

Druz O. V., Grinevich Ye. G., Chernenko I. O. Integrative approach to the psychodiagnosis of post-traumatic stress disorder among participants in the antiterrorist operation. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):775-794. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2590651>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4275>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).  
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7  
© The Author(s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 02.11.2016. Revised 22.11.2016. Accepted: 30.11.2016.

## **Integrative approach to the psychodiagnosis of post-traumatic stress disorder among participants in the antiterrorist operation**

**O. V. Druz<sup>1</sup>, Ye. G. Grinevich<sup>2</sup>, I. O. Chernenko<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>National military medical clinical centre;**

**<sup>2</sup>P. L. Shchupik National medical academy of post graduate training, Kiev, Ukraine**

**[psychotype@gmail.com](mailto:psychotype@gmail.com).**

### **Summary**

Clinical-psychopathological („gold standard“) and psychodiagnostic indexes in the participants of local combat actions in Ukraine have been investigated. The force of their interrelations and number were analyzed. On the ground of the results obtained the “Protocol of quantitative, psychodiagnostic, psychometric estimation of post-traumatic stress disorder and associated with it conditions in the participants of local combat actions” has been worked out. It contains the optimal amount of psycho-diagnostic techniques with proven sufficient degree of validity (effectiveness of post-traumatic stress disorders diagnostics) and allows to quantify psychopathology in the structure of PTSD and mental disorders, associated with it among the participants of local combat actions; ascertain mechanisms of self-reactive specific adaptive psychological and behavioral changes as a result of multiple stressors, including intense combat stress; medical and social consequences of PTSD (suicidal behavior, substance use, the impact of PTSD on the mental activity, cognitive and intellectual functions, inadequate and dysfunctional processing of stressful traumatic experiences); combat situation stressful factors and stressors. Application of this protocol will help to shape adequate medical directions and procedures of preventive, therapeutic interventions and rehabilitative measures.

**Key words: post stress mental disorders, posttraumatic stress disorder, local combat actions, military personnel, psycho diagnostic, psycho prophylaxis.**

**Інтегративний підхід до психодіагностики посттравматичного стресового розладу  
у учасників антитерористичної операції**

**О. В. Друзь<sup>1</sup>, Є. Г. Гриневич<sup>2</sup>, І. О. Черненко<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>**Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ**

<sup>2</sup>**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ**

**Актуальність теми.** У теперішній час проблема постстресових психічних розладів (ППР), викликаних впливом таких суспільно небезпечних подій (СНП), як перманентні локальні війни, масові суспільні заворушення, екологічні й техногенні катастрофи постає одним з першочергових питань сьогоденної психіатрії. Джерела наукової інформації вже зараз містять у собі величезний шар результатів епідеміологічних, етіологічних, патогенетично-центрованих, клінічно-спрямованих досліджень, що стосуються питань впливу різноманітних соціально-асоційованих стресорів на виникнення та перебіг ППР. Разом з тим, ці дослідження проводилися, до останнього часу, переважно поза межами України і носили, у зв'язку з відсутністю чіткої термінології й діагностичних критеріїв, досить роз'єднаний характер.

Сучасне розуміння етіології й патогенезу порушень психічної адаптації, ППР, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників локальних бойових дій (УЛБД) та населення внаслідок СНП, зокрема в Україні, вимагає використання біопсихосоціальної моделі [1–5]. У її межах широко застосовуються методи психологічної діагностики прихованих емоційних порушень, соціально-фруструючих факторів, у т.ч. міжособистісних конфліктів, індивідуальних механізмів переробки стресу й психологічного захисту (які в спеціальній літературі найчастіше позначаються поняттям «індекс життєвого стилю») [6, 7], а також оцінка стресора (бій, стихійне лихо, насильство і т.п.), багатофакторний вимір симптомів і численні «індикатори» ПТСР. При цьому, низка авторів вказує на потребу у застосуванні «статистично виважених» алгоритмічних психодіагностичних протоколів замість клінічного інтерв'ю [8]. Зважаючи на те, що на практиці вказані підходи не завжди дають погоджені результати

нами проведено дослідження валідності (достатня результативність верифікації ППР) та необхідності найпоширених методів психодіагностики ППР / ПТСР. Що і постало метою дослідження.

**Мета дослідження.** Розробити протокол квантифікованої, психодіагностичної, психометричної оцінки ПТСР та асоційованих з ним станів у учасників АТО на основі оцінки ступеню валідності, достатності та необхідності найпоширених методів психодіагностики ППР / ПТСР.

**Матеріал та методи дослідження.** З дотриманням принципів етики та деонтології, на основі інформованої згоди на участь у обстеженні, упродовж 2016 року проведено дослідження 75 УЛБД (антитерористичної операції [АТО]), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці психіатрії Головного військово-медичного центру «ГВКГ».

Вибірку формували методом простого вірогіднісного відбору (з використанням таблиці випадкових чисел), необхідний обсяг вибірки формували методом поточної оцінки достовірності відмінностей за Рафалес-Ламарком [9], при цьому за пороговий рівень достовірності було прийнято  $p < 0,05$ .

*Критеріями включення* були: безпосередня участь в АТО; встановлений діагноз «Посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) (F43.1) за МКХ-10 [10, 11]. *Критерії виключення:* наявність тяжкого психічного розладу (у визначенні «Закону України «Про психіатричну допомогу»), що обумовлює небезпеку хворого для себе або його оточення; наявність коморбідної патології; встановлений рівень самообслуговування, що не забезпечує підтримки життєдіяльності на рівні достатньому для задоволення життєво необхідних потреб; відсутність належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Усі обстежені були чоловіками, військовослужбовцями Сухопутних військ Збройних Сил України (ЗСУ), переважно сержантського та рядового складу. Вони служили за контрактом (84 % солдати, 8 % молодші сержанти, 8 % прапорщики) та приймали безпосередню участь в АТО в Донецькій та Луганській областях протягом 2015 - 2016 років. Середній вік обстежених склав  $32,18 \pm 0,05$  років. Більшість військовослужбовців знаходились під впливом довготривалої та інтенсивної стресової дії бойових обставин. Тривалість загальної участі у бойових діях склала у середньому  $322,32 \pm 19,56$  днів.

Жоден з обстежених не був у полоні, усі вони заперечували наявність різноманітних дезадаптивних реакцій, таких як плач, тремтіння, блювота,

відсторонення від товаришів та ін. впродовж бою. Психотравмуючі бойові стресові чинники, що призвели до ПТСР, УЛБД розцінювали переважно як значущу (48,00 %) та особо значущу (22,67 %) подію у житті.

Використані наступні **методи дослідження**: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, методи математичної статистики (дисперсійний, кореляційний, факторний аналіз) [12].

В структурі *клініко-психопатологічного методу* (окрім загальноприйнятих огляду, інтерв'ю та спостереження з подальшим встановленням діагнозу за критеріями МКХ-10 [10, 11]) враховували квантифіковану синдромальну та нозологічну характеристики психічних розладів відповідно до критеріїв, що застосовуються у вітчизняній психіатрії [13], а також контекстуальні (соціально-дезадаптуючі) чинники (Z55, Z56, Z59, Z60, Z63, Z64, Z72, Z73). Якісну та кількісну оцінку психопатологічних симптомів стосовно кожної з психічних сфер здійснювали за допомогою формалізованого психічного статусу.

У зв'язку з тим, що багаточисельні світові наукові дослідження вказують на кореляцію вживання ПАР та ПТСР у військовослужбовців, у межах психічного статусу оцінювали наявність недавнього, ризикованого вживання алкоголю, вживання зі шкідливими наслідками та вірогідної залежності у УЛБД за допомогою тесту AUDIT [14]. Даний тест через його крос-національну стандартизацію є єдиним скринінг-тестом, що розроблений для міжнародного використання, та містить визначення алкогольної залежності та вживання зі шкідливими наслідками практично тотожні таким за МКХ-10.

*Психодіагностичне дослідження* включало ретельний аналіз психолого-психіатричних наслідків СНП у УЛБД у наступних чотирьох напрямках.

А) Квантифіковану оцінку психопатологічної симптоматики в структурі ПТСР та порушень психічних сфер, що асоційованої з даним психічним розладом у УЛБД, здійснювали за допомогою низки методик, а саме: Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) [15–18], Опитувальника виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90R, Symptom Check List 90Revised) [19–21], Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) [22, 23], 5-бальної оціночної шкали сну Я.І. Левіна [24], Опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [25, 26].

Б) Встановлення механізмів реактивної саморегуляції, специфічних пристосувальних психологічних та поведінкових змін внаслідок дії численних стресорів

СПН (у т.ч. інтенсивного бойового стресу) при ППР, зокрема ПТСР, проводили з використанням: Шкали імпульсивності Плучека [27, 28], Методики діагностики показників і форм агресії А. Басса, А. Даркі (в адаптації А. К. Осницького) [29], Методики для психологічної діагностики копінг-механізмів [30, 31], Індивідуального типологічного опитувальника (ІТО) (Л.Н. Собчик, 1999) [32], Орієнтаційної анкети Б. Басса (Bass Orientation Inventory, ЦОО, Ціннісні орієнтації особистості) [33, 34], Методики діагностики загальної комунікативної толерантності В.В. Бойко для верифікація толерантних та інтолерантних установок особистості УЛБД в процесі спілкування [35], Методики дослідження рівня емпатійних тенденцій [36], Суб'єктивної оцінки якості життя (ЯЖ) за quality of life index (показник ЯЖ) [37].

В) Для апробації сучасних наукових даних стосовно медико-соціальних наслідків ПТСР (суїцидальна поведінка, вживання ПАР, вплив ПТСР на мозкову діяльність, пізнавальні та інтелектуальні функції [38–41], неадекватна та дисфункціональна переробка травматичних стресових переживань) на контингенті УЛБД застосовували: Колумбійську шкалу серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS, Columbia Suicide Severity Rating Scale,) [42], експрес-методики оцінки когнітивних функцій [43], Торонтську шкалу алекситимії [44].

г) Психотравмуючі чинники та стресори бойової обстановки визначали за допомогою: Методики стресостійкості і соціальної адаптації Холмса і Прає [45], Шкали оцінки інтенсивності бойового досвіду для уточнення тривалості і інтенсивності стресової дії бойової обстановки [46], Оцінки інтенсивності харасменту [47].

**Результати дослідження.** За допомогою даного дослідження оцінена відповідність розробленого нами психодіагностичного комплексу, як інструмента верифікації ППР / ПТСР, цілям діагностики, оптимальним медико-психологічної профілактиці лікуванню та реабілітації ППР у УЛБД. Проведений кореляційний аналіз з метою встановлення сили й кількості кореляційних зв'язків між даними, отриманими за клініко-психопатологічним методом та показниками психодіагностичного дослідження. І хоча такий аналіз не передбачає чіткого розподілу окремих частин такого зв'язку за категоріями причини та наслідку й не дозволяє виявити причинно-наслідковий зв'язок між патопластичними клінічними, психологічними та соціальними складовими ПТСР, тем не менш, він дозволяє визначити взаємопов'язані, взаємообумовлені ознаки, які стало супроводжують біопсихосоціальні компоненти загального стану УЛБД, наприклад компоненти психічного статусу та патопсихологічні, психологічні, психометричні характеристики. При цьому

встановлений прямий чи оборотний кореляційний зв'язок між певними ознаками вказує на те, що кількісні або якісні зміни відповідного показника завдяки лікувальному або профілактичному впливу обов'язково призведуть до модифікації, пов'язаної з ним ознаки залежно від сили кореляції. Ці міркування стосуються також і діагностичних процедур. Так, якщо, наприклад, між показниками психічного стану та застосованим діагностичним інструментарієм кореляційний зв'язок відсутній, то використання останнього є не доцільним та неінформативним.

**Виявлено відсутність кореляційних зв'язків** між психічним станом УЛБД та копінг-поведінкою обстежених (*Методики для психологічної діагностики копінг-механізмів Хейма та Нормана*). Це свідчить про те, що застосування військовослужбовцем копінг-стратегій, спрямованих на подолання бойових стресових чинників, будь вони адаптивними чи ні, не впливає на розвиток ПТСР та формування психопатологічної симптоматики у УЛБД.

Зазначене, по-перше, підтверджує емпіричні дані щодо недостатньої ефективності застосування у військовослужбовців низки методів десенсибілізації стресу та дебрифінгу, які базуються зокрема на таких адаптивних когнітивних та поведінкових копінг-стратегіях як проблемний аналіз, установка власної цінності, збереження самовладання, співпраця, звернення, альтруїзм – тобто формах поведінки, спрямованих на аналіз ситуації і вірогідних шляхів виходу з неї, підвищення самоконтролю, віри в себе та товаришів, в можливість та шляхи подолання складних ситуацій. А по-друге, вказує на те, що такі, наприклад, методи «боротьби», профілактики патопластичного впливу бойових стресових чинників, що традиційно рекомендуються до застосування, як ігнорування, агресія (випліскування негативних емоцій, емоційна розрядка), конструктивна активність (заняття спортом, корисна діяльність, занурення у улюблену справу, хобі, подорожування, вживання ПАР, реалізація завітних побажань тощо), релігійність, «пасивна кооперація» (відмова, переадресування відповідальності) та т. ін. не тільки не впливають на інтенсивність й розвиток проявів ПТСР і супутньої йому психопатологічної симптоматики, а, й до речі, є патогномонічними, «включеними» у клінічну картину даної психічної патології (наприклад, як такі неадаптивні копінг-стратегії як придушення емоцій, відступ, відволікання, активне запобігання, самозвинувачення тощо).

Це ж стосується показників *орієнтаційної анкети Б. Басса*. Так, зареєстровано відсутність кореляцій між психічним статусом УЛБД та такими якостями особистості як:

– прагнення в любых обставинах до підтримки відносин с іншими людьми, орієнтація на спільну діяльність на шкоду виконання конкретних завдань, соціальне схвалення, залежність від групи, потребу у прихильності, емоційні відношення з іншими – «спрямованість на інших»;

– зацікавленість у виконанні професійних завдань, бажання найкращого їх виконання, здатність до відстоювання власної думки для досягнення загальної мети – «спрямованість на діло».

Ці дані свідчать про те, що втілення заходів підкріплення, винагороди задля стимулювання та розвитку вищезазначених рис УЛБД, хоча і сприяє підвищенню ефективності їх професійної діяльності, але не є мірами медико-психологічної профілактики ПТСР. Навпаки орієнтація на пряму винагороду, агресивність у досягненні службового статусу, схильність до конкуренції у сполученні з роздратованістю, інтровертованістю – «спрямованість на себе» – мають прямий середньої сили зв'язок з іпохондричним радикалом в структурі ПТСР у УЛБД ( $r=0,46$ ), тобто сприяють його формуванню іпохондричної симптоматики.

Наступною методикою, показники якої виявилися не пов'язаними з психопатологічними проявами ПТСР, є *методика суб'єктивної оцінки якості життя за показником якості життя (quality of life index)*.

Так, показник загального сприйняття ЯЖ, що характеризував ступінь задоволеності життям в цілому, щастя у УЛБД, хоча його значення ( $\Sigma_{cp}=5,49\pm 0,31$  балів) і знаходилося на рівні вище середнього, був не пов'язаним с психопатологічною симптоматикою, виявленою у обстежених. Тобто у військовослужбовців, які приймали безпосередню участь в АТО, ступінь задовольняння основних життєвих потреб та суб'єктивна оцінка ЯЖ не залежали від власного психічного стану (у континуумі наявність–відсутність ПТСР).

Слід все ж відмітити зареєстровані оборотні кореляційні зв'язки середньої сили ( $r$  в діапазоні значень від 0,4 до 0,6) між показниками астеничних, афективних, нав'язливих, вегетативних й психосоматичних проявів у феноменологічній структурі ПТСР, зокрема їх інтенсивність, та такими ознаками методики ЯЖ як: фізичне благополуччя ( $\Sigma_{cp}=5,67\pm 0,29$ ), психологічне / емоційне благополуччя ( $\Sigma_{cp}=5,52\pm 0,30$ ), працездатність ( $\Sigma_{cp}=6,27\pm 0,30$ ), суспільна та службова підтримка ( $\Sigma_{cp}=5,01\pm 0,34$ ). Але, ми вважаємо, що ці кореляції є досить очевидними, їх інтерпретація і клінічне розуміння не потребує застосування додаткової методики, тобто обтяження КДП зайвим інструментарієм. Так, наприклад, відчуття постійної психологічної та фізичної

втоми при астеничному симптомокомплексі вже самі по собі передбачають зниження працездатності, зменшення задоволення від виконання професійних обов'язків, що обумовлює низьку суб'єктивну оцінку ЯЖ за цією шкалою. Крім того, кількість встановлених зв'язків є невеликою, а середні значення інших ознак даної методики дублюють показники за іншими методами дослідження, наближаються до нормативних значень у популяції цивільних осіб (самообслуговування і незалежність дій –  $\Sigma_{cp}=7,00\pm 0,32$ , міжособистісні взаємодії –  $\Sigma_{cp}=6,84\pm 0,32$ , соціо-емоційна підтримка –  $\Sigma_{cp}=6,43\pm 0,33$ , самореалізація –  $\Sigma_{cp}=5,99\pm 0,39$ , духовна реалізація –  $\Sigma_{cp}=5,71\pm 0,38$ ) та не пов'язані з клінікою ПТСР.

Кореляційні зв'язки між показниками *Індивідуального типологічного опитувальника, експрес-методики когнітивних функцій* клінічною симптоматикою в структурі ПТСР у УЛБД наведені у табл. 1, 2.

Таблиця 1.

Кореляційні зв'язки між бальними показниками індивідуального типологічного опитувальника та психопатологічною симптоматикою в структурі ПТСР у учасників антитерористичної операції

Показник	Психопатологічна симптоматика					
	астенична	афективна	обсесивна	диссоціативна	іпохондрична	вегетативна
брехня						
агравация						
екстраверсія						
спонтанність						
агресивність						
ригідність	0,68	<b>0,75</b>	0,54	<b>0,82</b>	0,63	0,61
інтроверсія			0,31			
сенситивність						
тривожність	0,63	0,53	0,65	0,64	0,53	0,60
лабільність		-0,38		-0,34		
лідерство				0,35		
неконформність						
конфліктність						
індивідуалізм	0,38		0,32			
залежність			-0,47	-0,32		
конформність	-0,32	-0,44	-0,43	-0,46	-0,38	-0,43
компромісність	-0,34	-0,35		-0,47	-0,35	-0,40
комунікативність						

*Примітка.* Тут і у табл. 2 прямі та зворотні сильні кореляційні зв'язки виділені заливкою чорного кольору, середні – сірого, слабкі – білого. Недостовірні коефіцієнти кореляції не наведені, на їх місці залишені пусті комірки.



Як впливає з табл. 1, прямі кореляційні зв'язки різної сили (що потенціюють розвиток ПТСР) між показниками ІТО та клінічними проявами ПТСР встановлені за 5 індивідуально-типологічними тенденціями, а зворотні (такі що нівелюють формування ПТСР, посилюють резистентність особистості до дії бойового стресу) – за двома. Зважаючи на незначну кількість отриманих кореляцій, ІТО можна було б виключити з батареї психодіагностичного інструментарію, якби не суттєва інформативність та доведена чутливість методики стосовно виявлення такої особистісної риси як «ригідність» (утруднення аж до нездатності змінити намічену програму в умовах, що потребують таких змін, тенденція до збереження власних установок та стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору тощо). Цей показник пов'язаний численними прямими середньої сили зв'язками з показниками агресивності, комунікативної толерантності та ін., і най важливе – встановлені сильні прямі кореляції з внутрішніми формами суїцидальної поведінки (суїцидальні ідеї,  $r=0,77$ ) та реальною потенційною небезпекою суїцидальних спроб ( $r=0,74$ ). Дана ознака також тісно пов'язана з показниками методик, призначених для квантифікованої оцінки симптомів ПТСР.

Таблиця 2.

Кореляційні зв'язки між бальними показниками експрес-методики оцінки когнітивних функцій та психопатологічною симптоматикою в структурі ПТСР у учасників антитерористичної операції

Показник	Психопатологічна симптоматика					
	астеніч-на	афективна	обсесивна	диссоціативна	іпохондрична	вегетативна
запам'ятовування 9 слів					0,57	
малюнок 3 геометричних фігур	-0,35	-0,38	-0,44	-0,34		-0,43
серійне віднімання						
відстрочене відтворення		-0,36	-0,51	-0,40		
тест зорової пам'яті Бентона	-0,44	-0,34			-0,37	
розставлення стрілок годиннику						
вирішення арифметичної задачі					0,50	
заучування 10 слів					0,31	
називання продуктів харчування	-0,52	-0,53	-0,44		-0,51	-0,54
запам'ятовування 9 слів із загальною смисловою ознакою	-0,53	-0,47	-0,30	-0,61	-0,40	-0,59
актуалізація минулих знань	-0,49	-0,45		-0,63		-0,42
смісл прислів'я	-0,45	-0,35				-0,43

Загалом, застосування ІТО надає можливість для виконання важливого завдання медико-психологічної профілактики УЛБД – формування та потенціювання

відповідних професійно значущих якостей, що ґрунтуються на встановлених за допомогою ІТО особливостях їх особистості, підвищують стресостійкість та адаптують до виконання професійних обов'язків у найнапруженіших умовах бойових дій, перешкоджають виникненню ПТСР та опосередковано впливають на зниження кількості демобілізованих з рядів ЗСУ у зв'язку з психічною патологією.

Частина методів, які входять до *експрес методика оцінки когнітивних функцій* доцільно скоротити через низьку інформативність щодо діагностики та медико-психологічної профілактики ПТСР (див. табл. 2). Цю процедуру спрощує їх відокремленості однієї з одної та незалежність результатів. Це стосується заучування методики 10 слів, так як вона дублюється запам'ятовуванням 9 слів (пам'ять), серійного віднімання (увага), розставлення стрілок годиннику (конструктивні якості).

При проведенні кореляційного аналізу показників *Опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП)* та ПТСР виявлені зворотні здебільше середньої сили зв'язки між патопсихологічними відхиленнями у формі «невротичного» або «психопатичного» радикалів особистості та клінічними проявами ПТСР. Із результатів аналізу випливає, що підвищення рівнів психопатизації та невротизації призводить до покращання психічного стану УЛБД.

Зазначене входить у супереч зі змістовним аналізом шкал РНП, який за даними авторів, свідчить про те, що, наприклад, твердження шкали невротизації містять характерні прояви такого стану (швидка втомлюваність, порушення сну, іпохондрична фіксація на неприємних соматичних відчуттях, зниження настрою, роздратованість, збудливість, наявності страхів, тривоги, невпевненості у собі). В свою чергу, середні значення показників за шкалою невротизації свідчать про її високий рівень ( $\Sigma_{cp} = -31,05 \pm 5,35$ , високий рівень невротизації діагностується якщо величина показника складає менш ніж (-10) балів), так саме як і психопатизації ( $\Sigma_{cp} = -21,84 \pm 2,26$ ). У цьому зв'язку є зрозумілим, що результати за шкалою невротизації повинні відповідати даним, отриманим впродовж клініко-психопатологічного дослідження стосовно астеничних, афективних, іпохондричних та ін. проявів, асоційованих з ПТСР, та через це бути пов'язаними з ними сильними прямими кореляціями (які до речі встановлені при використанні інших методик для квантифікованої оцінки проявів ПТСР, див. вище), так як, з точки зору розробників, вони є по суті тотожними й описують ті ж самі клінічні ознаки. Але такої ідентичності нами встановлено не було.

Такі парадоксальні, суперечливі взаємозв'язки між зазначеними особливостями особистості, психопатологічною симптоматикою, даними інших валідних тестів

викликають обґрунтовані сумніви щодо інформативності даної методики в КДП при ППР та є підставою для її виключення. Додатковим аргументом стосовно відсутності доцільності її застосування є застаріла термінологія, що заважає крос-національній стандартизації та інтерпретації даних.

Наявність численних кореляцій між показниками *Шкали імпульсивності Плучека* та ознаками ворожості за методиками діагностики показників і форм агресії А. Басса, А. Даркі ( $r=0,46$ ) та SCL-90R Дерогатіса ( $r= 0,69$ ), шкалами Методики діагностики загальної комунікативної толерантності В.В. Бойко робить верифікацію цієї риси особистості в структурі КДП надлишковою.

Треба відмітити, що незважаючи на значну кількість прямих кореляційних сильних зв'язків між показниками методик, використаних для квантифікованої оцінки клінічної картини ПТСР у УЛБД, застосування їх комплексу є доцільним завдяки тому, що отримані за цим діагностичним інструментарієм дані дозволяють утворити систему цілісної, а головне – всебічної різнопланової оцінки психічного стану військовослужбовців в умовах локальних бойових дій та після них, а також створити науково-обґрунтовані психогігієнічні, психопрофілактичні, психокорекційні, психотерапевтичні заходи їх медико-психологічної профілактики.

Аналіз результативності комплексу діагностичних процедур при постстресових психічних розладах на прикладі контингенту військовослужбовців з ПТСР, які приймали безпосередню участь у локальних бойових діях (АТО) дозволив виділити батарею психодіагностичних методик, показники яких достовірно пов'язані з клінічною картиною ПТСР, стало супроводжують даний психічний розлад та доповнюють відомості щодо його феноменологічної структури.

Зазначена батарея психодіагностичних методик відповідає загальноприйнятим вимогам до діагностичного інструментарію, а саме:

а) забезпечує високу валідність застосованих методів діагностики, тобто має достатню результативність верифікації ППР;

б) включає до себе дешеві, прості, неінвазивні діагностичні процедури з доведеною високою чутливістю (надає позитивний результат при наявності ППР);

в) містить у себе оптимальну кількість методик обстеження (мінімально достатню для обґрунтованого діагнозу ППР);

г) слугує основою для формування напрямків профілактичних впливів та дій, що забезпечують мінімізацію медико-соціальних наслідків СНП – зниження рівню психолого-психіатричних проблем, детермінованих СНП;

д) займе максимально короткий час при застосуванні.

Проведене дослідження дозволило розробити *Протокол квантифікованої, психодіагностичної, психометричної оцінки ПТСР та асоційованих з ним станів у учасників АТО:*

*F43.1 Посттравматичний стресовий розлад.*

*Умови застосування:* Попередній психіатричний огляд – займання посади рядового та командного складу Збройних Сил України.

Періодичний психіатричний огляд – моніторинг психічного стану військовослужбовців у мирний час раз на п'ять років, у період участі у локальній бойових діях 1 раз на місяць та після участі у напружених та інтенсивних видах бою.

Стационарне – на початку та наприкінці госпіталізації.

Денний стаціонар (напівстаціонарне) – на початку та наприкінці санаторно-курортного лікування в санаторних умовах та в центрах медико-психологічної реабілітації.

Амбулаторне – моніторинг психічного стану через місяць після виписки зі стаціонару для профілактики рецидиву.

*Перелік необхідних обстежень:*

I. Квантифікована оцінка психопатологічної симптоматики в структурі ПТСР та порушень психічних сфер, що асоційовані з даним психічним розладом:

1. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант).
2. Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90R, Symptom Check List 90Revised).
3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).
4. Клінічна оцінки виразності порушень сну Я.І Левіна.

II. Встановлення механізмів реактивної саморегуляції, специфічних пристосувальних психологічних та поведінкових змін внаслідок дії численних стресорів СПН (у т.ч. інтенсивного бойового стресу):

1. Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса, А. Даркі (в адаптації А.К. Осницького).
2. Індивідуальний типологічний опитувальник.
3. Методика діагностики загальної комунікативної толерантності В.В. Бой-ко.
4. Методика дослідження рівня емпатійних тенденцій.

III Медико-соціальні наслідки ПТСР:

1. Колумбійської шкали серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS, Columbia

Suicide Severity Rating Scale).

2. Експрес-методика оцінки когнітивних функцій.

3. Торонтська шкала алекситимії.

4. AUDIT.

IV. Психотравмуючі чинники та стресори бойової обстановки (після участі у бойових діях\*):

1. Методика стресостійкості і соціальної адаптації Холмса і Раге.

2. Шкали оцінки інтенсивності бойового досвіду\*.

3. Оцінка інтенсивності харасменту\*.

Тривалість застосування: 60–90 хвилин.

Очікувані результати застосування: встановлення ознак які достовірно пов'язані з клінічною картиною ПТСР, стало супроводжують даних психічний розлад та доповнюють відомості щодо його феноменологічної структури з метою визначення мішеней та заходів лікувально-реабілітаційного та медико-психологічного впливів.

Таким чином, на основі визначення сили та кількості взаємозв'язків між показниками клініко-психопатологічного («золотий діагностичний стандарт») та психодіагностичного методів дослідження розроблений «Протокол квантифікованої, психодіагностичної, психометричної оцінки ПТСР та асоційованих з ним станів у учасників АТО», який має достатній ступінь валідності (результативності щодо діагностики ППР / ПТСР), включає оптимальну кількість методик та дозволяє за умов застосування формувати адекватні напрямки та процедури медико-профілактичних та лікувально-реабілітаційних втручань.

## **Література**

1. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. / Ф. Б. Березин – Л.: Наука, 1988. – 523 с.

2. Березин М. А. Факторы риска пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у педагогов общеобразовательных школ / М. А. Березин, Л. И. Вассерман // Обозрение психиатр, и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. - № 46. - С. 12 -17.

3. Вассерман Л. И. Социальная фрустрированность и ее роль в генезе психической дезадаптации / Л. И. Вассерман, М. А. Березин // Обозрение психиатр, и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1997. - №1. - С. 12 -14.

4. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике

психологических защитных механизмов / Е. Б. Клубова // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. - СПб.: Vtlbwbyf, 1994.- 77 с.

5. Иванов В. Б. Использование модифицированного варианта теста на психологические защиты Р. Плутчика у пациентов с невротическими и личностными расстройствами, осложненными сексуальной дисфункцией / В. Б. Иванов, И. Б. Полонская // Соц. и клин. психиатрия.– 2000.– № 1. – С. 75-77.

6. Вассерман Л. И. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы / Л. И. Вассерман, Н. П. Петрова // Соц. и клин. психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 1. – С. 73–74.

7. Васильева О. С. Изучение основных характеристик жизненной стратегии человека / О. С. Васильева, Е. А. Демченко // Вопросы психологии. — 2001. – № 2. – С. 74–85.

8. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. - 1988, N 56. - P.85 - 90.

9. Рафалес-Ламарк Э. Э., Николаев В. Г. Некоторые методы планирования и математического анализа биологических экспериментов. - Киев: Наукова думка, 1971. - 283 с.

10. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.

11. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.

12. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – Киев: Моріон, 2000. – 320 с.

13. Жмуров В. А. Общая психопатология. – Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1986. – 280 с.

14. Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. – Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. – 41 p.

15. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity // Journal of Consulting

and Clinical Psychology. - 1988. - Vol. 56(1). - P. 85-90.

16. Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L. A., King D.W. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. // Journal of Traumatic Stress. - 1995. - Vol. 8(1). - P. 91-109.

17. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – С. 228-232.

18. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes // Archives of Psychology. - 1932. - Vol. 140. - P. 1-55.

19. Derogatis L.R. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi // Psychopharmacology bulletin. – 973 – Vol. 9. N 1 – P. 13 – 28.

20. Derogatis L. R. Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL - 90 / L. R. Derogatis, P. A. Cleary // Br. J. Clin. Psychol. – 1977. – Vol. 16. – P. 347 – 356.

21. Starcevic V. The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders / V. Starcevic, G.Bogojevic, J. Marinkovic // J. Personality Disorders. – 2000. – Vol. 14, N 3. – P. 199 – 207.

22. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361-370.

23. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // Br J Psychiatry. – 1979.- Vol.134.- P. 382 - 389.

24. Левин Я. И. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы. М.: Медпрактика, 2005. – 116 с.

25. Бажин Е. Ф., Ласко Н. Б., Тархан А. У. Изучение уровня невротизации и психопатизации с помощью специальной стандартизованной методики. – В кн.: Проблемы психопрофилактики нервно-психических расстройств. – Л.: НИПНИ, 1976 – С. 44-46.

26. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – С. 208–225

27. Корякина И. Н. Система интеллектуальной поддержки исследования дорсалгий у летного состава [Текст] / И. Н. Корякина, А. Н. Сапегин // Информатика и системы управления. - 2008. - N 2 (16). - С. 87-90 .

28. Шкала импульсивности Плучека. – Режим доступа до ресурсу:

<http://www.psychiatry.ru/stat/96>

29. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: БАХРАХ-М, 2001. – С. 174–180.

30. Heim E. Coping und Adaptivitat: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? *Psychoter Psychosom // Med Psychol.*- 1988.- Vol. 1.- P. 8–17.

31. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптированный вариант Т.А.Крюковой)

32. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. -С. 442 - 444

33. Собчик Л. Н. Дифференциальные методы психологической диагностики невротических расстройств. Индивидуально-типологический опросник (ИТО) (Пособие для врачей). – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 1999.– 32 с.

34. Басс Б. Определение направленности личности (ориентационная анкета) // Психодиагностика личности: пособие для студентов вузов/ М. А. Пономарёва, Т. И. Юхновец/ под общ. ред. М. А. Пономарёвой.- Минск: Тесей,2008.- 211 с.

35. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: БАХРАХ-М, 2001. – С. 563–569.

36. Тест эмпатийного потенциала личности (И. М. Юсупов). – режим электронного доступа до ресурсу <http://genderua.narod.ru/test-html/1-14d.htm> та <http://azps.ru/tests/2/tt6.html>.

37. Mezzich J. E., Cohen N., Liu J., Ruiperez M., Yoon G., Igbal S., Perez C. Validation of an efficient quality of life index // *Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry.* — Hamburg, 1999. — P. 427–428.

38. Kerry J. Ressler and Helen S. Mayberg Targeting Abnormal Neural Circuits in Mood and Anxiety Disorders: From the Laboratory to the Clinic // *Nature Neuroscience.* – 2007. – Vol. 10, No. 9. – P. 1116 –1124.

39. Mauricio R. Delgado et al. Neural Circuitry Underlying the Regulation of Conditioned Fear and Its Relation to Extinction // *Neuron.* – 2008. – Vol. 59, No. 5. – P. 829–838.

40. Thomas R. Insel Disruptive Insights in Psychiatry: Transforming a Clinical Discipline // *Journal of Clinical Investigation.* –2009. – Vol. 119, No. 4. – P. 700–705.

41. Liu Y, Li YJ, Luo EP, Lu HB, & Yin H (2012). Cortical thinning in patients with recent onset post-traumatic stress disorder after a single prolonged trauma exposure // *PloS*



one. – 2012. – № 7 (6) : e39025.. – PMC3374792, doi: 10.1371/journal.pone.0039025, PMID: 22720021

42. [Kelly Posner](#) The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults / [Kelly Posner](#), [Gregory K. Brown](#), [Barbara Stanley](#) et al // [Am J Psychiatry.](#) – 2011. – 168(12). – P. 1266–1277.

43. Н. К. Корсакова, Е. Ю. Балашова, И. Ф. Рощина. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении // Журн. неврол. и психиатр. – 2009. – №2. – С. 44–50.

44. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – С. 189–193.

45. Агазаде Н. Психологическое притеснение (харассмент) на рабочем месте и проблемы психического здоровья, сопровождающиеся суицидальными тенденциями [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 3 (20). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

### References:

1. Berezin FB. Psychological; and psychophysiological adaptation of a human–Lenigrad: Nauca, 1988. – 523 p. (Rus.)

2. Berebin MA. Risk factors of boundary neuro-psychic and psychosomatic disorders in the teachers of secondary schools // VM Bekhterev review of psychiatry and psychology. – 1994. - № 46. - p. 12 -17 (Rus.).

3. Wasserman LI. Social fructration and its role in genesis of psychic disadaptation // Ibid. – 1997. - №1. - С. 12 -14 (Rus.).

4. Klubova YeB. Medical psychology methods in diagnosis of psychological protective mechanisms // Theory and Practice of medical psychology and psychotherapy. – St. Petersburg: Medicina, 1994.- 77 p. (Rus.).

5. Ivanov VB. Use of modified variant of R. Pluchek’s test of psychological defense in the patients with neurotic and personal disorders complicated by sexual dysfunction // Soc Clinical Psychiatry.– 2000.– № 1. – P. 75-77 (Rus.).

6. Wasserman LI. Psychological defense and affective disorders in the patients at the situation of vital danger // Ibid. – 2000. – Т. 10, № 1. – P. 73–74 (Rus.).

7. Vasilieva OS. Study of main characteristics of a human life strategy // Problems of

psychology. — 2001. — № 2. — P. 74–85 (Rus.).

8. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. - 1988, N 56. - P.85 - 90.

9. Rafales-Lamark EE., et al. Some methods of planning and mathematical analysis of biological experiments. - Kiev: Naukova Dumka, 1971. -283 p. (Rus.)

10. Classification of psychic and behavioural disorders. Clinical description. – Kiev: Fact, 1999. – 272 p. (Rus.).

11. Short guideline to ICD-10: Classification of psychic disorders / Transl. from English. – Kiev: Sphera, 2000. – 464 p. (Rus.)

12. Lapach SN., et al. CStatistic methods in medical and biological researches with the use of Excel. – Kiev: Morion, 2000. – 320 p. (Rus.).

13. Zhmurov VA. General Psychopathology. – Irkutsk; Ed. Irkutsk University, 1986. – 280 p. (Rus.).

14. Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. – Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001. – 41 p.

15. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity // Journal of Consulting and Clinical Psychology. - 1988. - Vol. 56(1). - P. 85-90.

16. Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L. A., King D.W. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. // Journal of Traumatic Stress. - 1995. - Vol. 8(1). - P. 91-109.

17. Tarabrina NV. Case study on psychology of military stress. – St. Petersburg: Piter, 2001. – P. 228-232 (Rus.).

18. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes // Archives of Psychology. - 1932. - Vol. 140. - P. 1-55.

19. Derogatis L.R. SCL–90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report report / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi // Psychopharmacology bulletin. – 973 – Vol. 9. N 1 – P. 13 – 28.

20. Derogatis L. R. Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL - 90 / L. R. Derogatis, P. A. Cleary // Br. J. Clin. Psychol. – 1977. – Vol. 16. – P. 347 – 356.

21. Starcevic V. The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders / V. Starcevic, G.Bogojevic, J. Marinkovic // J. Personality Disorders. – 2000. – Vol. 14, N 3. – P. 199 – 207.
22. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361-370.
23. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // Br J Psychiatry. – 1979.- Vol.134.- P. 382 - 389.
24. Levin YaI. Insomnia: modern diagnostic and therapeutical approaches. - Moscow: Medpractica, 2005. – 116 p. (Rus.).
25. Bazhyn YeF., et al. Study of the level of neurotization and psychotheism with the use of special standard method // Problems of psychoprophylactics. – Jlenograd: NIPNI, 1976 – P 44-46 (Rus.)
26. Agayev NA., et al. Collection of techniques for diagnostics of negative psychological states in military men. – Kiev: NDTs GP ZSU, 2016. – P. 208–225 (Ukr.)
27. Koriakina IN. System of intellectual support of investigation of dorsalgias in air staff // Information and systems of managemnet. - 2008. - N 2 (16). - P. 87-90 (Rus.).
28. Pluchek's scale of impulsions: <http://www.psychiatry.ru/stat/96>
29. Raygorodsky DYa. Practical psychodiagnostics. Methods and tests. Manual. – Samara: Bahrah-M, 2001. – P. 174–180 (Rus.).
30. Heim E. Coping und Adaptivitat: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? Psychoter Psychosom // Med Psychol.- 1988.- Vol. 1.- P. 8–17.
31. Coping-behaviour (adapt. Variant)
32. Fetiskin NP., et al. Social-psychological diagnostics of a personality development and small groups. – Moscow: Ed. Inst for Psychotherapy, 2002. - P. 442 – 444 (Rus.).
33. Sobchick LN. Differential methods of psychological diagnostics of neurotic disorders. – Moscow: VP. Serbsky Scien Centre, 1999.– 32 p. (Rus.)
34. Bass B. Determination of a personality direction (questionnaire) // Psychological Diagn of personality. MInsk: Tesey, 2008.- 211 p. (Rus.)
35. see N 29 – P. 563–569.
36. Test of empathic potential of a personality <http://genderua.narod.ru/test-html/1-14d.htm> ra <http://azps.ru/tests/2/tt6.html>.
37. Mezzich J. E., Cohen N., Liu J., Ruiperez M., Yoon G., Igbal S., Perez C. Validation of an efficient quality of life index // Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. — Hamburg, 1999. — P. 427–428.

38. Kerry J. Ressler and Helen S. Mayberg Targeting Abnormal Neural Circuits in Mood and Anxiety Disorders: From the Laboratory to the Clinic // *Nature Neuroscience*. – 2007. – Vol. 10, No. 9. – P. 1116–1124.
39. Mauricio R. Delgado et al. Neural Circuitry Underlying the Regulation of Conditioned Fear and Its Relation to Extinction // *Neuron*. – 2008. – Vol. 59, No. 5. – P. 829–838.
40. Thomas R. Insel Disruptive Insights in Psychiatry: Transforming a Clinical Discipline // *Journal of Clinical Investigation*. – 2009. – Vol. 119, No. 4. – P. 700–705.
41. Liu Y, Li YJ, Luo EP, Lu HB, & Yin H (2012). Cortical thinning in patients with recent onset post-traumatic stress disorder after a single prolonged trauma exposure // *PloS one*. – 2012. – № 7 (6) : e39025.. – PMC3374792, doi: [10.1371/journal.pone.0039025](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039025), PMID: 22720021
42. [Kelly Posner](#) The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults / [Kelly Posner](#), [Gregory K. Brown](#), [Barbara Stanley](#) et al // [Am J Psychiatry](#). – 2011. – 168(12). – P. 1266–1277.
43. Korsakova NA., et al. Express-method for the estimation of cognitive functions at normal ageing // *J Neurol Psychiat*. – 2009. – № 2. –P. 44–50 (Rus.).
44. see N 26 – P. 189–193 (Ukr.).
45. Agazadze N. Psychological pressure (harassment) at the labour place and mental health, accompanied by suicidal tendencies // *Med Psych Russia*. – 2013. – N 3 (20). – URL: <http://medpsy.ru>