

Министерство образования и науки Российской Федерации
Технический институт (филиал) федерального государственного
автономного образовательного учреждения высшего профессионального
образования «Северо-Восточный федеральный университет
имени М.К. Аммосова» в г. Нерюнгри

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО КУРСУ «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ, ПЕРЕНЕСШИМ
ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЙ СТРЕСС»
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ 050400.62 «ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ»
ПРОФИЛЬ ПОДГОТОВКИ - ОБЩИЙ
КВАЛИФИКАЦИЯ (СТЕПЕНЬ) ВЫПУСКНИКА - БАКАЛАВР
(очная и заочная форма обучения)

Нерюнгри
Издательство ТИ (ф) СВФУ
2015

Утверждено учебно-методическим советом ТИ (ф) ФГАОУ ВПО «СВФУ»

Составитель:

Е.В.Николаев, к.п.н., доцент кафедры ПимНО

Рецензент:

Т.Ю. Ковтун, к.п.н., доцент кафедры Возрастной и педагогической психологии, Педагогический институт ФГАОУ ВПО «СВФУ»

Подготовлено на кафедре ПимНО ТИ (ф) ФГАОУ ВПО «СВФУ»

Печатается в авторской редакции

Методические рекомендации предназначены для самостоятельной работы студентов. В них содержится информация по основным разделам дисциплины, описание методик выполнения лабораторных работ по психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
1. Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий	5
2. Методы диагностики Посттравматического расстройства	12
3. Особенности психодиагностики посттравматического стрессового расстройства.	18
4. Методы коррекции посттравматических стрессовых расстройств	20
5. Психотерапевтические направления помощи на этапах переживания стрессовых расстройств	24
6. Диагностика стресса	30
7. Методы борьбы со стрессом	35
Заключение	38
Литература	39
Приложение 1. Методика для определения вероятности развития стресса (по Т. А. Немчину и Тейлору)	40
Приложение 2. Опросник иерархической структуры актуальных страхов личности	42
Приложение 3. Методика для диагностики склонности к срывам в стрессовой ситуации “Прогноз”	46
Приложение 4. Шкала оценки влияния травматического события	52
Приложение 5. Опросник “Уровень депрессии” А. Бека	55
Приложение 6. Тест на профессиональный стресс (Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышников)	58
Приложение 7. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко	62
Приложение 8. Индекс психоэнергетической опустошенности	69
Приложение 9. Опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норман, Д. Эндлер, Д. Джеймс, М. Паркер, в адаптации Т. Л. Крюковой и др.).	71

ВВЕДЕНИЕ

В различных регионах планеты в настоящее время резко возросло количество антропогенных катастроф и «горячих точек». Увеличилось количество тяжких преступлений против личности. Эти ситуации характеризуются, прежде всего, сверхэкстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), возникающем как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Психологические аспекты переживания травматического стресса и его последствия изучаются, как правило, в контексте общих проблем деятельности человека в экстремальных условиях, исследований адаптационных возможностей человека и его стресс-толерантности.

Интенсивность стрессогенного воздействия в ситуациях, связанных с угрозой существованию человека, бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Их наличие может способствовать его развитию, отражаться в течении или клинической картине. Однако ПТСР может развиваться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности. Однако, несмотря на такое (сугубо теоретическое) утверждение, следует подчеркнуть, что, во-первых, ПТСР – это одно из возможных психологических последствий переживания травматического стресса и, во-вторых, данные многочисленных исследований говорят о том, что ПТСР возникает приблизительно у 1/5 части лиц, переживших ситуации травматического стресса (при отсутствии физической травмы, ранения). Именно эта часть и является объектом изучения специалистов в области травматического стресса. Больные ПТСР могут попасть в поле зрения врачей различного профиля, поскольку его проявления, как правило, сопровождаются как другими психическими расстройствами (депрессия, алкоголизм, наркомания и пр.), так и психосоматическими нарушениями. Общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений, хотя в психологической картине ПТСР специфика травматического стрессора (военные действия или насилие и т.д.) несомненно, находят отражение.

Однако главным является то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности.

За последние десятилетия в мировой науке резко возросло количество научно-практических исследований, посвященных травматическому и посттравматическому стрессу. Можно говорить о том, что исследования в области травматического стресса и его последствий для человека выделились в самостоятельную междисциплинарную область науки. В нашей стране, несмотря на высокую актуальность этой проблемы, ее разработка находится на начальной стадии, имеются отдельные научные коллективы психологов и психиатров, которые занимаются ее изучением.

Предлагаемые методические рекомендации являются результатом изучения теоретических и практических работ по данной проблеме, разработке и предложении технологии в работе с людьми, перенесшими психотравмирующий стресс. Предлагаются методики для диагностики ПТСР, методы стандартизированной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами – ОСР и ПТСР.

Цель рекомендаций: ознакомление студентов с диагностическими и коррекционными разработками по оказанию психологической помощи людям, перенесшим психотравмирующий стресс. Оказание информационной помощи педагогам-психологам, родителям и родственникам лиц, которые пережили стресс и депрессию. Также показать, что без помощи и поддержки окружающих близких людей такой человек не сможет справиться с существующими у него трудностями, проблемами.

В конце методических рекомендаций приведен библиографический список для более подробного изучения затронутых вопросов.

Методические рекомендации по дисциплине «Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс» предназначен студентам очной и заочной формы обучения по специальности: 050400.62 «Психолого-педагогическое образование», преподавателям, практическим психологам, психологам-педагогам, а также всем, кто интересуется данной проблемой.

1. Стресс, посттравматический стресс: соотношение понятий

Исторически исследования в области посттравматического стресса развивались независимо от исследований стресса. Несмотря на некоторые попытки навести теоретические мосты между «стрессом» и «посттравматическим стрессом», и поныне эти две области имеют мало общего. Центральными положениями в концепции стресса, предложенной в 1936 г. Гансом Селье (Селье Г., 1992), является гомеостатическая модель самосохранения организма и мобилизация ресурсов для реакции на стрессор. Все агенты, действующие на организм, он подразделил на специфические (вирус гриппа вызывает грипп) и неспецифические стереотипные эффекты стресса, которые проявляются в виде общего адаптационного синдрома. Этот синдром в своем развитии проходит три стадии: 1) реакцию тревоги; 2) стадию резистентности; 3) стадию истощения.

Селье ввел понятие адаптационной энергии, которая мобилизуется путем адаптационной перестройки гомео-статических механизмов организма. Ее истощение, по мнению Селье, необратимо и ведет к старению и гибели организма. Психическим проявлениям общего адаптационного синдрома присвоено наименование «эмоциональный стресс» – т.е. аффективные переживания, сопровождающие стресс и ведущие к неблагоприятным изменениям в организме человека. Именно эмоциональный аппарат первым включается в стрессовую реакцию при воздействии экстремальных и повреждающих факторов (Анохин П.К., 1973, Судаков К.С., 1981), что связано с вовлечением эмоций в структуру любого целенаправленного поведенческого акта. Вследствие этого активируются вегетативные функциональные системы и их специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции. В случае невозможности достижения жизненно важных результатов для преодоления стрессовой ситуации возникает напряженное состояние,

которое вкуже с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. При некоторых обстоятельствах вместо мобилизации организма на преодоление трудностей стресс может стать причиной серьезных расстройств. (Исаев Д.Н., 1996). При неоднократном повторении или при большой продолжительности аффективных реакций в связи с затянувшимися жизненными трудностями эмоциональное возбуждение может принять застойную стационарную форму. В этих случаях даже при нормализации ситуации застойное эмоциональное возбуждение не ослабевает. Более того, оно постоянно активизирует центральные образования вегетативной нервной системы, а через них расстраивает деятельность внутренних органов и систем. Если в организме оказываются слабые звенья, то они становятся основными в формировании заболевания. Первичные расстройства, возникающие при эмоциональном стрессе в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, приводят к изменению нормального функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы. Эмоциональные стрессы по своему происхождению, как правило, социальные, и устойчивость к ним у разных людей различна. Стрессовые реакции на психосоциальные трудности не столько следствие последних, сколько интегративный ответ на когнитивную их оценку и эмоциональное возбуждение. Согласно современным воззрениям, стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае, согласно существующим концепциям, нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события – экстремальные кризисные ситуации,

обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для самого себя или значимых близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны. Факт переживания травматического стресса для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс (такой как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования и др.), способный вызвать психические нарушения практически у любого человека. Некоторые из известных исследователей стресса, такие как Лазарус, являясь последователями Г. Селье, по большей части игнорируют ПТСР, как и другие расстройства, в качестве возможных последствий стресса, ограничивая поле внимания исследованиями особенностей эмоционального стресса. Концепции «травматического горя» Линдермана (1944) и «синдрома стрессовой реакции» Горовица (1986) часто приводятся как пример расширения концепции классической теории стресса. Однако эти модели включают понятия о фазе восстановления или ассимиляции, суть которых сводится к пролонгированной борьбе с последствиями экстремального или травматического стресса. Авторы этих концепций указывают, что для перенесших психическую травму характерны переживания психического дискомфорта, дистресса, тревоги и горя в течение этого периода. Попытки рассматривать эти концепции как разновидность классической теории стресса, видимо, проистекают из обозначения авторами вышеописанных реакций как «стресс» и «хронический стресс». Хронический стресс не ограничен ситуацией воздействия стрессора. Реакции могут иметь место как до того, как исчезает воздействие стрессора, так и в последующей жизни. С теоретической точки зрения было бы более корректно использовать

термины «стресс» для обозначения непосредственной реакции на стрессор и «посттравматические психические нарушения» для отсроченных последствий травматического стресса. Различия между исследованиями в области стресса и травматического стресса носят методологический характер. Так, большинство исследований травматического стресса сфокусировано на оценке взаимосвязи между травмой и вызванными ею расстройствами, а также оценке степени травматогенности того или иного события в большей степени, чем на его стрессогенности. Такие психометрические инструменты, как шкала оценки воздействия травматического события Горовица и Миссиссипская шкала ПТСР Кина (они представлены в части II практикума), были разработаны для оценки этих специфических последствий психической травмы. Исследования в области стресса в основном носят экспериментальный характер с использованием специальных планов эксперимента в контролируемых условиях. Исследования, посвященные проблеме травматического стресса, напротив, носят натуралистический, ретроспективный характер и по большей части могут быть отнесены к наблюдению. Исследователи травматического стресса склонны к измерениям переменных, имеющих концептуальный, категориальный характер результата (измерения развития расстройства). Исследователи в области стресса предпочитают иметь дело с континуальными переменными. Хобфолл (1988). Эта точка зрения выражается в идее тотального стрессора, который провоцирует качественно иной тип реакции, который заключается в консервации адаптационных ресурсов («притвориться мертвым»). Похожая точка зрения высказана Кристэлом (1978), который, оставаясь в рамках психоаналитической теории, предположил, что психический коллапс, «замораживание аффекта», а также последующие нарушения способности к модуляции аффекта и алекситимия – основные черты «травматической» реакции на экстремальные условия. Другие термины, описывающие экстремальную реакцию на тотальный стресс, – диссоциация и

дезорганизация. Выражаясь метафорически, два подхода: стресс и травматический стресс – включают в себя идеи, с одной стороны, гомеостаза, адаптации и «нормальности», а с другой – разделения, дисконтинуальности (прерывистости) и психопатологии.

Современные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложились окончательно к 1980-м гг., однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий. В 1666 г. в дневнике Samuel Pepys сделана запись спустя шесть месяцев после того, как он оказался свидетелем большого пожара в Лондоне: «Это странно, но до сегодняшнего дня не могу проспать и ночи без ужасов пожара; и что этой ночью я не мог уснуть почти до двух часов из-за мыслей о пожаре» (цит. по Daly, 1983, с. 66). Подобные переживания описывал DaCosta в 1871 г. у солдат во время Гражданской войны в Америке. Он называл это состояние «солдатским сердцем», наблюдая вегетативные реакции со стороны сердца.

Эмиль Крепелин, блестящий нозолог XIX в., использовал термин *schreckneurose* («невроз пожара») для того, чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические феномены, возникающие как результат различных эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность. Это состояние наблюдается после серьезных несчастных случаев, особенно пожаров, железнодорожных катастроф или столкновений.

В 1889 г. Х. Оппенгейм (H. Oppenheim) ввел термин «травматический невроз» для диагностики психических расстройств у участников боевых действий, причины которых он усматривал в органических нарушениях головного мозга, вызванных как физическими, так и психологическими факторами. Много наблюдений за развивавшимися после участия в боевых действиях психопатологическими состояниями было сделано во время Первой мировой войны.

Психологическими проблемами участников Первой мировой и Гражданской войн в России занимались И. Бехтерев, П. Ганнушкин, Ф. Зарубин, С. Крайц, а после Великой Отечественной войны – Е. Краснушкин, В. Гиляровский, А. Архангельский и многие другие. После Первой мировой войны осталась обширная документация неврологических и психологических последствий военной травмы. Отдельные описания последствий пережитого солдатами военного стресса были даже опубликованы, в них говорилось о навязчивом воспроизведении угрожающих жизни ситуаций, а также о повышенной раздражительности, преувеличенной реакции на громкие звуки, трудностях с концентрацией внимания и др.

Позднее Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914-1919» определил отличия между неврологическим расстройством «контузии от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». Контузия, вызванная разрывом снаряда, рассматривалась им как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, тогда как «снарядный шок» Майерс рассматривал как психическое состояние, вызванное сильным стрессом. Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе Второй мировой войны. Это явление у разных авторов называлось по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз».

В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований Кардинер назвал это явление «хроническим военным неврозом». Отталкиваясь от идей Фрейда, он вводит понятие «центральный физионевроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. Кардинер считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики: 1) возбудимость и раздражительность; 2) безудержный тип реагирования на внезапные

раздражители; 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события, 4) уход от реальности; 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

В своей монографии «Человек в условиях стресса» Гринкер и Шпигель (1945) перечислили симптомы, совокупность которых авторы обозначали как «военный невроз», от которых страдали так называемые «возвращенцы» – солдаты, побывавшие в плену. К этим симптомам относились: повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ослабления памяти, гиперактивность симпатической системы, ослабление способности к концентрации внимания, алкоголизм, ночные кошмары, фобии и подозрительность.

Подобные типы расстройств наблюдали у узников концентрационных лагерей и военнопленных. Описана эмоциональная адаптация 34 военнопленных, перенесших 3 года японского плена. Плохое питание, болезни, принудительный труд, побои, изощренные виды пыток – таковы были условия жизни этих людей. Из числа обследованных почти 23 % страдали от связанных с войной ночных кошмаров и страхов, притупленности аффекта, ослабления памяти, приступов сильной раздражительности и депрессии. Подобным образом были обследованы 100 норвежских заключенных нацистских лагерей, и выяснилось, что у 85 обследуемых имели место хроническая утомляемость, сниженная способность к концентрации внимания и сильная раздражительность (Etinger L, Strom A., 1973).

В общих чертах выделенные Кардинером симптомы сохранились и в последующих исследованиях, хотя представление о характере и механизме воздействия факторов боевых действий на человека значительно расширилось, особенно в результате изучения проблем, связанных с окончанием войны во Вьетнаме. В середине 1970-х гг. американское общество вплотную столкнулось с проблемами, порожденными дезадаптивным поведением ветеранов Вьетнама. Так, примерно у 25 %

воевавших во Вьетнаме солдат опыт участия в боевых действиях послужил причиной развития неблагоприятных изменений личности под действием психической травмы. К началу 1990-х гг., по данным статистики, около 100 тысяч вьетнамских ветеранов совершили самоубийство. Около 40 тысяч ведут замкнутый образ жизни и почти не общаются с внешним миром. Отмечен также высокий уровень актов насилия, неблагополучие в сфере семейных отношений и социальных контактов. Как уже было сказано выше, ПТСР изучался в основном у лиц, переживших травматический стресс во время участия в военных действиях. При этом показано, что процент ПТСР среди раненых и калек значительно выше (до 42%), чем среди физически здоровых ветеранов (от 10 до 20 %). Кроме того, было отмечено, что воздействие боевых стрессоров предсказывает более раннюю смерть, независимо от ПТСР: 56 % людей, которые пережили тяжелые боевые действия, умирали или были хронически больны в возрасте до 65 лет (Lee E., Lu F., 1989). Длительные наблюдения, описанные в данном исследовании, делают полученные результаты особенно примечательными, например, отсроченные эффекты травмы могут проявиться только в пожилом возрасте, когда возрастает риск соматических заболеваний.

2. Методы диагностики Посттравматического расстройства

В мировой психологической практике для диагностики ПТСР разработан и используется громадный комплекс специально сконструированных клинико-психологических и психометрических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью - СКИД (SCID - Structured Clinical Interview for DSM) и клиническая диагностическая шкала (CAPS - Clinical-administered PTSD Scale). СКИД включает ряд

диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т. д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору по мере надобности перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования.

К другим наиболее часто используемым в мировой практике методикам диагностики ПТСР относятся: шкала оценки тяжести воздействия травматического события (ImpactofEventScale-Revised, IOES-R); Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; опросник Бека для оценки депрессии; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из MMPI; шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Ки-на. Однако необходимо учитывать, что указанная батарея была разработана на основе критериев DSM-III-R и, несмотря на полученные данные о возможности использования их русскоязычных версий, вопрос о дальнейшей работе над созданием или адаптацией специализированных психодиагностических методов, направленных на измерение признаков ПТСР, а также других последствий психической травматизации, остается одной из первоочередных задач в этой области психологии. Надо отметить, что в отечественной психологии разработан первый психодиагностический инструмент для этих целей, успешно зарекомендовавший себя. Необходимо также учитывать специфику психодиагностики ПТСР: первым этапом при ее проведении является установление в анамнезе испытуемого самого факта переживания им травматического события, т. е.

уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Опыт показывает, что процесс обследования травмированных клиентов предъявляет к психологу-диагносту требования, относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь». Таким образом, методы стандартизированной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами - ОСР и ПТСР, представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пациентами - носителями данной группы психических нарушений.

Необходимость широкого и детального обсуждения вопросов, связанных со всеми уровнями (клиническим, клинико-психологическим и психометрическим) диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) обусловлена рядом причин.

Во-первых, высокой теоретической актуальностью и практической значимостью проблем психологических последствий пребывания человека в сверхэкстремальных ситуациях. Во-вторых, введение ПТСР в МКБ-10 в качестве самостоятельной нозологической единицы ставит перед клиническими психологами как задачу теоретического освоения критериев диагностики ПТСР, так и задачу практического применения психологического инструментария для психологической диагностики признаков ПТСР. Исследования по психологической и психофизиологической диагностике ПТСР, проведенные в рамках российско-американского проекта с психофизиологической лабораторией (HarvardMedicalSchool, руководитель — профессор Р. Питмэн) показали сопоставимость процента ПТСР среди ветеранов Афганистана и Вьетнама, а также сходность психологической картины постстрессовых нарушений на изученных выборках. «Побочным» результатом этого кросс-

культурального исследования явилась апробация и адаптация комплекса клинико-психологических и психометрических методик, с помощью которых это исследование выполнялось.

В мировой психологической практике для диагностики ПТСР разработан и используется громадный комплекс специально сконструированных клинико-психологических и психометрических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью — СКИД (SCID — Structured Clinical Interview for DSM) и клиническая диагностическая шкала (CAPS — Clinical-administered PTSD Scale). СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям Д5М-У (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т. д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования.

Комплекс методик, апробированных в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН, относится к числу наиболее часто используемых в мировой практике. Это шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R); Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; опросник депрессивности Бека; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из MMPI; шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина. Однако необходимо учитывать, что указанная батарея была

разработана на основе критериев DSM-III-R и, несмотря на полученные данные о возможности использования их русскоязычных версий, вопрос о дальнейшей работе над созданием или адаптацией специализированных психодиагностических методов, направленных на измерение признаков ПТСР, а также других последствий психической травматизации, остается одной из первоочередных задач в этой области психологии. Надо отметить, что в отечественной психологии разработан первый психодиагностический инструмент для этих целей, успешно зарекомендовавший себя.

В-третьих, необходимо учитывать специфику психодиагностики ПТСР: первым этапом при ее проведении является установление в анамнезе испытуемого самого факта переживания им травматического события, т. е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Опыт показывает, что процесс обследования травмированных клиентов предъявляет к психологу-диагносту требования, относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь». Таким образом, методы стандартизированной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами — ОСР и ПТСР, представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пациентами — носителями данной группы психических нарушений.

Шкала клинической диагностики CAPS разработана в двух вариантах. Первый разработан для диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом. Второй вариант CAPS предназначен для дифференцированной оценки симптоматики в течение последних двух недель. Применение

методики не только дает возможность оценить по пятибальной шкале каждый симптом с точки зрения частоты и интенсивности проявления, но и определить достоверность полученной информации.

Шкала CAPS применяется, как правило, дополнительно к Структурированному клиническому интервью (СКИД) (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом (Weathers F. W., Litz B. T., 1994; Blake D. D., 1995).

CAPS-1 позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. С помощью этой шкалы можно определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и общую интенсивность симптомов. Если возможно, желательно использовать шкалу CAPS-1 в комплексе с прочими методами диагностики (самооценочными, поведенческими, физиологическими). Необходимо помнить, что время рассмотрения проявлений каждого симптома — 1 месяц. С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома. Формулировки ключевых моментов шкал оценки могут быть зачитаны пациенту (как при определении частоты, так и интенсивности симптома). Это позволит получить максимально корректные оценки. Оценка частоты > 1 и оценка интенсивности > 2 , отражая реальные проблемы, связанные с данным симптомом, могут служить основанием для заключения о его наличии. Важно подчеркнуть, что критерии C, DnE требуют, чтобы не было проявлений симптома до травмы. Интервьюер должен уточнить, что у пациента манифестация симптомов C, DnE

произошла именно после травмы. Если в прошлом месяце состояние пациента соответствовало диагностическим критериям ПТСР, то оно автоматически определяется как удовлетворяющее критериям ПТСР, развившегося в посттравматический период. CAPS-1 был переведен в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии РАН, он применялся в комплексном исследовании ПТСР на разном контингенте.

3. Особенности психодиагностики посттравматического стрессового расстройства.

Необходимость широкого и детального обсуждения вопросов, связанных со всеми уровнями (клиническим, клинико-психологическим и психометрическим) диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) обусловлена рядом причин.

Во-первых, высокой теоретической актуальностью и практической значимостью проблем психологических последствий пребывания человека в сверхэкстремальных ситуациях.

Во-вторых, введение ПТСР в МКБ-10 в качестве самостоятельной нозологической единицы ставит перед клиническими психологами как задачу теоретического освоения критериев диагностики ПТСР, так и задачу практического применения психологического инструментария для психологической диагностики признаков ПТСР. Исследования по психологической и психофизиологической диагностике ПТСР, проведенные в рамках российско-американского проекта с психофизиологической лабораторией (HarvardMedicalSchool, руководитель – профессор Р. Питмэн) показали сопоставимость процента ПТСР среди ветеранов Афганистана и Вьетнама, а также сходность психологической картины постстрессовых нарушений на изученных выборках. «Побочным»

результатом этого кросс-культурального исследования явилась апробация и адаптация комплекса клинико-психологических и психометрических методик, с помощью которых это исследование выполнялось.

В мировой психологической практике для диагностики ПТСР разработан и используется громадный комплекс специально сконструированных клинико-психо-логических и психометрических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID – StructuredClinicalInterviewfor DSM) и клиническая диагностическая шкала (CAPS – Clinical-administered PTSD Scale). СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору при необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов. При необходимости для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования.

Комплекс методик, апробированных в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН, относится к числу наиболее часто используемых в мировой практике. Это шкала оценки тяжести воздействия травматического события (ImpactofEventScale-Revised, IOES-R); Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций; опросник депрессивности Бека; опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); шкала ПТСР из MMPI, шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина. Однако необходимо учитывать, что указанная батарея была

разработана на основе критериев DSM-III-R и, несмотря на полученные данные о возможности использования их русскоязычных версий, вопрос о дальнейшей работе над созданием или адаптацией специализированных психодиагностических методов, направленных на измерение признаков ПТСР, а также других последствий психической травматизации, остается одной из первоочередных задач в этой области психологии.

В-третьих, необходимо учитывать специфику психодиагностики ПТСР: первым этапом при ее проведении является установление в анамнезе испытуемого самого факта переживания им травматического события, т.е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Опыт показывает, что процесс обследования травмированных клиентов предъявляет к психологу-диагносту требования, относящиеся не только непосредственно к его компетенции профессионала, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь». Таким образом, методы стандартизированной психодиагностики в работе с лицами, страдающими травматическими стрессовыми расстройствами – ОСР и ПТСР, представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пациентами – носителями данной группы психических нарушений.

4. Методы коррекции посттравматических стрессовых расстройств

Все методы психологической помощи можно разделить на четыре категории: образовательная, ценностное отношение к здоровью, социальная поддержка, психологическая помощь .

1. Образовательная категория. Пострадавшие могут иметь собственные ресурсы к восстановлению, которые они находят при помощи книг и статей, через знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Создание информационного поля позволяет пострадавшим осознать, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность надеяться на то, что при обращении к специалисту их страдания будут поняты, и они получат поддержку и помощь.

2. Целостное отношение к здоровью. Принцип холизма. Предполагает относиться к человеку как единому целому. Целостность предполагает необходимость и важность задействовать все резервы человеческого организма и личности: физическая активность, правильное питание, духовное развитие, использование чувства юмора. Внимание ко всем сторонам человеческой личности позволяет активизировать такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого. Человек заслуживает того, чтобы к нему относились к единому целому.

3. Социальная поддержка. Для выхода человека из состояния посттравматического стресса, имеет значение социальное окружение. На кого может человек рассчитывать в ситуации психологического расстройства, какие новые проблемы в отношениях в семье и на работе возникли после травматического события - все это следует учитывать при проведении кризисных мероприятий. Сюда следует отнести наличие сети самопомощи, формирование поддержки со стороны общественных организаций.

4. Собственно психологическая помощь. Психологическая помощь включает в себя работу с проявлениями горя (группы поддержки взрослым и детям, переживающим горе), снятие фобических реакций посредством работы травматическим образами и многие индивидуальные методы психологической помощи и поддержки. Особое место в системе

психологической помощи занимают специально созданные методы. Это, прежде всего Психологический дебрифинг - форма кризисной интервенции, применяемый сразу после кризисного события в групповой форме и психобиографический дебрифинг, который может быть использован при индивидуальной работе с отсроченным сроком травматизации.

Система психокоррекционных мер должна быть комплексной, дифференцированной и этапной .

На предварительном этапе работы были сформулированы базовые принципы психологического вмешательства, которые определили выбор конкретных психокоррекционных методов и техник:

Признание всех реакций комбатанта на психотравму нормальными, обеспечивающими адаптацию к экстремальным воздействиям внешней среды.

При работе с комбатантами использование модели психотерапевтического альянса, предполагающей отношения эмпатии, терапевтической поддержки и партнерства с акцентом на формирование у клиента чувства ответственности за успех проводимого психологического вмешательства.

Обеспечение индивидуальной переоценки травматического опыта и его интеграция в общую систему ценностей и смыслов клиента. Нахождение нового смысла травмы:

- на уровне поведения и возможностей;
- на уровне ценностей дружбы;
- на уровне ценностей долга и чести.

Нормализация психозащитного поведения комбатантов, активизация адекватных эго защитных механизмов высшего уровня.

Ориентация на выявление реальных и потенциальных ресурсов комбатантов.

Выработка ощущения «контроля над травмой» как общая стратегия психокоррекции, разрушение атрибуций пассивности и жертвенности.

Использование метода полуструктурированного интервью имеет ряд преимуществ и, по сравнению с анкетами, заполняемыми письменно, увеличивает точность измерения, поскольку именно непосредственное общение между психологом и испытуемым во время интервью дает предпосылки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия. Вообще, дети имеют тенденцию отвечать более точно, когда психолог задает соответствующие вопросы исследования и когда они могут задавать ему вопросы, если возникает неясность в понимании какого-либо пункта. Интервьюирование детей является более эффективным по сравнению с анализом данных, полученных от родителей (опекунов), преподавателей, воспитателей и других взрослых, поскольку эти данные зачастую касаются только видимых проявлений травматической реакции. Более того, взрослые сами могут быть соучастниками травматической ситуации и поэтому зачастую скрывают или преуменьшают травматическую симптоматику. Кроме того, следует отметить, что, по мнению некоторых исследователей, индивидуальные интервью с детьми, пережившими травматические случаи, могут иметь терапевтическое влияние.

Использование самозаполняемых анкет позволяет охватить большее количество семей, чем метод интервью, так как не требует непосредственного присутствия психолога при ее заполнении. Кроме того, этот способ позволяет охватить те категории родителей, которые не проявляют достаточной социальной активности (не приходят в школу или не посещают сами психолога), так как анкета может быть передана в этом случае через ребенка.

Таким образом, существует большое количество методов коррекции, которые позволяют точно определить причину и длительность посттравматического стрессового расстройства.

5. Психотерапевтические направления помощи на этапах переживания стрессовых расстройств

В психиатрическом направлении выделяются несколько этапов при оказании психотерапевтической помощи в связи с переживанием утраты.

1. Установление контакта. На этом этапе важно определить мотивацию клиента, его заинтересованность в результатах терапии, позитивное или негативное отношение к помощи вообще и к терапевту, в частности. В этой связи следует отметить, что те пациенты, у которых утрата произошла сравнительно недавно достаточно легко идут на установление контакта, имеют сильную мотивацию на работу, просят выделить им дополнительное время, что повидимому объясняется тяжестью состояния. Та же группа больных, у кого утрата произошла давно, часто настолько привыкают к своему состоянию, что выраженного запроса на помощь не предъявляют. Некоторые из них идут на контакт достаточно настороженно, демонстрируют выраженное сопротивление, часто обесценивают любые попытки психологической помощи. Этот феномен может быть обусловлен как появлением вторичных выгод от болезни, так и, часто неосознанным, но глубоким ощущением враждебности окружающего мира, чувством безнадежности и уверенностью, что никто им помочь не сможет. Поэтому, установление контакта с этой группой больных следует начинать именно с попыток формирования положительной установки на работу с психологом, психотерапевтом, создания мотивации на выздоровление. Эта задача может быть выполнена путем разъяснения, в чем заключается психологическая помощь, разграничения задач медикаментозной коррекции и психотерапии, проговаривании опасений и тревог со стороны пациентов.

2. «Работа горя» как жизненный этап. На первых же психокоррекционных сессиях бывает целесообразным разъяснение пациентам сути происходящих с ними процессов, и основных стадий

процесса горевания. Необходимость этого, по нашему мнению, обусловлена тем, что пациенты часто испуганы своим состоянием, спрашивают «почему так тяжело» и «закончится ли это когда-нибудь». Как бы отвечая на этот вопрос, они могут говорить, что теперь они никогда не смогут радоваться, возврат к прошлому невозможен и, следовательно, «это никогда не закончится», будущее видится в самом мрачном свете. Поэтому, объяснение им сути происходящего с ними, а также рассказ о психотерапевтической работе с другими клиентами, пережившими сходную ситуацию, позволяет им сориентироваться, увидеть свое состояние как бы в рамках конкретного этапа, с позиций жизненной перспективы, а значит сделать первый шаг на пути построения будущего.

Необходимость рассмотрения сущности процесса горевания может быть также обусловлена тем, что часто родственники и знакомые пациентов стараются изо всех сил отвлечь человека, говорить с ним на какие угодно темы, кроме темы утраты, сами избегают тяжелых эмоций. Они «из лучших побуждений» веселят горюющих, приглашают их в компании и т.д. Не разрешая таким пациентам проявлять свои чувства, родственники могут сердиться, что человек никак не может забыть о случившемся, дают понять, что поведение человека неадекватно, и, тем самым, только усиливают тяжесть состояния. В такой ситуации человек, переживший утрату, часто оказывается в изоляции, испытывает глубокий стыд и вину, чувствует себя в тягость окружающим.

Поэтому, задачей психолога является проведение совсем другой тактики беседы, позволение клиенту свободно и полно выражать свои эмоции, противодействие попыткам подавления и отрицания негативных чувств.

Кроме этого, по нашему мнению, на этом этапе важно быть внимательным к фразам, которые могут означать формирование негативного жизненного сценария, своеобразного программирования себя на страдания («теперь я никогда не выйду замуж», «я никогда не смогу

радоваться» и т.п.). Видимо, целесообразно конфронтировать эти высказывания, выражать несогласие, относить их за счет проделываемой работы горя, по окончании которой человек может быть свободен для новых контактов.

3. Проработка темы вины и агрессии. Как указывалось выше, потребность в выражении чувства вины может иметь разные корни. Самым первым аспектом является то, что человеку в тяжелой ситуации легче признать виновность, чем беспомощность перед потерей. Проигрывая другие варианты поведения, он как бы справляется со смертью, отрицая ее неизбежность. Ведь, поведи он себя по-другому, этого могло бы не произойти, значит «что-то можно было сделать».

Другим важным аспектом является то, что вина может означать смещение агрессии в адрес происшедшего на себя, что может быть признаком подавления сильного гнева, обиды, разочарования. Часто именно неосознанные и невысказанные обиды не позволяют «отпустить», закончить отношения с утраченным объектом.

Стратегической задачей работы с этими чувствами является преобразование самоагрессии в агрессию. Хотя, следует отметить, что это, как правило, сопровождается очень сильным сопротивлением. Пациенты не хотят признавать наличие негативных, социально неприемлемых качеств, протестуют против разрушения идеализации.

Поэтому в беседе с такими пациентами акцент, по нашему мнению, должен быть сделан не на разрушение идеализации, что так пугает пациентов, а на выявление и проговаривание того, что с ними произошло. Так, одна из пациенток, находящаяся в тяжелейшем состоянии после потери матери в ходе терапевтических сессий пришла к осознанию, что мать при всем ее идеальном образе недостаточно уделяла ей внимания, часто отвергала ее, не понимала дочь, не ценила ее попыток позаботиться о родителях. По-видимому, этот недостаток внимания, относящийся скорее всего к далекому детству, и не позволил ей вовремя отделиться от матери,

построить нормальную семейную жизнь. Пациентка рассказывала, что отдыху с мужем она всегда предпочитала общение с родителями, что естественно привело к разводу, причем ситуация повторилась не один раз.

Постепенно она оказалась способной выразить чувства обиды и гнева, которые в неосознанной форме существовали всегда, и были лишь обострены ситуацией потери.

Так же в терапевтических целях могут быть использованы методики, позволяющие выразить агрессию в косвенной форме, например методика символ драмы «Лев» и др.

4. Проработка травматических воспоминаний. Часто пациенты жалуются, что их буквально преследуют воспоминания, связанные с потерей, которые являются особенно травматичными.

Практика показывает, что к таким травматическим эпизодам относятся воспоминания о получении известия, что человек умер, или обнаружение человека мертвым, день похорон и т.д.

Для облегчения этой симптоматики может быть использована техника быстрых движений глаз (ДПДГ - десенсибилизация и переработка движениями глаз). Автор этой методики - американский психотерапевт Фрэнсин Шапиро.

Одна из основных предпосылок ДПДГ состоит в том, что большая часть психопатологий основана на предшествующем жизненном опыте, восходящем обычно к раннему детству. Цель психотерапии с помощью ДПДГ состоит в быстрой переработке доставшегося нам от прошлого дисфункционального наследия и преобразовании этого наследия в нечто полезное для нас. С помощью ДПДГ дисфункциональная информация претерпевает спонтанные изменения своей формы и значимости.

Как правило, при удачном проведении техники глазодвигательной десенсибилизации исчезновение навязчивого характера травматических воспоминаний сопровождается чувством освобождения и притока энергии, так как бесконечная переработка травмы безусловно отнимает много сил,

способствует астенизации. Это выражается также и в том, что пациенты в большей степени становятся способными к проявлению агрессии, как это можно проследить в последовательности терапевтических сессий.

5. Завершение работы. Как уже было отмечено, в остром состоянии пациенты не видят будущего, отрицают, что в будущем возможно что-то хорошее.

Поэтому конечной целью работы с собеседником может стать превращение острого горя в это «обостренное чувство сознания».

Несмотря на тяжесть переживания, факт столкновения с травматичным событием может открыть человеку возможность жить по-другому, найти новый смысл и способ взаимодействия с окружающими, при том, что воспоминание о потере, если она значима, конечно, будет сохраняться. Часто через страдания человек приобретает уникально новый опыт, лучше узнает себя, а иногда и получает доступ к ресурсам, которые были до этого не востребованы.

Эти взгляды, если позволяет состояние собеседника, могут быть высказаны ему, однако именно на фазе интеграции, когда чувства гнева, обиды и др. каким-то образом выражены и прожиты, накал эмоций постепенно ослабевает, и происходит принятие потери.

На этом этапе становится возможен разговор о будущем. Человек ищет для себя новые смыслы и ценности, пересматривает ошибки из прошлого. И, если работа проходит успешно, обретает способность радоваться, и испытывать чувства любви и привязанности.

Также выделяют еще несколько типов психотерапевтической помощи при посттравматическом стрессе: Психотерапия посттравматического стрессового расстройства.

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Когнитивно-поведенческая психотерапия при ПТСР (Посттравматическом стрессовом расстройстве) и психотравмирующих событиях состоит в том, чтобы осторожно и постепенно подвергать человека его собственным мыслям,

чувствам и погружать его в ситуации, которые напоминают ему о травмирующем событии. Также, когнитивно-поведенческая психотерапия сосредотачивается на выявлении и осознании мыслей о травмирующем событии, особенно если эти мысли искажены и / или иррациональны, и замену этих мыслей на более адаптивные.

2. Семейная психотерапия. Поскольку посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) влияет как на человека, который страдает, так и на его близких, то семейная психотерапия оказывает сильный эффект. Семейная психотерапия поможет вашим близким более ясно понимать через что вам приходится проходить. Также семейная психотерапия может помочь всем членам семьи лучше общаться и взаимодействовать, невзирая на проблемы во взаимоотношениях, которые были вызваны ПТСР.

Таким образом, сегодня для помощи пациентам с ПТСР применяется лекарственная терапия и психотерапия. Как правило, психотерапия оказывается эффективной уже с первых дней после случившегося.

Для лечения ПТСР применяются разные методы психотерапии. Одним из ведущих является ДПДГ (десенсибилизация с помощью движения глаз). Во время лечения врач просит пациента вспоминать эпизоды травмирующей ситуации в течение 15-30 секунд. Одновременно с этим подаются тактильные, звуковые или зрительные сигналы, на которых человек должен концентрировать свое внимание. Уже после трех таких сеансов многие посттравматические стрессовые расстройства удается устранить.

Кроме того, можно применить когнитивно-поведенческую терапию, целью которой является выработка у человека нового взгляда на сложившуюся ситуацию. Применяя этот метод лечения, психотерапевт помогает пациенту научиться осознавать свои эмоции - гнев, тревогу, страх - и управлять ими. Это приводит к быстрому улучшению состояния у абсолютного большинства людей с ПТСР.

Когда человек оказывается готов к экспозиционной терапии, специалист помогает ему в безопасной обстановке мысленно вернуться к пугающим событиям и тому месту, в котором они произошли. Для этого пациент рассматривает фотографии с места событий, рисунки, записи, видеофильмы.

6. Диагностика стресса

Направления психодиагностики, отбор конкретных методик и условия их применения зависят, прежде всего, от концептуальной основы деятельности специалиста, проводящего диагностику, от направленности его работы, полученного запроса, цели проведения диагностики, от конкретной ситуации.

Сложности, существующие в области изучения стрессового поведения, отразились и на подходах к классификации методов психодиагностики стресса. Из множества представленных в науке и практике методик, предлагаемых специалистами по работе в области стресса, можно выделить, в соответствии с целью и предметом исследования, несколько классов:

а. Методики на определение актуального уровня стресса, выраженности нервно-психической напряженности и тревожности

К этой группе методик можно отнести:

- 1) опросник Т. А. Иванченко, М. А. Иванченко, Т. П. Иванченко «Инвентаризация симптомов стресса»;
- 2) методику для выявления подверженности стрессу Т. А. Немчина и Дж. Тейлора;
- 3) шкалу психологического стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона;
- 4) тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена и Г. Виллиансона;
- 5) комплексную оценку проявлений стресса Ю. В. Щербатых;
- 6) тест «Степень напряженности» И. А. Литвинцева;
- 7) методику экспресс-диагностики уровня психоэмоционального напряжения (ПЭН) и его источников О. С. Копниной, Е. А. Суслова, Е. В. Заикина и др.

Поскольку стресс сопровождается переживанием тревоги и нервно-психического напряжения, в эту же группу можно отнести блок методик, направленных на диагностику тревожности:

- 1) опросник Т. А. Немчина «Определение нервно-психического напряжения»;
- 2) шкала самооценки тревоги В. Цунга;
- 3) шкала ситуативной тревожности Ч. Д. Спилбергера;
- 4) опросник иерархической структуры актуальных страхов (ОАС) Ю. В. Щербатых.

б. Методики, помогающие прогнозировать поведение человека в экстремальных условиях

Такие методики разрабатываются, как правило, для профотбора специалистов, будущая профессиональная деятельность которых предполагает работу в сложных напряженных ситуациях (летчики, моряки и др.). Данные методики позволяют выявить нервно-психическую неустойчивость и предрасположенность к невротическим расстройствам. Наиболее широко используются для этих целей следующие инструменты:

- 1) симптоматический опросник «Самочувствие в экстремальных условиях» А. Волкова, Н. Водопьяновой;
- 2) методика склонности к срывам в стрессовой ситуации «Прогноз» В. А. Баранова.

в. Методики, позволяющие выявлять негативные последствия дистресса

Известно, что существование в длительных стрессовых ситуациях или переживание острого (травматического) стресса приводит к истощению адаптационной энергии организма. Результатом данного процесса является ухудшение различных показателей физического здоровья и психологического самочувствия. К методикам этого класса можно отнести:

- 1) Гиссенский опросник;
- 2) шкала клинических жалоб SCL Р.Л. Дерогатис;
- 3) шкалу оценки влияния травматического события (ШОВТС) и др.

К последствиям стресса причисляют и развитие депрессивных состояний. Возникновение депрессии имеет сложный патогенез, однако очевидно, что переживание фрустрации или хронических стрессов может

провоцировать появление депрессивных состояний и депрессивных симптомов. Методики, направленные на выявление депрессивных симптомов, синдрома и депрессии как заболевания, таковы:

- 1) «Опросник суицидального риска»;
- 2) методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В. Зунга, адаптация Т. И. Балашовой;
- 3) методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В. Жмурова;
- 4) опросник «Уровень депрессии» А. Бека и др.

г. Диагностика профессиональных стрессоров

В настоящее время проблема стрессов на рабочем месте актуальна для большинства работающих людей. Знание факторов стрессогенности в деятельности персонала и руководителей является целью организационной диагностики. Н. Водопьянова считает, что «организационная диагностика стресса - необходимая составляющая стресс-менеджмента». Стресс на работе может быть связан как с особенностями организационной культуры, так и с профессиональными стресс-факторами методики данного класса можно разбить на несколько групп:

Методики, направленные на определение уровня стресса и факторов стресса в профессиональной деятельности.

В эту подгруппу можно включить такие методики, как:

- 1) шкала оценки стрессогенности профессионально трудных ситуаций (ПТС) на рабочем месте Н. Водопьяновой, Е. Старченковой;
- 2) тест на профессиональный стресс Ю. В. Щербатых;
- 3) опросник «Причины деятельностного стресса»;
- 4) тест-вопросник «Причины стресса в вашей работе»;
- 5) тест на определение профессионального стресса Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышникова;
- 6) оценка уровня деятельностной стрессогенности.

В настоящее время получила широкое распространение и такая новая методика, как «Методика интегральной диагностики и коррекции профессионального стресса (ИДИКС) А. Б. Леоновой».

Система ИДИКС предназначена для диагностики профессионального стресса, ориентирована на получение интегрированной оценки уровня переживаемого стресса и подбор комплекса оптимизационных мер, адекватных специфике каждого конкретного случая. ИДИКС

предназначен для работы с людьми старше 17 лет. Стандартное время работы с системой составляет 20-30 мин. Ограничений по работе с системой не выявлено.

Для сохранения профессионального здоровья особую важность приобретает диагностика симптомов эмоционального выгорания

В настоящее время не существует единой модели выгорания, признанной всеми специалистами. К. Маслач рассматривает выгорание как ответную реакцию организма на профессиональные стрессы и предлагает трехкомпонентную модель: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция персональных достижений [Maslach, 1982].

Научное исследование факторов СЭВ стало возможным благодаря использованию таких традиционных методик, как:

- 1) методика диагностики профессионального выгорания К. Маслач - С. Джексон, адаптация И. Е. Водопьяновой;
- 2) методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко;
- 3) опросник определения психического «выгорания» А. А. Рукавишников и др.

Ухудшение психофизиологических параметров и снижение общей энергетики организма. Выявить данные показатели можно при помощи таких методик, как:

- 1) опросник ДО РС «Дифференцированная оценка состояний сниженной работоспособности (утомление, монотония, пресыщение, стресс) А. Леоновой, С. Величковской;
- 2) опросник «Ваш индекс психоэнергетической опустошенности»;
- 3) опросник диагностики психофизиологической дезадаптации О. И. Родиной и др.

Особая группа методик посвящена диагностике проблем, связанных с управлением временем в профессиональной деятельности. Наиболее известны в этой подгруппе следующие методики:

- 1) тест «Профессиональная компетентность во времени» Л. В. Куликова;
- 2) опросник «Тайм-синдром менеджера» Н. Водопьяновой;
- 3) опросник «Дефицит времени в управленческой деятельности» Н. Водопьяновой.

Методики, позволяющие выявить ресурсы стрессоустойчивости человека

Психологи выделяют два вида ресурсов — внешние и внутренние (личностные). Применение методик данного класса - часть профилактической работы с клиентом, которому необходимо знать о наличии этих ресурсов для того, чтобы использовать их в возможной трудной ситуации и поддерживать удовлетворительное качество жизни.

Специалисты в области стресса уверены, что одним из важнейших внешних ресурсов стрессоустойчивости является социальная поддержка.

Для диагностики социальной поддержки может быть использована многомерная шкала восприятия социальной поддержки MSPSS С. Зимета, а также опросник В. А. Ананьева «Источники социально-психологической поддержки». Шкала Зимета позволяет определить уровень поддержки, которую оказывают семья, друзья и «значимые другие».

Опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) Н. Водопьяновой и М. Штейна позволяет исследовать наличие или потери материальных и нематериальных; внешних и внутренних ресурсов.

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения, что стрессоустойчивость связана с конкретными внутренними, психологическими ресурсами. Именно эти ресурсы определяют специфику восприятия и переживания стресса. Ресурс стрессоустойчивости — индивидуальные свойства и способности личности, обеспечивающие ее психологическую устойчивость к стрессорам. Однако Н. Е. Водопьянова отмечает, что методики, направленные на измерение характерных особенностей личности и выявление предрасположенности к преодолению стресса, не предопределяют того, как человек справляется с реальными стрессовыми ситуациями. Кроме того, наличие внешней поддержки также оказывает влияние на наше переживание стрессов.

К значимым личностным ресурсам относят такие особенности личности, как интернальный локус контроля, уверенность в себе, высокая мотивация достижения, наличие веры в собственные силы, оптимизм, эго-защитное поведение, отсутствие склонности к поведению по типу А, отсутствие иррациональных установок и т. д. Для диагностики данных качеств в психологии существует традиционный набор методик, хорошо известных каждому практическому психологу.

Многие исследователи отмечают также, что важным фактором стрессоустойчивости являются образ жизни и качество жизни, влияющие на развитие и сохранение ресурсов. В связи с этим целесообразно

упомянуть о таких методиках, как «Анализ стиля жизни» (Бостонский тест на стрессоустойчивость), тест «Здоровое поведение», опросник качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-100), разработанный Всемирной организацией здравоохранения, и др.

Диагностика копинг-поведения в стрессовых ситуациях.

Центральный аспект современных теорий стресса - концептуализация процессов преодолевающего поведения как стабилизирующего фактора, помогающего человеку адаптироваться в трудных ситуациях. В настоящее время концепция преодолевающего поведения получила широкое признание среди психологов различных направлений, что привело к разработке надежного диагностического инструментария, позволяющего измерить как сам процесс копинга, так и его результат. Для этого используются следующие методики:

1) диагностика предпочитаемых копинг-стратегий (Э. Хейм, в адаптации Л. И. Вассермана);

2) опросник «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса;

3) опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (SACS) С. Хобфолла;

4) опросник SVF120 «Преодоление трудных жизненных ситуаций» В. Янке и Г. Эрдманна (адаптация Н. Е. Водопьяновой);

5) опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норман, Д. Эндлер, Д. Джеймс, М. Паркер, в адаптации Т. Л. Крюковой и др.).

Информация, полученная в результате диагностических исследований, может явиться надежным фундаментом для осознания наших взаимоотношений со стрессом и выработки эффективных стратегий совладания с ним.

7. Методы борьбы со стрессом

Бывает, что мы находимся внутри стрессовой ситуации и от нашей способности «держать себя в руках» и не поддаваться на провокации со стороны собеседника зависит исход деловых переговоров. Психолог Наталия Раннала предлагает следующие техники работы со своим состоянием, выполнить которые несложно после некоторой тренировки:

1. По возможности смените обстановку. Например, если предыдущий этап переговоров закончился «накалом» эмоций, то целесообразно проводить следующие переговоры в другом помещении либо хорошо продумать дизайн существующей «переговорной» комнаты. При необходимости обратитесь к специалистам.

2. В перерыве сполосните руки холодной водой.

3. Следите за своим дыханием. Если вы хотите оставаться хладнокровным и эмоционально не зацепленным, то длительности вашего выдоха должна быть больше, чем длительность вдоха.

4. Обратите внимание на окружающие вас предметы, назовите их мысленно на выдохе. Тогда вам будет легче донести до вашего визави содержание своих мыслей в максимально корректной форме. Некоторым людям с «горячим» темпераментом психологи рекомендуют досчитать до 100, прежде чем начать возражать оппоненту.

Возможно, в первое время вам будет нелегко выполнять перечисленные техники работы со своим состоянием в ситуациях «предстартовой лихорадки» и после стресса. Однако здесь главное - выработать навык. Если вам сложно работать над своим стрессом в одиночку, то можно обратиться к специалисту - психологу или психотерапевту - за индивидуальной консультацией либо пройти обучение на семинаре по соответствующей теме.

1. Метод рационализации предстоящего события.

Для этого следует максимально детально представить ситуацию, которая вас ожидает: где произойдет волнующее вас событие, во что вы будете одеты, что вы будете говорить, во что будет одет собеседник, что он будет говорить. В реальности детали могут быть не такими, однако это неважно. В результате у вас снизится уровень неопределенности и, как следствие, снизится повышенный уровень эмоций, мешающий работать.

2. Метод избирательной позитивной ретроспекции (полезен для тех, кто часто сомневается).

Вспомните ситуацию, в которой вы решили свою проблему и можете гордиться собой и своими действиями. Запишите все комплименты, которые можете себе сделать. Теперь подумайте, если вы раньше уже успешно решили подобную задачу, то есть все основания полагать, что и с настоящим заданием вы справитесь так же успешно.

3. Метод избирательной негативной ретроспекции.

Запишите все свои провалы и проанализируйте их причины: нехватка ресурсов (если да, то каких), недостаточное планирование и т.п. Постарайтесь учесть выявленные ошибки при планировании своих действий в будущем.

4. Метод зеркала.

В момент волнения отметьте, в какой позе находится ваше тело. Придайте ему позу уверенности. Изменение позы вызовет изменения на физиологическом уровне (организм станет вырабатывать меньше адреналина), и ваши негативные эмоции исчезнут или их уровень понизится.

5. Метод детальной визуализации неудачного исхода ситуации (предельное усиление).

Представьте себе различные варианты исхода событий, вплоть до самого неблагоприятного. Подумайте, что вы будете делать, если реализуется наихудший для вас вариант развития событий. Аналогичным образом спланируйте свои действия при других исходах. В результате вы снизите уровень неопределенности, который и провоцирует обычно лишние эмоции.

Заключение

Психологический стресс представляет собой, прежде всего состояние тревоги за жизнь, здоровье, успех, благополучие и в значительной степени является продуктом образа мысли и оценки ситуации, знания собственных возможностей, степени обученности способам управления и стратегии поведения в стрессовой ситуации. Фрустрация – эмоциональный фактор влияющий на развитие дистресса у человека. Фрустрационная напряжённость приводит к рассогласованию в системе потребностей, следовательно в процессе мотивированного поведения подавляется одна из конкурирующих потребностей, что является основой интропсихического конфликта. Состояние фрустрации в некоторых случаях (когда запрет перестаёт быть сомоочевидным и становится внутренне проблематичным) развивается во внутри личностный конфликт.

Стресс не только зло, не только беда, но и великое благо, ибо без стрессов различного характера наша жизнь стала бы похожа на какое-то бесцветное и безрадостное прозябание.

Активность – единственная возможность покончишь со стрессом: его не пересидишь и не перележишь.

Постоянное сосредоточение внимания на светлых сторонах жизни и на действиях, на которые могут улучшить положение, не только сохраняет здоровье, но и способствует успеху. Ничто не обескураживает больше, чем неудача, ничто не ободряет больше, чем успех.

Стресс является нашим верным союзником в непрекращающейся адаптации организма к любым изменениям в окружающей нас среде.

Предложенные в приложении методики на определение актуального уровня стресса, выраженности нервно-психической напряженности и тревожности; помогающие прогнозировать поведение человека в экстремальных условиях; позволяющие выявлять негативные последствия дистресса; диагностика профессиональных стрессоров являются лишь частью большой, кропотливой методической «копилки» психолога, который занимается проблемами людей, испытывающих психотравмирующий стресс.

Литература

1. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
2. Мельницкая Т.Б., Хавыло А.В., Белых Т.В. Шкала оценки влияния травматического события (IES-R) применительно к радиационному фактору // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 5(19).
3. Орлова Е.А. Клиническая психология /учеб. для студ. вузов. - М.: Юрайт, 2011
4. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии, 2002
5. Щербатых Ю.В. «Психология страха». М. «Эксмо», 2002.
6. Щербатых Ю.В. Ивлева Е.И. «Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий». Воронеж: Истоки, 1998.

Методика
для определения вероятности развития стресса (по Т. А. Немчину и
Тейлору)

Методика предназначена для выявления подверженности стрессу.

Инструкция: В предлагаемом тесте перечисляется ряд утверждений с одним вариантом ответа: либо “да”, либо “нет”. Отмечайте утверждения, с которыми вы согласны.

Текст опросника

1. Обычно я спокоен, и вывести меня из этого состояния нелегко. “Нет”.
2. Мои нервы расстроены не более, чем у других людей. “Нет”.
3. У меня редко бывают запоры. “Нет”.
4. У меня редко бывают головные боли. “Нет”.
5. Я редко устаю. “Нет”.
6. Я почти всегда чувствую себя счастливым. “Нет”.
7. Я уверен в себе. “Нет”.
8. Я практически никогда не краснею. “Нет”.
9. Я человек смелый. “Нет”.
10. Я краснею не чаще, чем другие. “Нет”.
11. Я редко ощущаю сильное сердцебиение. “Нет”.
12. Обычно мои руки теплые (не очень боятся холода). “Нет”.
13. Я застенчив не более, чем другие. “Нет”.
14. Мне не хватает чувства уверенности в своих силах. “Да”.
15. Порою мне кажется, что я ни на что не годен. “Да”.
16. Бывают периоды беспокойства, не могу усидеть на месте. “Да”.
17. Меня часто беспокоит желудок. “Да”.
18. Не хватит духа вынести предстоящие трудности. “Да”.
19. Хочется быть счастливым, как другие. “Да”.
20. Кажется, передо мной трудности, которые мне не преодолеть. “Да”.
21. Мне снятся кошмарные сны. “Да”.
22. Когда волнуюсь, дрожат руки. “Да”.
23. У меня беспокойный сон, часто просыпаюсь. “Да”.
24. Меня часто тревожат возможные неудачи. “Да”.
25. Иногда испытываю страх, когда опасности нет. “Да”.
26. Мне трудно сосредоточиться на одном задании. “Да”.
27. Простую работу делаю часто с напряжением. “Да”.

28. Я легко прихожу в замешательство. “Да”.
29. Почти все время испытываю неясную тревогу. “Да”.
30. Я склонен принимать всерьез даже пустяки. “Да”.
31. Я часто, переживаю и плачу. “Да”.
32. У меня бывают приступы тошноты и рвоты. “Да”.
33. Расстройство желудка у меня почти каждый месяц. “Да”.
34. Я боюсь, что при волнении сильно покраснею. “Да”.
35. Мне обычно трудно сосредоточиться на чем-то важном. “Да”.
36. Меня постоянно беспокоит желание улучшить своё материальное положение, хотя оно не хуже других. “Да”.
37. Нередко думаю, о чем не хотел бы поделиться с другими, стыдно. “Да”.
38. Иногда из-за переживаний теряю сон. “Да”.
39. Когда волнуюсь, иногда сильно потею. “Да”.
40. Я иногда сильно потею, даже в холодные дни. “Да”.
41. Временами из-за волнений никак не могу заснуть. “Да”.
42. Я человек легко возбудимый. “Да”.
43. Иногда чувствую себя бесполезным человеком. “Да”.
44. Нередко из-за волнения могу легко выйти из себя. “Да”.
45. Я часто ощущаю смутную тревогу. “Да”.
46. Я чувствительнее многих своих товарищей. “Да”.
47. Почти все время испытываю чувство голода. “Да”.
48. Часто кажется, что меня преследуют болезни. “Да”.
49. Часто кажется, что за мной кто-то наблюдает “Да”.
50. Ожидание всегда меня нервирует. “Да”.

Обработка и интерпретация результатов

Подсчитывается общее количество утверждений, как “нет”, так и “да”, с которыми вы согласны.

Если количество таких утверждений достигает 40-50 – человек пребывает в состоянии стресса, резервы его организма близки к истощению – высока вероятность развития третьей стадии стресса.

До 25 – средняя стрессоустойчивость, при отсутствии адекватных мер (использование приемов саморегуляции и других “антистресс-технологий”) существует вероятность развития негативных последствий стресса.

Не более 5-15 – прогнозируется высокая стрессоустойчивость.

**Опросник
иерархической структуры актуальных страхов личности (ИСАС)**

Данный опросник направлен на определение интенсивности страхов, а также наличие (или отсутствие) фобий. Разработан Ю. Щербатых и Е. Ивлевой

Обработка: После выполнения теста сложите все 24 цифры, полученные по каждому страху и Вы получите интегральный показатель страха.

Интерпретация.

У мужчин средний интегральный показатель страха – 77.9 ± 4.7 баллов, у женщин – 104.0 ± 2.5 баллов. Вы можете сравнить выраженность Ваших отдельных страхов с аналогичными средними показателями по опроснику ИСАС в группе здоровых испытуемых (18-25 лет).

1. Страх пауков и змей	5
2. Страх темноты	3
3. Страх сумасшествия	4
4. Страх болезни близких	8
5. Страх преступности	5
6. Страх начальства	5
7. Страх изменений в личной жизни	5
8. Страх ответственности	4
9. Страх старости	4
10. Страх за сердце	5
11. Страх бедности	5
12. Страх перед будущим	5
13. Страх перед «экзаменами»	5
14. Страх войны	6
15. Страх смерти	3
16. Боязнь замкнутых пространств	3
17. Страх высоты	4
18. Страх глубины	4
19. Страх перед негативным последствием болезней близких людей	6
20. Страх заболеть каким-либо заболеванием	4

21. Страхи, связанные с половой функцией	3
22. Страх самоубийства	2
23. Страх перед публичными выступлениями	4
24. Страх агрессии по отношению к близким	3

Показатели интенсивности страхов №1-3, 10, 15-18, 20-24 выше 8 баллов указывают на фобическую симптоматику.

Инструкция: «Внимательно прочитайте вопросы. При положительном ответе на вопрос попытайтесь оценить интенсивность возникающей эмоции по 10-бальной шкале, крестиком отметив, справа от вопроса интенсивность переживаний того или иного страха. Если вы совсем не испытываете данного страха, поставьте крестик на цифре «1».

Текст опросника

1.	Можно ли сказать, что некоторые животные (например, пауки, змеи) вызывают у Вас беспокойство?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Бойтесь ли Вы темноты?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Беспокоит ли Вас возможность болезненных изменений в Вашем психическом состоянии?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Насколько сильно Вас беспокоит возможность болезни близких людей?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Бойтесь ли Вы оказаться жертвой преступного нападения на городских улицах?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Испытываете ли Вы неприятные ощущения (учащение дыхания, сердцебиения и пр.) во время вызова на «ковер» к начальству?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Страшат ли Вас возможные изменения в личной жизни (ухудшение взаимоотношений с близким человеком, неверность супруга, развод и т. п.), которые могут произойти в будущем?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8.	Знаком ли Вам страх ответственности (принятия ответственных решений)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Пугает ли Вас перспектива неизбежной старости?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Возникает ли у Вас чувство страха при нарушении ритма сердца или болевых ощущениях в нем?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	Насколько Вас страшит перспектива бедности?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Пугает ли Вас неопределенность будущего?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.	Насколько высоко Вы можете оценить свой страх, который испытываете, когда идете на экзамен?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10.
14.	Тревожит ли Вас возможность войны?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Часто ли посещает Вас страх смерти?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	Возникают ли у Вас неприятные ощущения, когда Вы находитесь в замкнутых пространствах (лифт, закрытая комната)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10.
17.	Бойтесь ли Вы высоты?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	Бойтесь ли Вы глубины?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Бойтесь ли Вы, что в случае болезни близких людей, в Вашей жизни произойдут неблагоприятные изменения?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10.
20.	Испытываете ли Вы повторяющийся страх заболеть каким-либо заболеванием?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21.	Испытываете ли Вы какие-либо страхи, связанные с половой функцией?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22.	Насколько Вам знаком страх самоубийства?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23.	Испытываете ли Вы страх перед публичными выступлениями?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24.	Посещает ли Вас чувство тревоги из-за агрессивного поведения по отношению к своим близким (желания избить, нанести повреждения, убить и т. п.)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Методика для диагностики склонности к срывам в стрессовой ситуации “Прогноз”

Методика предназначена для первоначального, ориентировочного выявления лиц с признаками нервно-психической неустойчивости. При этом под нервно-психической неустойчивостью понимается повышенная склонность нервной системы индивида к срывам в условиях воздействия экстремальных факторов. Методика разработана Ю. А. Барановым и ориентирована на использование в практике профотбора личного состава срочной службы и курсантов военно-учебных заведений.

Анкета содержит 84 утверждения, на каждое из которых обследуемый должен ответить согласием или несогласием; дать ответы "да" или "нет" в регистрационном бланке.

Инструкция: Перед вами анкета, состоящая из 84 вопросов (утверждений). Прочитайте последовательно каждый из них и решите, какой ответ – “да” или “нет” более точно вас характеризует. Если вы отвечаете на вопрос “да”, то необходимо поставить знак “+” в клетке регистрационного бланка, соответствующей номеру вопроса, если “нет”, то следует поставить знак “-”. Работайте самостоятельно, не тратьте слишком много времени на обдумывание вопросов. Все ответы должны быть искренними. Если у кого-нибудь возникнут вопросы, поднимите руку.

Текст опросника

1. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
2. В детстве у меня была такая компания, где все старались всегда и во всем стоять друг за друга.
3. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
4. Бывали случаи, что я не сдерживал своих обещаний.
5. У меня часто болит голова.
6. Иногда я говорю неправду.
7. Раз в неделю или чаще я безо всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.
8. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
9. Бывает, что я сержусь.

10. Теперь мне трудно надеяться, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.
11. Бывает, что я откладываю на завтра то, что нужно сделать сегодня.
12. Я охотно принимаю участие во всех собраниях и общественных мероприятиях.
13. Самая трудная борьба для меня – борьба с самим собой.
14. Мышечные судороги и подергивания у меня бывают редко.
15. Иногда, когда я неважно себя чувствую, я бываю раздражительным.
16. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.
17. В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.
18. Если мне не грозит штраф и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.
19. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства моих знакомых.
20. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
21. Запоры у меня бывают редко.
22. В игре я предпочитаю выигрывать.
23. Последние несколько лет большую часть времени я чувствую себя хорошо.
24. Сейчас мой вес постоянен (я не полнею и не худею).
25. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.
26. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.
27. С моим рассудком творится что-то неладное.
28. Меня беспокоят сексуальные (половые) вопросы.
29. Когда я пытаюсь что-то сказать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
30. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
32. Думаю, что я человек обреченный.
33. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.
34. Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.
35. Я часто вижу сны, о которых лучше никому не рассказывать.
36. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов я, особенно не задумываясь, соглашался с мнением других.
37. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
38. Моя внешность меня в общем-то устраивает.

39. Я вполне уверен в себе.
40. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.
41. Кто-то управляет моими мыслями.
42. Я ежедневно выпиваю необычайно много воды.
43. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка вызывает у меня смех.
44. Счастливей всего я бываю, когда я один.
45. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
46. Я любил сказки Андерсена.
47. Даже среди людей я чувствую себя одиноким.
48. Меня злит, когда меня торопят.
49. Меня легко привести в замешательство.
50. Я легко теряю терпение с людьми.
51. Часто мне хочется умереть.
52. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что не справлюсь с ним.
53. Почти каждый день случается что-то, что пугает меня.
54. К вопросам религии я отношусь равнодушно, они меня не занимают.
55. Приступы плохого настроения бывают у меня очень редко.
56. Я заслуживаю сурового наказания за свои проступки.
57. У меня бывали очень необычные фантастические переживания.
58. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
59. У меня бывали периоды, когда из-за волнения я терял сон.
60. Я человек нервный и легко возбудимый.
61. Мне кажется, что обоняние у меня такое же, как и у других (не хуже).
62. Все у меня получается плохо, не так, как надо.
63. Я почти всегда ощущаю сухость во рту.
64. Большую часть времени я ощущаю себя усталым.
65. Иногда я чувствую, что близок к нервному срыву.
66. Меня очень раздражает, что я забываю, куда кладу свои вещи.
67. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
68. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.
69. Мне очень трудно приспособиться к новым условиям жизни, работы. Переход к любым новым условиям жизни, работы, учебы кажется мне невыносимо трудным.

70. Мне кажется, что по отношению именно ко мне особенно часто поступают несправедливо.
71. Я часто чувствую себя несправедливо обиженным.
72. Мое мнение часто не совпадает с мнением окружающих.
73. Я часто испытываю чувство усталости от жизни, и мне не хочется жить.
74. На меня обращают внимание чаще, чем на других.
75. У меня бывают головные боли и головокружения из-за переживаний.
76. Часто у меня бывают периоды, когда мне не хочется никого видеть. Никого!
77. Мне трудно проснуться в назначенный час.
78. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным.
79. В детстве я был капризным и раздражительным.
80. Мне известны случаи, когда мои родственники лечились у невропатологов, психиатров.
81. Иногда я принимаю валериану, элениум, кодеин и другие успокаивающие средства.
82. Есть ли у вас судимые родственники?
83. Имели ли вы приводы в милицию?
84. Оставались ли вы в школе на второй год?

Бланк для ответов

Ф.И.О. __ Дата __

	N	да	нет	N	Да	Нет	N	да	нет	N	да	нет	N	да	нет	N	да	нет
1				15			29			43			57			71		
2				15			30			44			58			72		
3				17			31			45			59			73		
4				18			32			46			60			74		
5				19			33			47			61			75		
6				20			34			48			62			76		
7				21			35			49			63			77		
8				22			36			50			64			78		
9				23			37			51			65			79		
10				24			38			52			66			80		

11	25	39	53	67	81
12	26	40	54	68	82
13	27	41	55	69	83
14	28	42	56	70	84

Обработка результатов

Обработка результатов проводится с помощью “ключей”. Обработку начинают со шкалы искренности, которая служит для оценки достоверности ответов. Подсчитывается количество минусов (ответов “нет”) по этой шкале. Полученное число соответствует значению шкалы искренности в баллах. Если у обследуемого по этой шкале получено 10 или более баллов, то использовать результаты анкеты не рекомендуется, а причины неискренности следует выяснить в процессе индивидуальной беседы.

Показатель по шкале нервно-психической неустойчивости получают суммированием количества “+” (ответ “да”) для положительных ответов и “-” (ответ “нет”) для отрицательных ответов согласно “ключам”. Полученный результат переводится в 10-балльную шкалу оценок и используется для оценки уровня нервно-психической неустойчивости.

“Ключи” для первичной обработки данных анкеты “Прогноз”

Наименование шкал	Количество вопросов	Содержание ответа	Порядковые номера утверждений
Шкала “искренности”	15	“Нет” (-)	1,4,6,8,9,11,15,17,18 22,25,31,34,36,43
Шкала нервно-психической неустойчивости	69	“Да” (+)	3,5,7,10,16,20,26,27, 29,32,33,35,37,40,41, 42,44,45,47,48,49,50, 51,52,53,56,57,59,60, 62,63,64,65,66,67,69, 70,71,72,73,74,75,76, 77,78,79,80,81,82,83, 84
		“Нет” (-)	2,12,13,14,19,21,23, 24,28,30,38,39,46,54, 55,58,61,68

Перевод в баллы “сырых” значений по методике “Прогноз”

Методика, показатель	Баллы										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
“Прогноз” (НПУ)	23 более	и 19- 22	16- 18	13- 15	11- 12	9-10	7- 8-	5- 6	3- 4	2 менее	и
“Прогноз” (НПУ)	42 более	и 31- 41	25- 30	19- 24	15- 18	11- 14	8- 10	6- 7	4- 5	3 менее	и

Характеристика уровней нервно-психической устойчивости по данным анкеты “Прогноз”

Баллы	Уровень НПУ	Заключение и рекомендации
7-10 Высокий	(1-2-я группы)	Высокий уровень нервно-психической устойчивости. Вынослив в стрессе. Спокоен, уравновешен. Нервно-психические срывы маловероятны.
4-6 Средний	(3-я группа)	Уровень нервно-психической устойчивости достаточный. Однако существует вероятность нервно-психических срывов в экстремальных ситуациях.
1-3 Низкий	(4-я группа)	Низкий уровень нервно-психической устойчивости. Неустойчив в стрессе. Отличается повышенной склонностью к снижению качества деятельности в напряженных ситуациях. Высокая вероятность нервно-психических срывов. Склонен к конфликтности. Необходимо углубленное психофизиологическое обследование и консультация психоневролога.

Шкала оценки влияния травматического события

Шкала оценки влияния травматического события (сокр. ШОВТС, англ. Impact of Event Scale, сокр. IES-R) - клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности.

Психометрическая проверка и результаты проведенных исследований позволяют утверждать, что модифицированная шкала IES-R является надежным и валидным инструментом для выявления у испытуемых неблагоприятных эмоционально-личностных особенностей, развившихся как следствие субъективного восприятия угрозы радиационной опасности.

Опросник предназначен для изучения наличия, степени выраженности и симптоматической структуры посттравматического стрессового расстройства. Шкала зарекомендовала себя как надёжный, валидный инструмент, прошедший кросс-культурную апробацию. Шкала может быть включена в батарею психодиагностических методик для работы с лицами, у которых имеется или подозревается ПТСР.

В настоящее время модифицированная шкала IES-R рекомендована специалистам Российской Федерации и Республики Беларусь для проведения мониторинга социально-психологического состояния населения радиоактивно загрязненных территорий в рамках Программы совместной деятельности Союзного государства по преодолению последствий чернобыльской катастрофы.

Шкала состоит из 22 пунктов, которые распределяются в три шкалы: «вторжение», «избегание» и «возбудимость». Каждый пункт оценивается как «никогда» (0 баллов), «редко» (1 балл), «иногда» (3 балла) или «часто» (5 баллов). Все пункты имеют прямое значение, значение шкалы подсчитывается простым суммированием ответов пунктов.

Интерпретация

Субшкала «вторжение»: сумма баллов пунктов 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «избегание»: сумма баллов пунктов 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «возбудимость»: сумма баллов пунктов 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Инструкция: Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение: Никогда, Редко, Иногда, Часто. Обратите внимание, что перечисленные симптомы касаются Вашего самочувствия касаясь последней недели Вашей жизни.

Никогда Редко Иногда Часто

1. Любое напоминание об этом событии заставляло меня заново переживать всё случившееся
2. Я не мог спокойно спать по ночам
3. Некоторые вещи заставляли меня всё время думать о том, что со мной случилось
4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев
5. Я не позволял себе расстраиваться, когда думал об этом событии или что то напоминало мне о нём
6. Я думал о случившемся против своей воли
7. Мне казалось, что всего случившегося как будто бы не было на самом деле или всё, что тогда происходило, было нереальным
8. Я старался избегать всего, что напоминало мне о случившемся
9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании
10. Я был всё время напряжен и сильно вздрагивал, если что то внезапно пугало меня
11. Я старался не думать о случившемся
12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжёлые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать
13. Я чувствовал что то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы
14. Я вдруг замечал, что действую или

чувствую себя так, как будто бы всё ещё
нахожусь в этой ситуации

15. Мне было трудно заснуть

16. Меня буквально захлёстывали
непереносимо тяжёлые переживания,
связанные с той ситуацией

17. Я старался вытеснить случившееся из
памяти

18. Мне было трудно сосредоточить своё
внимание на чём либо

19. Когда что то напоминало мне о
случившемся, я испытывал неприятные
физические ощущения – потел, дыхание
сбивалось, начинало тошнить, учащался
пульс и т. д.

20. Мне снились тяжёлые сны о том, что со
мной случилось

21. Я был постоянно насторожен и всё время
ожидал, что случится что то плохое

22. Я старался ни с кем не говорить о
случившемся

Опросник “Уровень депрессии” А. Бека

Опросник представляет собой шкалу, построенную по принципу самоотчета. Она состоит из 12 субшкал, (содержащих группы стандартизированных утверждений – негативных концепций о себе и ситуации), каждая из которых ранжирована по степени выраженности от 0 до 3 баллов. В целом эти установки локализуются в трех сферах: самооценки; представлений о временной перспективе; представлений о ситуации.

Данные, полученные с помощью опросника, позволяют судить не только о степени выраженности отдельной негативной концепции, но и, по их совокупности, – о когнитивной организации личности в целом.

Инструкция: В опроснике содержится ряд утверждений. Пожалуйста, прочтите все группы утверждений. Затем из каждой группы выберите одно утверждение, которое наилучшим образом описывает ваше сегодняшнее состояние. Обведите кружком номер выбранного вами утверждения. Необходимо прочесть все утверждения в каждой группе, прежде чем сделать выбор.

0. Мне не грустно.

1. Мне грустно (тоскливо, печально).

2. Мне постоянно грустно, и я не могу от этого отвлечься.

3. Мне так печально, что я не могу этого вынести.

0. Я не особенно мрачно смотрю на будущее.

1. Я мрачно смотрю на будущее.

2. Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.

3. Я чувствую, что в будущем меня не ждет ничего хорошего и что ничего нельзя изменить.

0. Я не чувствую себя неудачником.

1. Я чувствую, что у меня неудач больше, чем у других людей.

2. Когда я оглядываюсь на свою жизнь, она представляется мне цепью неудач.

3. Я чувствую себя абсолютным неудачником.

0. Я не испытываю особой неудовлетворенности.

1. Я ни отчего не получаю такого удовлетворения, как раньше.
2. Я перестал получать удовольствие от чего бы то ни было.
3. Я всем недоволен.

0. Я не разочарован в себе.

1. Я разочарован в себе.
2. Я противен себе.
3. Я ненавижу себя.

0. Мне не приходит в голову вредить себе.

1. Я чувствую, что мне лучше было бы умереть.
2. Я покончил бы с собой, если бы мне это удалось.
3. У меня есть определенный план совершения самоубийства.

0. Я не потерял интереса к людям.

1. Люди интересуют меня меньше, чем раньше.
2. Я почти полностью утратил интерес к людям и стал равнодушнее к ним.
3. Я совсем потерял интерес к людям и не думаю о них.

0. Я принимаю решения так же легко, как и раньше.

1. Я стараюсь отложить решения.
2. Мне крайне трудно что-либо решать.
3. Я потерял способность принимать любые решения.

0. Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем раньше.

1. Меня беспокоит, что я выгляжу непривлекательным.
2. Я чувствую, что моя внешность ухудшается и я выгляжу все более непривлекательным.
3. Я чувствую, что выгляжу уродливым или отталкивающим.

0. Я могу работать так же легко, как и раньше.

1. Мне приходится прилагать некоторые усилия, чтобы взяться за что-нибудь.
2. Мне очень трудно заставить себя взяться за что-нибудь.
3. Я совсем не могу ничего делать.

0. Я устаю не больше, чем обычно.
1. Я устаю быстрее, чем раньше.
2. Я устаю от всего.
3. Усталость не дает мне ничего делать.

0. Аппетит у меня не хуже, чем всегда.
1. Аппетит у меня не такой хороший, как раньше.
2. Аппетит у меня стал много хуже.
3. У меня совсем нет аппетита.

Обработка и интерпретация

Суммируйте баллы, обведенные кружками.

- 0-4 – отсутствие депрессии;
- 4-8 – слабая депрессия;
- 8-12 – средняя депрессия;
- 12 и выше – сильная депрессия.

**Тест на профессиональный стресс
(Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышников)**

Методика предназначена для определения стресса.

Необходимое оснащение. Тест опросника и лист для ответов.

Инструкция испытуемому. Прочитайте предложения и выберите тот пункт, который наиболее подходит для вас. Долго не раздумывайте. Наиболее искренние ответы приходят первыми.

Обработка и интерпретация результатов

Обработка результатов осуществляется в соответствии с ключами.

Ключи к ответам: Поставьте себе баллы в соответствии с приведенными ключами и просуммируйте их.

Это не ключ, это головоломка. Расшифровке с наскока не поддается.

1. а) 0, б) 1, в) 2, г) 3, д) 4.

2. За каждое «да» по 1 баллу.

3, 9, 12, 17, 21. а) 0, б) 2, в) 1.

4, 5, 13, 14, 15, 18, 19. «да» – 0, «нет» – 1.

6. За каждое «да» – 0, за каждое «нет» – по 1 баллу.

7. а) 0, б) 1.

8. 11, 16. а) 2, б) 1, в) 0.

10. «нет» – 0, «да» – 1.

20. а) 1, б) 0.

22. За «5» – 0, за «4» – 1, за «3» – 2, за «2» – 1, за «1» – 4.

Просуммируйте баллы. Если вы получили:

от 0 до 15 баллов, то стресс не является проблемой вашей жизни;

от 16 до 30 баллов, то у вас умеренный уровень стресса для занятого и много работающего профессионала. Тем не менее следует проанализировать ситуацию и посмотреть, как можно разумно уменьшить стресс.

от 31 до 45 баллов. Стресс представляет безусловную проблему. Очевидна необходимость коррекционных действий. Чем больше вы будете работать при таком уровне стресса, тем тяжелее что-либо сделать с ним. Это серьезный повод для тщательного анализа вашей профессиональной жизни.

от 46 до 60 баллов. На этом уровне стресс представляет собой главную проблему, и что-то должно быть сделано немедленно. Вы можете

оказаться очень близки к стадии истощения в общем адаптационном синдроме (стрессе). Напряжение должно быть ослаблено.

Тест опросника

1. Два человека, хорошо вас знающие, обсуждают вас. Какие из следующих утверждений они, вероятнее всего, стали бы использовать:

а) X – очень замкнутый человек, кажется, что ничто сильно его (ее) не беспокоит.

б) X – великолепный человек, но вы должны быть осторожны, когда говорите ему (ей) что-то время от времени.

в) Кажется, что в жизни X все всегда происходит не так, как надо.

г) Я неизменно нахожу X очень скучным и непредсказуемым.

д) Чем меньше я вижу X, тем лучше.

2. Присущи ли вам в жизни некоторые из следующих, наиболее распространенных особенностей:

а) чувство, что вам редко удается сделать что-либо правильно; чувство, что вас преследуют, загоняют в угол или в ловушку; плохое пищеварение; плохой аппетит; бессонница по ночам;

б) кратковременные головокружения и учащенное сердцебиение; чрезмерная потливость в отсутствие физической нагрузки и жары; паническое ощущение в толпе или в закрытом помещении; усталость и недостаток энергии;

в) чувство безнадежности («какая польза во всем этом»); слабость или тошнота без каких-либо внешних причин; очень сильное раздражение по поводу мелких событий; неспособность расслабиться по вечерам; регулярные пробуждения среди ночи или ранним утром; трудности в принятии решения;

г) невозможность перестать обдумывать или переживать события прошедшего дня;

д) слезливость;

е) убеждение, что вы ни с чем толком не можете справиться; недостаток энтузиазма даже по отношению к наиболее значимым и важным жизненным делам;

ж) нежелание встречаться с новыми людьми и осваивать новый опыт; неспособность сказать «нет», когда тебя просят что-то сделать; ответственность большая, чем та, с которой вы можете справиться.

3. Насколько вы оптимистичны в настоящее время:
- а) больше, чем обычно;
 - б) как обычно;
 - в) меньше, чем обычно.
4. Нравится ли вам смотреть спортивные состязания?
5. Можете ли вы позволить себе понежиться в постели в выходные дни, не испытывая при этом чувства вины?
6. Можете ли вы в разумных пределах (профессиональных и личностных) говорить откровенно:
- а) с начальником;
 - б) с коллегами;
 - в) с членами семьи.
7. Кто обычно несет ответственность за наиболее важные решения в вашей жизни:
- а) вы сами.
 - б) кто-то другой.
8. Когда вас критикуют на работе руководители, как вы обычно чувствуете себя:
- а) сильно огорченным;
 - б) умеренно огорченным;
 - в) слабо огорченным.
9. Вы заканчиваете рабочий день с чувством удовлетворения от достигнутого:
- а) часто;
 - б) иногда;
 - в) только изредка.
10. Испытываете ли вы большую часть времени чувство, что у вас есть неулаженные конфликты с коллегами?
11. Объем выполняемой вами работы превышает отведенное для этого время:
- а) постоянно;
 - б) иногда;
 - в) только изредка .
12. Часто ли вы представляете себе, какие у вас профессиональные перспективы:
- а) как правило, да;
 - б) иногда;

в) лишь изредка.

13. Могли бы вы сказать, что обычно у вас достаточно времени, которое вы тратите на себя?

14. Если вы хотите обсудить с кем-либо свои проблемы, легко ли вам обычно найти слушателя?

15. Находитесь ли вы на пути, более или менее обеспечивающем достижения ваших главных жизненных целей?

16. Вы скучаете на работе:

а) часто;

б) иногда;

в) очень редко.

17. Вы с удовольствием собираетесь на работу:

а) в большинстве случаев;

б) в некоторые дни;

в) лишь изредка.

18. Чувствуете ли вы, что на работе по достоинству ценят ваши способности и дела?

19. Чувствуете ли вы себя по достоинству вознагражденным на работе за ваши способности и дела (имея в виду статус и продвижение по службе)?

20. Есть ли у вас чувство, что ваши руководители:

а) активно мешают вам в работе,

б) активно помогают вам в работе?

21. Если бы 10 лет назад вы имели возможность увидеть себя таким профессионалом, каким вы являетесь в настоящий момент, вы бы сочли себя:

а) превзошедшим собственные ожидания;

б) соответствующим собственным ожиданиям;

в) не достигнувшем собственных ожиданий?

22. Если бы вы должны были оценить в баллах симпатии самому себе по шкале от 5 (максимум) до 1 (минимум), какой балл вы бы поставили сами себе?

Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко

Эмоциональное выгорание — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Если вы являетесь профессионалом в какой-либо сфере взаимодействия с людьми, вам будет интересно увидеть, в какой степени у вас сформировалась психологическая защита в форме эмоционального выгорания. Читайте суждения и отвечайте «да» или «нет». Примите во внимание, что, если в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты вашей профессиональной деятельности — пациенты, клиенты, потребители, заказчики, учащиеся и другие люди, с которыми вы ежедневно работаете.

Тест методики эмоционального выгорания

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения — хорошего или плохого.
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.
10. Моя работа притупляет эмоции.

11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.

12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.

13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.

14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.

15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.

16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.

17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.

18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.

19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.

20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.

21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.

22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.

23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.

24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.

25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.

26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.

27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.

28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т. п.

29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.

30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла».

31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.

32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).

33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.

34. Я очень переживаю за свою работу.

35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.

36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.

37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.

38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.

39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.

40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.

41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.

42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.

43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.

44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.

45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.

46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души.

47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.

48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.

49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.

50. Успехи в работе вдохновляют меня.

51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной).

52. Я потерял покой из-за работы.

53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера (ов).

54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.

55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.

56. Я часто работаю через силу.

57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.

58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.

59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.

60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.

61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.

62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.

63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.

64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.

65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.

66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.

67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.

68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.

69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.

70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.

71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.

72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.

73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.

74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.

75. Моя карьера сложилась удачно.

76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.

77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.

78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.

79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.

80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.

81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.

82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе, я утратил интерес, живое чувство.

83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала — обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.

84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

Обработка данных (ключ) методики выгорания

Каждый вариант ответа предварительно оценен компетентными судьями тем или иным числом баллов — указывается в «ключе» рядом с номером суждения в скобках. Это сделано потому, что признаки, включенные в симптом, имеют разное значение в определении его тяжести. Максимальную оценку — 10 баллов получил от судей признак, наиболее показательный для симптома.

В соответствии с «ключом» осуществляются следующие подсчеты: 1) определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания», 2) подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования «выгорания», 3) находится итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания» — сумма показателей всех 12-ти симптомов.

«Напряжение»

1. Переживание психотравмирующих обстоятельств: +1(2), +13(3), +25(2), -37(3), +49(10), +61(5), -73(5)

2. Неудовлетворенность собой: -2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3)

3. «Загнанность в клетку»: +3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)

4. Тревога и депрессия: +4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

«Резистенция»

1. Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование: +5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)

2. Эмоционально-нравственная дезориентация: +6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)

3. Расширение сферы экономии эмоций: +7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)

4. Редукция профессиональных обязанностей: +8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)

«Истощение»

1. Эмоциональный дефицит: +9(3), +21(2), +33(5), -45(5), +57(3), -69(10), +81(2)

2. Эмоциональная отстраненность: +10(2), +22(3), -34(2), +46(3), +58(5), +70(5), +82(10)

3. Личностная отстраненность (деперсонализация): +11(5), +23(3), +35(3), +47(5), +59(5), +72(2), +83(10)

4. Психосоматические и психовегетативные нарушения: +12(3), +24(2), +36(5), +48(3), +60(2), +72(10), +84(5)

Интерпретация результатов методики выгорания Бойко В. В.

Предложенная методика дает подробную картину синдрома «эмоционального выгорания». Прежде всего надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов:

9 и менее баллов — не сложившийся симптом;

10-15 баллов — складывающийся симптом;

16 и более — сложившийся.

Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме «эмоционального выгорания».

Методика позволяет увидеть ведущие симптомы «выгорания». Существенно важно отметить, к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число.

Дальнейший шаг в интерпретации результатов опроса — осмысление показателей фаз развития стресса — «напряжение», «резистенция» и «истощение». В каждой из них оценка возможна в пределах от 0 до 120 баллов. Однако сопоставление баллов, полученных для фаз, не правомерно, ибо не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные — реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы. По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

36 и менее баллов — фаза не сформировалась;

37-60 баллов — фаза в стадии формирования;

61 и более баллов — сформировавшаяся фаза.

Оперируя смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции. Освещаются следующие вопросы: какие симптомы доминируют; какими сложившимися и доминирующими симптомами сопровождается «истощение»; объяснимо ли «истощение» (если оно выявлено) факторами профессиональной деятельности, вошедшими в симптоматику «выгорания», или субъективными факторами; какой симптом (какие симптомы) более всего отягощают эмоциональное состояние личности; в каких направлениях надо влиять на производственную обстановку, чтобы снизить нервное напряжение; какие признаки и аспекты поведения самой личности подлежат коррекции, чтобы эмоциональное «выгорание» не наносило ущерба ей, профессиональной деятельности и партнерам.

Индекс психоэнергетической опустошенности

Инструкция: Обведите кружком цифру, соответствующую вашему отношению к каждому из высказываний. Подсчитайте количество набранных баллов.

№	Утверждение	Редко	Иногда	Всегда
1	На работе и в семье я испытываю враждебность и гнев	1	2	3
2	Я считаю, что должна преуспеть	1	2	3
3	Я отдаляюсь от коллег	1	2	3
4	Мне кажется, что меня заставляют делать только «штрафную работу»	1	2	3
5	Я замечаю, что становлюсь все более раздражительной и равнодушной к коллегам, родным и приятелям	1	2	3
6	Работа, как и сама жизнь, стала утомительной, скучной и монотонной	1	2	3
7	Я чувствую, что не расту профессионально	1	2	3
8	Я замечаю, что испытываю к жизни негативные чувства и зацикливаюсь на ее негативных сторонах	1	2	3
9	Я замечаю, что делаю меньше, чем когда бы то ни было	1	2	3
10	Мне трудно организовать свое время, отдых и работу	1	2	3
11	Я стала более несдержанной	1	2	3
12	Я чувствую бессилие и невозможность изменить свою жизнь	1	2	3
13	Я замечаю, что выплескиваю свою неудовлетворенность жизнью на домашних	1	2	3
14	Я сознательно избегаю личных контактов чаще, чем раньше	1	2	3
15	Я постоянно спрашиваю себя, подходит ли мне моя работа	1	2	3

16	Меня не покидают тяжелые мысли о делах	1	2	3
17	Каждое утро я просыпаюсь с чувством «Не знаю, смогу ли выдержать еще один день»	1	2	3
18	По-моему, на работе никого не интересует, что я делаю	1	2	3
19	Я замечаю, что меньше занимаюсь работой, в основном стараюсь уклониться от нее	1	2	3
20	Я устаю от дел, даже если хорошо выспалась	1	2	3

Результат теста:

20-34 – усталость отсутствует;

35-49 – умеренное опустошение (ранние предупреждающие сигналы);

50-60 – полное опустошение (требуется срочная помощь).

**Опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях»
(С. Норман, Д. Эндлер, Д. Джеймс, М. Паркер,
в адаптации Т. Л. Крюковой и др.).**

Адаптированный вариант копинг-стрессового поведения включает перечень заданных реакций на стрессовые ситуации и нацелен на определение доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий.

Инструкция к тесту: Ниже приводятся возможные реакции человека на различные трудные, огорчающие или стрессовые ситуации. Укажите, как часто вы ведете себя подобным образом в трудной стрессовой ситуации и поставьте соответствующую цифру в бланке ответов.

Никогда - 1; Редко – 2; Иногда – 3; Чаще всего – 4; Очень часто – 5.

Никогда	Редко	Иногда	Чаще всего	Очень часто
1	2	3	4	5

Тестовый материал

Типы поведения и реакций в стрессовых ситуациях

1. Стараюсь тщательно распределить свое время.
2. Сосредотачиваюсь на проблеме и думаю, как ее можно решить.
3. Думаю о чем-то хорошем, что было в моей жизни.
4. Стараюсь быть на людях.
5. Виню себя за нерешительность.
6. Делаю то, что считаю самым подходящим в данной ситуации.
7. Погружаюсь в свою боль и страдания.
8. Виню себя за то, что оказался в данной ситуации.
9. Хожу по магазинам, ничего не покупая.
10. Думаю о том, что для меня самое главное.
11. Стараюсь больше спать.
12. Балую себя любимой едой.
13. Переживаю, что не могу справиться с ситуацией.
14. Испытываю нервное напряжение.
15. Вспоминаю, как я решал аналогичные проблемы раньше.
16. Говорю себе, что это происходит не со мной.
17. Виню себя за слишком эмоциональное отношение к ситуации.
18. Иду куда-нибудь перекусить или пообедать.
19. Испытываю эмоциональный шок.

20. Покупаю себе какую-нибудь вещь.
21. Определяю курс действий и придерживаюсь его.
22. Обвиняю себя за то, что не знаю, как поступить.
23. Иду на вечеринку.
24. Стараюсь вникнуть в ситуацию.
25. Застываю, «замораживаюсь» и не знаю, что делать.
26. Немедленно предпринимаю меры, чтобы исправить ситуацию.
27. Обдумываю случившееся или свое отношение к случившемуся.
28. Жалею, что не могу изменить случившегося или свое отношение к случившемуся.
29. Иду в гости к другу.
30. Беспокоюсь о том, что я буду делать
31. Провожу время с дорогим человеком.
32. Иду на прогулку.
33. Говорю себе, что это никогда не случится вновь.
34. Сосредоточиваюсь на своих общих недостатках.
35. Разговариваю с тем, чей совет я особенно ценю.
36. Анализирую проблему, прежде чем реагировать на нее.
37. Звоню другу.
38. Испытываю раздражение.
39. Решаю, что теперь важнее всего делать.
40. Смотрю кинофильм.
41. Контролирую ситуацию.
42. Прилагаю дополнительные усилия, чтобы все сделать.
43. Разрабатываю несколько различных решений проблемы.
44. Беру отпуск или отгул, отдаляюсь от ситуации.
45. Отыгрываюсь на других.
46. Использую ситуацию, чтобы доказать, что я могу сделать это.
47. Стараюсь собраться, чтобы выйти победителем из ситуации.
48. Смотрю телевизор.

Обработка и интерпретация результатов теста

При обработке результатов суммируются баллы, поставленные испытуемыми с учетом приведенного ниже ключа.

Для копинга, ориентированного на решение задачи, суммируются следующие 16 пунктов: 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.

Для копинга, ориентированного на эмоции, суммируются следующие 16 пунктов: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45.

Для копинга, ориентированного на избегание, суммируются следующие 16 пунктов: 3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48.

Можно подсчитать субшкалу отвлечения из 8 пунктов, относящихся к избеганию: 9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48.

Субшкала социального отвлечения может быть подсчитана из следующих 5 пунктов, относящихся к избеганию: 4, 29, 31, 35, 37. (Обратите внимание, что пункты избегания 3, 23 и 32 не используются в субшкалах отвлечения и социального отвлечения).

Литература

1. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
2. Мельницкая Т.Б., Хавыло А.В., Белых Т.В. Шкала оценки влияния травматического события (IES-R) применительно к радиационному фактору // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 5(19).
3. Орлова Е.А. Клиническая психология /учеб. для студ. вузов. - М.: Юрайт, 2011
4. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М., Изд-во Института Психотерапии, 2002
5. Щербатых Ю.В. «Психология страха». М. «Эксмо», 2002.
6. Щербатых Ю.В. Ивлева Е.И. «Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий». Воронеж: Истоки, 1998.