

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ, ВИХОВАННЯ ТА РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ

УДК 159.9.07

**Н.В. БАЧИНСЬКА,**

*кандидат наук з фізичного виховання та спорту,  
доцент кафедри фізичного виховання та спорту  
Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара*

**Ю.О. ЗАБІЯКО,**

*старший викладач кафедри фізичного виховання та спорту  
Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара*

### ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛ ТА ОПИТУВАЛЬНИКІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОСІБ З БОЙОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ

У статті наведено результати аналізу і вивчення науково-методичної літератури, досліджено перспективи і можливості використання психологічних шкал і опитувальників. Отримані дані було використано з метою вивчення передбаченої цінності специфіки цих шкал і опитувальників для визначення вираженості рівня тривоги і депресії у випробовуваних. Такими, що найбільш часто використовуються в практичній і науковій діяльності, мають позитивні кореляційні зв'язки між показниками окремо взятих шкал і захворюваністю на депресію в цілому, є: шкала Гамільтона для оцінки тривоги і шкала Гамільтона для оцінки депресії; шкала Монтгомері–Асберг, опитувальник Бека, шкала Раскіна, опитувальник депресивної симптоматики (IDS), шкала депресії НДІ неврології ім. В.М. Бехтерева, госпітальна шкала тривоги і депресії Зігмунда, Нью-Кастловська шкала оцінки ендогенної і реактивної депресії (NEDRS).

*Ключові слова: психологічний стан; діагностика; психологічні шкали; опитувальники; пацієнти; бойові поранення.*

**П**остановка проблеми. У зв'язку з особливостями сучасних локальних військових конфліктів в Україні вкрай важливим питанням є реабілітація осіб з бойовими пораненнями (Н.В. Бачинська, Ю.О. Забіяко, 2018; О. Остроушко, 2017; О.Л. Шаурін, Д.О. Старюк та ін., 2014; С.М. Мороз, А.К. Моргачева, І.П. Яворська та ін., 2015; Х. Дандаш, Д.О. Подкопай, 2016).

У сучасних умовах діяльності військовослужбовців насичена емоційними переживаннями, що являє собою одну з характерних особливостей бойової обстановки. Небезпека є її особливим фактором, що може бути сприйнята воїном як небезпека для колективу, членом якого він є; для командира, товариша; як небезпека для виконання бойового завдання, важливих і суспільно цінних об'єктів (наприклад, бойова техніка, місто тощо) і для власного життя (можливість каліцтва, поранення або загибелі). На війні на психіку людини впливає безліч факторів. Службовці під час бою відчують фізіологічний, емоційний і соціальний стрес. Українські та деякі зарубіжні військові психологи на основі вивчення та аналізу причин виникнення психічних розладів у військовослужбовців в екстремальних ситуаціях виділяють такі групи психотравмуючих чинників: 1) ситуаційно-психогенні; 2) специфічно професійні; 3) особистісні [7, с. 145].

Американські психологи, аналізуючи досвід війни у В'єтнамі, прийшли до висновку, що психотравмуючі фактори з точки зору їх впливу на психіку солдатів можна поділити на

три групи. Перша група (найбільший ступінь впливу) включає: можливість поранення, каліцтва, загрозу життю або загибелі; вбивство солдат противника і місцевого населення; свідectво загибелі товаришів по службі, солдат противника і мирного населення. Разом із тим можливість поранення або загибелі в бою може справляти сильний негативний вплив на поведінку і діяльність як солдата, так і командира. Друга група (середній ступінь впливу) характеризується ізоляцією від рідних і близьких, суспільства; можливістю потрапити в полон; непередбачуваністю обстановки, а також важкими кліматичними умовами. До третьої групи належать: зростання страху бути вбитими чи пораненими з наближенням терміну заміни; постійна зміна товаришів по службі; усвідомлення безглуздості дій (війни) [8].

Основною і, відповідно, найбільш характерною психологічною рисою бойової обстановки є постійна загроза самому життю військовослужбовця. В умовах цієї загрози він змушений діяти і постійно реагує на неї. Ця реакція виявляється через почуття страху, що повторюється. Усе це за певних умов може зломити психічний опір організму, привести до емоційного зриву.

Поряд з небезпекою в обстановці бою діють такі фактори, як несподіванка, невизначеність, раптовість, дефіцит часу та інформації, дискомфорт взаємодії, різні звукові й інші впливи. Несподіванка появи небезпеки посилює її негативний психологічний вплив на воїна.

Посттравматичний стресовий розлад у воїнів виникає як відставлена і / або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру. Вони можуть викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини у відповідь на природні або штучні катастрофи, битви, серйозні нещасні випадки, спостереження за насильницькою смертю інших, роль жертви тортур, тероризму, зґвалтування або іншого злочину [1, с. 200].

Такі чинники, як особистісні риси (наприклад, компульсивні, астенічні) або попередні невротичні захворювання можуть знизити поріг розвитку цього синдрому або погіршити його перебіг, але вони не є обов'язковими і недостатні для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи кошмарів, що виникають на тлі емоційного притуплення, відчуження від інших людей, відсутність реакції на навколишнє, ухилення від діяльності та ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай людина боїться і уникає того, що їй нагадує про початкову травму [4, с. 95].

Зрідка бувають драматичні, гострі спалахи страху, паніки або агресії, що провокуються стимулами, які викликають несподіваний спогад про травму або первісну реакцію на неї. Зазвичай має місце стан підвищеної вегетативної збудливості з підвищенням рівня неспання, посиленням реакції переляку і безсонням. З переліченими вище симптомами та ознаками зазвичай поєднуються тривога і депресія, нерідко є суїцидальна ідеяція, а ускладнюючим фактором може бути надмірне вживання алкоголю або наркотиків [8].

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема психологічної та психіатричної допомоги військовослужбовцям і громадському населенню в умовах війни займається низка українських авторів: С.М. Мороз, А.К. Моргачева, І.П. Яворська, Р.П. Хаїтов, 2015 (травма вибуховою хвилею, коморбідна зі стресом бойових дій; соціодеморфічна та патопсихологічна характеристика посттравматичних порушень учасників бойових дій). За даними низки авторів, близько 40% військових після участі в бойових діях мають психологічні проблеми (Н.М. Степанова, А.К. Ладік-Бризгалова, С.В. Болтоносос, А.С. Сулімовська, 2015 та ін.) [10, с. 152].

**Формулювання мети.** Мета роботи – оцінка передбачуваної цінності шкал і опитувальників для діагностики психологічного стану (розладів депресивного характеру) осіб з бойовими травмами.

**Виклад основного матеріалу.** На підставі проведеного аналізу спеціальної науково-методичної літератури було виявлено, що з метою ранньої діагностики розладів депресивного спектра фахівцями широко використовуються спеціальні шкали, що дозволяють виявити і оцінити вираженість депресії, а також контролювати процес її лікування (М.М. В'ялова, О.В. Жумаєва, 2000).

Для оцінки рівня тривоги і депресії широко використовуються госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety Depression Scale - HADS) і шкали оцінки самопочуття (Patient Health Questionary - PHQ-9).

За даними R.S. Khan et al. (2011), психологічний дистрес пацієнта впливає на багато показників, зокрема, розвиток хронічного больового синдрому, а також істотно знижує якість життя хворого [11, с. 123].

Найбільш часто фахівцями використовуються: для діагностики розладів депресивного спектра, оцінки їх вираженості і досліджень, присвячених терапії депресії – шкала Гамільтона для оцінки тривоги і шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton M., 1959; Бевз І., 1999), а також шкала Монтгомери–Асберг (Montgomery S., Asberg M., 1979; Бевз І.А., 1999), опитувальник Бека (Beck A.T. et al., 1961), шкала Раскіна, опитувальник депресивної симптоматики (IDS), шкала депресії НДІ неврології ім. В.М. Бехтерева (Кудряшов А.Ф., 1992), госпітальна шкала тривоги і депресії Зігмонді (Zigmond A., Snaith R., 1983; Wade D., 1992), Нью-Кастловська шкала оцінки ендогенної і реактивної депресії (NEDRS) (Carney M., Garside R., 1965) [2, с. 10; 12, с. 361].

Шкала Гамільтона також використовується для дослідження депресій коморбідних з іншими психічними захворюваннями. Так, зокрема, S. Moritz з співавторами (2004) проводили за допомогою цієї шкали оцінку рівня депресії серед пацієнтів з обсесивно-компульсивними розладами. У літературі зустрічаються спроби прогнозування перебігу захворювань за допомогою шкали Гамільтона.

Також шкала Гамільтона успішно застосовуються в різних галузях медицини, наприклад, дослідженнях К. Wisner із співавторами (2004) описано використання цієї шкали в акушерській практиці для вивчення ризику виникнення депресії серед жінок, що мають в анамнезі депресивний епізод, протягом року після народження у них дитини. Для оцінки коморбідної депресії тривоги застосовуються шкали самооцінки тривоги Цунга (Zung W., 1965), шкала тривоги Спілбергера (Spielberger C. et al., 1970), шкала для оцінки тривоги Кові (CoviL. et al., 1979), особистісна шкала проявів тривоги Тейлора (TeilorJ., 1953) [9, с. 363].

Цю шкалу використовували К. Evans із співавторами (2004) для вивчення кореляції між рівнем депресії серед вибірки первинно здорових людей і захворюваністю на депресію серед населення. Результати дослідження показали наявність позитивної кореляції між показниками шкали Гамільтона і захворюваністю на депресію в цілому.

Оцінювали ефективність методу самоконтролю пацієнта за власним афективним статусом М. Вауер з співавторами (2004). Було виявлено високу кореляцію (-0,683) результатів самоконтролю і показників за шкалою Гамільтона.

Шкалу Гамільтона використовували у Туреччині для виміру рівня афективних порушень серед хворих на алкоголізм (Mirsal H., Kalyoncu A., Pektas O., 2004) [13, с. 495].

Італійськими вченими описано використання шкали Гамільтона як золотого стандарту для оцінки ефективності розпізнавання депресії за допомогою інших шкал в загальномедичній практиці (Balestrieri M., 2004).

За допомогою шкали Гамільтона G. Chapagain із співавторами (2003) оцінювали рівень депресії серед хворих на інфаркт міокарда. За результатами дослідження, 45–57% симптомів виявилися пов'язаними із соматичним станом, а 36–44% – психологічними порушеннями.

Такими авторами, як М. Fortner, К. Brown, І. Varia (1999) було описано використання шкали Гамільтона для оцінки якості життя серед літніх пацієнтів, які страждають на депресію [3, с. 128].

На думку низки авторів, шкала Монтгомери–Асберг (S. Montgomery, M. Asberg, 1979) відрізняється особливою чутливістю до ефекту терапії депресії і за цими показниками перевершує шкалу Гамільтона.

Опитувальник Бека, що традиційно використовується для діагностики депресій різного ступеня вираженості, є популярним опитувальником самозвіту (Sahin N. et al., 2003). Його було створено на основі клінічних спостережень і описів симптомів, що зустрічаються у хворих на депресію. У цей час він є таким варіантом, який найчастіше часто використовують для звіту пацієнта про свій стан, оскільки він може бути заповнений протягом 5 хв, а його інтерпретація і підрахунок балів є дуже простими [5, с. 311].

Шкала Бека, на думку низки дослідників, дозволяє не тільки виявити наявність депресивних симптомів, а й визначити ступінь їх вираженості (Н.В. Тарабріна, 2001). Згідно з опитувальником Бека інтерпретація показників така: інтервали для осіб з відсутністю депресії (<10), з легкої депре-

сією (10–14), з депресією середньої інтенсивності (15–22), з важкою депресією (23+). Незважаючи на те, що цей опитувальник застосовується для моніторингу стану хворого на депресію, у процесі лікування фахівцями не рекомендується використовувати його як діагностичний інструмент. Однак у той же час Т. Joiner із співавторами (2003) вказують на те, що шкала Бека є золотим стандартом для діагностики депресії в порівнянні з клінічними показниками [6, с. 201].

Крім того, вона може виступати як стандарт для оцінки надійності інших шкал, признаних для діагностики депресії (С. Boratav, 2003).

Опитувальник Бека дозволяє не тільки виявити наявність симптомів депресії, визначити ступінь їх вираженості, а також оцінити ризик самогубства. На підставі вищесказаного рекомендується його використання при оцінці суїцидальної готовності хворих на депресію. Відзначено позитивний кореляційний зв'язок між ступенем суїцидальної готовності і показниками за шкалою депресії (N. Horesh et al., 2003).

Р. Radziwillowicz із співавторами (2003) використовували опитувальник Бека для діагностики симптоматичних депресій, обумовлених органічним ураженням головного мозку. Шкала Бека також використовується для проведення диференціальної діагностики депресії з обумовленою неврологічною патологією зниженням функції пам'яті (L. Rosenstein, 2003).

Досвід застосування шкали Бека було описано R. Bowler (2003) для діагностики депресії у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. Також такі автори, як R. Nixon, R. Bryant (2003) використовували опитувальник Бека для оцінки рівня виразності депресивної симптоматики у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. Наприклад, J. Kress із співавторами (2003) використовували шкалу Бека для оцінки ефективності терапії, що проводиться пацієнтам з цією патологією [8; 9, с. 363].

Застосування опитувальника Бека було використано M. Vandeputte, A. de Weerd (2003) при обстеженні 917 пацієнтів з порушеннями сну. Депресія була виявлена більш ніж у 50% пацієнтів, причому у 3,5% хворих була виявлена виражена депресія. Автори роблять висновок, що використання шкали Бека показано при проведенні рутинного обстеження пацієнтів з порушеннями сну.

У деяких наукових публікаціях описано використання шкали Бека в загальній лікарській практиці (R. Tani et al., 2003) для оцінки вираженості депресії, інфаркту міокарда (D. Kissane et al., 2003). Опитувальник Бека традиційно використовується для оцінки тяжкості депресивних симптомів у хворих на цукровий діабет (G. Leonardson et al., 2003; M. Kojima et al., 2003; C. Lloyd et al., 2003; S. Friedman et al., 2003).

Наприклад, M. Karst із співавторами рекомендують (2003) використовувати опитувальник Бека для оцінки ефективності лікування алкоголізму. Також його було застосовано у праці E. Matsuura з співавторами (2003) при виявленні депресії у робітників Японії [1, с. 201].

Багато фахівців вказують на наявність кореляції між оцінкою якості життя хворих на депресію і показниками депресії за клінічними шкалами. У науково-методичній літературі описано успішне використання клінічних шкал з метою прогнозування виникнення депресії серед учасників транспортних аварій. Успішне використання опитувальника Бека описано в праці D. Silove із співавторами (2003): його було здійснено з метою прогнозування виникнення дорожньо-транспортної пригоди протягом 1,5 року після аварії [2, с. 11].

Депресію можна оцінювати різними способами: за допомогою суб'єктивної оцінки хворим свого стану і оцінки фахівця. Багато вчених відзначають, що при використанні шкал самооцінки жінки частіше вибирають пункти шкал, що стосуються суб'єктивно відчуття депресії, тоді як чоловіки роблять акцент на свої фізичні скарги [6, с. 201].

Для оцінки стану хворого на депресію може бути використана клінічна шкала загальної оцінки, що дозволяє встановити тяжкість афективних розладів, порівнюючи стан хворого зі статусом інших пацієнтів (оцінки коливаються в діапазоні від «нормально» «зовсім не хворий» до «серед найбільш хворих пацієнтів»).

Показники чутливості і специфічності (відповідно: HADS тривога, HADS депресія), за результатами дослідження А.В. Бояркіної (2013), істотно зростають при одночасному застосуванні двох шкал. Поєднання шкали HADS тривога і PHQ-9 показало чутливість 76% і специфічність 81,5%, що свідчить про потенційно високу діагностичну здатність цих методів. Чутливість і специфічність при використанні шкали HADS депресія і PHQ-9 склали 67,5% і 77,8%, шкали HADS тривога і HADS депресія – 51% і 93,3% відповідно [2, с. 12].

Таким чином, комплексна оцінка рівня психологічних розладів за допомогою шкал HADS тривога, HADS депресія і PHQ-9 має високу специфічність і прогностичну цінність.

За даними А.В. Бояркиної (2013), найбільшою позитивною прогностичною значущістю (у рамках досліджень щодо сильного болю після операції) має комплексне застосування шкал HADS тривога і HADS депресія –PPV = 92,5%, а також HADS тривога і PHQ-9 –PPV = 87,6%, 95% [2, с. 11].

Психологічна реабілітація є ефективним методом корекції неадекватних установок як у військовослужбовців, так і у громадянських осіб, підвищення їх мотивації до виконання лікарських рекомендацій і зміни способу життя [8].

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** За результатами проведеного аналізу ряду праць виявлено, що поєднання декількох методів діагностики підвищує ймовірність виявлення пацієнтів групи ризику, тому подальше вивчення індивідуальних особливостей випробуваних і визначення додаткових факторів, що відіграють роль в ефективності психологічної корекції, є актуальним і може мати суттєве практичне значення.

Проведений аналіз літератури підтверджує обґрунтованість вивчення шкал і опитувальників для оцінки психологічних особливостей як методів діагностики тяжкості вираженості тривоги і депресії у осіб з бойовими травмами.

Перспективним напрямом подальших досліджень може стати розробка диференційованого підходу до корекції депресивного стану осіб з бойовими травмами, базованого на попередній оцінці психологічного стану досліджуваної групи осіб, а також пошук інших факторів, що дозволяють підвищити точність виявлення осіб з високим ризиком виникнення депресії.

#### Список використаних джерел

1. Бойко О.В. Охрана психического здоровья: учеб. пособ. для студ. высш. учеб. завед. / О.В. Бойко. – М.: Академия, 2004. – 268 с.
2. Бояркина А.В. Риск возникновения сильной боли после операции зависит от предоперационного психологического состояния пациентов / А.В. Бояркина // Запорожский медицинский журнал. – 2013. – № 6 (81) – С. 10–12.
3. Иванец Н.Н. Применение модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы для оценки состояния больных в общей медицинской практике / Н.Н. Иванец, Д.М. Царенко, М.А. Боброва, и др. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – М.: ИМА-Пресс, 2012. – С. 52–57.
4. Минутко В.Л. Депрессия / В.Л. Минутко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.
5. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации); под ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
6. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2003. – 425 с.
7. Соломон Э. Демон полуденный. Анатомия депрессии / Э. Соломон. – М.: Добрая книга, 2004. – 268 с.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
9. ([https://medinfo.social/psihologiya\\_941/shkalyi-oprosniki-9899.html](https://medinfo.social/psihologiya_941/shkalyi-oprosniki-9899.html). – шкалы и опросники).
10. Alexopoulos G.S. Outcomes of geriatric depression. / G.S. Alexopoulos, J.G. Chester // Clin Geriatr Med. – 1992. – 8 (2). – P. 363–376.
11. Altman D.G. Diagnostic tests 1: sensitivity and specificity / D.G. Altman, J.M. Bland // BMJ. – 1994. – Vol. 308. – № 6943. – P. 152.
12. Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain / R.S. Khan, K. Ahmed, E. Blakeway [et al.] // Am J Surg. – 2011. – Vol. 201. – № 1. – P. 122–131.
13. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983. – 67(6). – 361–70.
14. Michels T.C. Neuropsychological evaluation in primary care. / T.C. Michels, A.Y. Tiu, C.J. Graver // Am Fam Physician 2010. – № 82(5). – P. 495–502.

## References

1. Boiko, O.V. (2004). *Okhrana psikhicheskoho zdorovia* [Mental Health Protection]. Moscow, Akademiia Publ., 268 p. (In Russian).
2. Boiarkina, A.V. (2013). *Risk vznikhoveniia silnoi boli posle operatsii zavisit ot predoperatsionnoho sostoianniia patsienta* [The risk of severe pain after surgery depends on the patient's preoperative psychological state]. *Originale investigationis*, no. 6 (81), pp. 10-12 (In Ukrainian).
3. Ivanets, N.N., Tsarenko, D.M., Bobrova, M.A., Kursakov, A.A., Starostina, E.H. & Bobrov, A.E. (2006). *Primenenie modifitsirovannoi Addenbrukskoi kognitivnoi shkaly dlia otsenki sostoianniia bolnykh v obshchei meditsinskoi praktike* [The use of the modified Addenbrook cognitive scale for assessing the condition of patients in general medical practice]. *Nevrologiia, neiro-psikhiiatriia, psikhosomatika* [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. Moscow, IMA-Press Publ., pp. 52-57 (In Russian).
4. Minutko, V.L. (2006). *Depressiia* [Depression]. Moscow, HEOTAR-Mediia Publ., 320 p. (In Russian).
5. In B.A. Kazakovtseva & V.B. Hollanda (Eds.). (1998). *Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniia (F00–F99). (Klass V MKB-10, adaptirovannyidlia ispolzovaniia v Rossiiskoi Federatsii)* [Mental and behavioral disorders (F00-F99). (Class V ICD-10, adapted for use in the Russian Federation)]. Moscow, Minzdrav Rossii Publ., 512 p. (In Russian).
6. Smulevich, A.B. (2003). *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniiaakh* [Depression in somatic and mental illness]. Moscow, MIA Publ., 425 p. (In Russian).
7. Solomon, E. (2004). *Demon poludennyi. AnATOMiia depressii* [The demon is noon. Anatomy of Depression]. Moscow, Dobraia kniha Publ., 268 p. (In Russian).
8. Tkhostov, A.Sh. (2002). *Psikhologhiia telesnosti* [Psychology of corporeality]. Moscow, Smysl Publ., 287 p. (In Russian).
9. *Shkaly i oprosniki* [Scales and questionnaires]. Access mode: <https://medinfo.sotsial.psihologiya941.shkoli-oprosniki-49899.html> (In Russian).
10. Alexopoulos, G.S., Chester, J.G. (1992). Outcomes of geriatric depression. *Clin Geriatr Med*, no. 8 (2), pp. 363–376.
11. Altman, D.G. & Bland, J.M. (1994). Diagnostic tests 1: sensitivity and specificity, *BMJ*, vol. 308, no. 6943, pp. 152.
12. Khan, R.S., Ahmed, K., Blakeway, E. & et al. In *Am J. Surg* (Ed.). (2011). Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain, vol. 201, no. 1, pp. 122–131.
13. Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, no. 67 (6), pp. 61–70.
14. Michels, T.C., Tiu, A.Y. & Graver, C.J. (2010). Neuropsychological evaluation in primary care. *Am Fam Physician*, no. 82 (5), pp. 495–502.

В статье представлены результаты анализа и изучения научно-методической литературы, в которых исследованы перспективы и возможности использования психологических шкал и опросников. Полученные данные использованы с целью изучения предсказательной ценности специфики данных шкал и опросников для определения выраженности уровня тревоги и депрессии у испытуемых. Наиболее часто используемыми в практической и научной деятельности, имеющими положительные корреляционные связи между показателями отдельно взятых шкал и заболеваемостью депрессией в целом, являются: шкала Гамильтона для оценки тревоги и шкала Гамильтона для оценки депрессии; шкала Монтгомери–Асберг, опросник Бека, шкала Раскина, опросник депрессивной симптоматики (IDS), шкала депрессии НИИ неврологии им. В.М. Бехтерева, госпитальная шкала тревоги и депрессии Зигмонда, Нью-Кастловская шкала оценки эндогенной и реактивной депрессии (NEDRS).

*Ключевые слова:* психологическое состояние; диагностика; психологические шкалы; опросники; военнослужащие; боевые ранения.

The article presents the results of analysis and study of scientific and methodological literature, which explored the prospects and possibilities of using psychological scales and questionnaires. The data obtained were used to study the predictive value of the specificity of these scales and questionnaires to determine the severity of anxiety and depression in subjects. The most commonly used in practical and scientific activities, having positive correlation between the scores of individual scales and the incidence of depression in general, are: Hamilton's scale for assessing anxiety and Hamilton scale for assessing depression; Montgomery-Asberg scale, Beck questionnaire, Ruskin scale, the depressive symptomatology questionnaire (IDS), the depression scale of the Neurology Research Institute named after V.M. Bekhterev, the hospital scale of anxiety and depression of Zigmond, Newcastle scale of assessment of endogenous and reactive depression (NEDRS).

*Key words:* psychological state; diagnostics; psychological scales; questionnaires; military personnel; military injuries.

*Одержано 3.01.2018.*