentrating; (4) increased level of suspicion, constant expectation of danger; (5) hypertrophied reaction to fear.

Key words: mental health, diagnostic criteria, psychometric analysis, psychotrauma, post-traumatic stress syndrome, symptom complex.

Стаття надійшла 5 листопада 2015 р.

УДК 159.9.07

О. Г. Угрин,
А. Д. Вольська

ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕКЛАМИ (наукове обґрунтування)

Здійснено апробацію анкети для дослідження ставлення студентської молоді до соціальної реклами, зокрема до певних її напрямів (соціальна реклама здорового способу життя; охорони здоров'я; охорони природи, збереження енергоресурсів, питання регіональної екології; право- та законслухняності населення; патріотизму і національної свідомості; реклама соціальної служби та інших подібних закладів). Відзначено, що анкета характеризується високими психометричними показниками (валідністю і надійністю). Представлено пілотажне дослідження соціальної реклами, де з'ясовано взаємозв'язок зазначених напрямів соціальної реклами та ціннісних орієнтацій студентської молоді.

Ключові слова: реклама, соціальна реклама, ціннісні орієнтації, студентська молодь.