

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Україномовна адаптація шкали первинної діагностики
посттравматичного стресового розладу (PC-PTSD-5)**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-222
групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Павленко Н.О.
(прізвище та ініціали)
Керівник
к.психол.н.,
Максимчук М.О.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ПІДХОДІВ ЙОГО ДІАГНОСТИКИ.....	8
1.1. Визначення, поширеність та етіологія ПТСР.....	8
1.2. Критерії діагностики ПТСР.....	12
1.2.1. ПТСР відповідно до МКХ-11.....	13
1.2.2. ПТСР відповідно до DSM-V.....	17
1.3. Диференціація та коморбідність з іншими розладами.....	23
1.4. Способи діагностування ПТСР.....	25
Висновки до розділу I.....	34
РОЗДІЛ II. ЗАСАДИ ТА ПРОЦЕДУРА АДАПТАЦІЇ ОПИТУВАЛЬНИКА PC-PTSD-5.....	35
2.1. Особливості та етапи адаптації інструментарію діагностики ПТСР...	35
2.2. Опитувальник PC-PTSD-5 як первинний скринінг ПТСР.....	39
2.3. Лінгвістична адаптація опитувальника PS-PTSD-5.....	41
2.4. Методики дослідження конкурентної валідності опитувальника PS-PTSD-5.....	42
2.5. Характеристика вибірки дослідження.....	47
Висновки до розділу II.....	51
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ УКРАЇНСЬКОЇ ВЕРСІЇ ОПИТУВАЛЬНИКА PC-PTSD-5....	52
3.1. Оцінка нормальності показників опитувальника.....	52
3.2. Порогові показники української версії опитувальника.....	52
3.3. Оцінка внутрішньої узгодженості опитувальника.....	55
3.4. Оцінка ретестової надійності опитувальника.....	56
3.5. Оцінка валідності опитувальника.....	58
3.6. Оцінка структури тесту PS-PTSD-5 за допомогою факторною аналізу.....	61

3.7. Інтерфейс та інструкція до фінальної версії опитувальника.....	65
Висновки до розділу III.....	68
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73
ДОДАТКИ.....	87

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. Через збройну агресію росії проти України у 2014 році і подальше повномасштабне вторгнення 2022 року, рівень стресового навантаження та травматизації населення країни є надвисоким. Війна є найпотужнішим психосоціальним стресором та потенційно травматичною подією для психіки людини. Це – екстремальне випробування як для країни, так і для окремої особи, військової чи цивільної. Важко знайти людину в Україні, яка в тій чи іншій мірі не пережила, чи не була свідком подій, що несли загрозу життю та здоров'ю її самої чи оточуючих. І хоча ми вживаємо слово “потенційний” у сполученні із “травматична подія”, адже психіка людини має величезні ресурси аби впоратися із стресом ще на етапі гострої стресової реакції, важко переоцінити рівень травматизації населення України. Так, за даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 2022 рік понад 90% населення країни мають прояви мінімум одного з симптомів посттравматичного стресового розладу, а ризики його розвитку мають 57% українців.

Ці дані вказують на нагальну необхідність для українських психологів мати валідний інструментарій для надання якісної та своєчасної психологічної допомоги. Зокрема, мова йде про валідні методи психодіагностики посттравматичного стресового розладу. Наразі українською мовою перекладена величезна кількість клінічних тестів, опитувальників, структурованих інтерв'ю, які покликані допомогти спеціалістам у проведенні діагностики ПТСР. Існують також і веб-сайти для широкого загалу, наприклад, ресурс Міністерства у справах ветеранів України MARTA marta.mva.gov.ua, де за допомогою зручного інтерфейсу людина може самостійно пройти опитування та краще зрозуміти свій стан. Однак проблема полягає в тому, що більшість цього інструментарію

створена в інших країнах (переважно у США), а їхні психометричні показники апробовані на вибірках, що можуть суттєво відрізнятися від української. В Україні наразі адаптовано лише декілька з них. Все це призводить до того, що користуючись іноземними перекладеними методиками без належної їх адаптації ми не можемо точно знати, чи її результати є достовірними, чи ні. В умовах війни та постійного збільшення осіб, які мають травматичний досвід, збільшення пулу адаптованого на українській вибірці психометричного інструментарію діагностики ПТСР є надважливим. В рамках даної роботи нами було обрано провести адаптацію скринінгу ПТСР з DSM-V (PC-PTSD-5), як короткого та актуального інструменту для швидкої ідентифікації людей з ознаками ПТСР для їх подальшої детальнішої діагностики.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Дане дослідження базується на баченні посттравматичного стресового розладу, закладеному в DSM-V. Це бачення доповнене поглядами на ПТСР авторів МКХ-11, а також інших дослідників, які вивчають симптоматику ПТСР та його латентну структуру, шукаючи таку факторну модель, яка б найкраще пояснила цей феномен. Це, зокрема Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Kessler, Marmar, Bondjers, Lathan, Чабан, Васильєв, Зубовський, Зливков, Лукомська та ін.

Об'єкт дослідження: опитувальник PC-PTSD-5 як спосіб скринінгу посттравматичного стресового розладу.

Предмет дослідження: процедура адаптації опитувальника PS-PTSD-5 для україномовної популяції.

Мета дослідження: здійснення адаптації опитувальника PC-PTSD-5 на українській вибірці.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати підходи до тестування як способу діагностики ПТСР шляхом вивчення наукової літератури;

2. Провести лінгвістичну адаптацію опитувальника PC-PTSD-5;
3. Встановити валідність даних, отриманих за допомогою опитувальника PC-PTSD-5;
4. Довести надійність опитувальника PC-PTSD-5;
5. Розробити рекомендації щодо застосування опитувальника PC-PTSD-5 для української популяції.

Методи. У даному дослідженні застосовувались кількісні методи збору даних. У процесі адаптації, окрім української версії скринінгу PC-PTSD-5, ми використовували також такі методики: Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України в рамках Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР); Міжнародний Опитувальник Травми (The International Trauma Questionnaire, ITQ); Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) та Шкала сприйнятого стресу PSS (Perceived Stress Scale).

З метою обробки даних був використаний метод математичної статистики за допомогою програми статистичної обробки даних Jamovi. Для вивчення теоретичних засад, що лягли в основу цієї роботи був використаний теоретико-аналітичний метод.

Вибірка дослідження складається з 233 осіб віком від 18 років. Вони склали дві вибірки – клінічну (N=18, зокрема семеро – військовослужбовці), які повідомили про наявність посттравматичного стресового розладу та неклінічну (N=215) – широку групу населення України. Серед респондентів 75% жінок та 25% чоловіків.

Теоретична значущість роботи. Доповнено знання про посттравматичний стресовий розлад, його симптоми та латентні фактори в українському контексті. Розширено відомості про рівень травматизації

населення України через війну. Узагальнено підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу на основі ДСМ-V та МКХ-11, проаналізовано їхнє спільне та відмінне. Поглиблено розуміння проявів ПТСР, нерівномірності їхньої значущості та специфічності для української вибірки. Окреслено ряд дискусійних питань для майбутніх досліджень, зокрема на вибірці учасників бойових дій.

Практична значущість роботи. Представлено валідний та надійний психометричний інструмент для скринінгу посттравматичного стресового розладу в українських умовах. Даний опитувальник можна застосовувати як для цивільних, так і для військових. Його простота робить можливим його застосування як в спеціалізованих закладах (лікарнях, кризових центрах тощо) із залученням спеціаліста (психолога, лікаря тощо), так і самостійно, зокрема, на веб-сайтах. Його також можна використовувати у приватній психологічній практиці з метою швидкої попередньої діагностики ПТСР у клієнтів.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ПІДХОДІВ ЙОГО ДІАГНОСТИКИ

1.1. Визначення, поширеність та етіологія ПТСР

Посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) – це тривале психічне захворювання, що виникає після впливу потенційно травматичної події (ПТП), наприклад, катастрофи, серйозної аварії, несподіваної смерті, війни, терору, зґвалтування або насильства [1].

Дані щодо поширеності ПТСР варіюються. Деякі дослідники зазначають, що 50-65% людей впродовж життя зазнають впливу як мінімум однієї травматичної події: значна катастрофа, війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо транспортна пригода, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя або життя іншої людини [8]. При цьому, частота виникнення посттравматичного стресового розладу складає 10-15% серед людей, які пережили травматичні події. Діти, підлітки та літні люди є більш чутливими до стресу, що може викликати психопатологічні реакції. Жінки мають вдвічі вищу ймовірність розвитку ПТСР порівняно з чоловіками.

За іншими даними, поширеність ПТСР протягом життя в усьому світі становить близько 4% [2], а в 15 % – окремими симптомами [3]. Серед осіб, які постраждали в результаті надзвичайно травматичних подій, цей відсоток становить 25-30%, при чому у 9% мова йде про тривалий ПТСР [3], [4]. Вірогідність ремісії значно варіюється, з від 6% до 92% [5].

Згідно з іншим дослідженням, з опитаних 5692 людей 82,7% відсотка зазнали важких і потенційно травматичних подій і у 8,3% людей діагностували ПТСР упродовж життя [6]. Ще одне дослідження показує,

що з 65% пацієнтів клініки первинної медичної допомоги, які повідомили про випадки негативного впливу важких, потенційно травмуючих подій, у 12% розвинувся ПТСР [7].

У США в процесі епідеміологічних досліджень ПТСР виявили у 15% ветеранів і 9% ветеранок, які брали участь в бойових діях [8].

Лонгітюдне дослідження «Національне обстеження ветеранів війни у В'єтнамі» («National Vietnam Veterans Longitudinal Study») продемонструвало вражаючі результати. Серед осіб, що перебували в зоні бойових дій, розповсюдженість ПТСР за критеріями DSM-V становила 11,2 %, ще у 3,3 % обстежених спостерігалися підпорогові симптоми [9].

Дослідження проведене під час антитерористичної операції (АТО) в Україні продемонструвало, що клінічно значимі симптоми ПТСР мали 20 % із обстежуваної вибірки при середній кількості набраних балів в 15,98 пунктів без статистично значущої різниці між чоловіками та жінками [10]. При цьому, чим довше людина перебувала в зоні АТО, тим сильнішими ставали симптоми ПТСР. Також одружені особи демонстрували більш виражені симптоми.

Інше дослідження того ж періоду показало, що у 27,7% військовослужбовців, які брали участь в АТО був діагностований ПТСР [11].

Результати першого з початку повномасштабної війни дослідження психологічного стану населення України демонструють, що більшість опитаних (понад 90%) мали прояви хоча б одного з симптомів посттравматичного стресового розладу, а 57% громадян перебувають в зоні ризику розвитку посттравматичного стресового розладу [12]. Крім того, за даними Національної служби здоров'я України, в країні зростає кількість людей, яким діагностували ПТСР. Так, у 2021 році діагноз ПТСР був поставлений 3167 пацієнтам, у 2022 році — 7051 пацієнту, у 2023 році — 12494 пацієнтам, а станом на 6 березня 2024 року — 3292 пацієнтам [13].

Важливо зазначити, що значна частина ризику розвитку ПТСР успадковується через гени. Дослідження близнюків, які брали участь у бойових діях під час війни у В'єтнамі, надають переконливі докази генетичного внеску у розвиток ПТСР [14]. У цих дослідженнях вчені виявили, що якщо у одного з монозиготних (ідентичних) близнюків розвивався ПТСР, то ймовірність розвитку ПТСР у другого близнюка була значно вищою порівняно з дизиготними (неідентичними) близнюками. Вищий рівень конкордантності ПТСР серед монозиготних близнюків підкреслює роль генетики у виникненні цього розладу.

Найсучасніші нейробіологічні дослідження людського геному виявили 95 локусів ризику розвитку ПТСР. Зокрема, з 95 ідентифікованих, значущих для всього геному, локусів – 80 є новими. Вчені визначили 43 потенційних причинних гени [65]. В цілому їх можна класифікувати як нейромедіатори та синаптичні модулятори іонних каналів; фактори розвитку, наведення аксонів і транскрипції; гени синаптичної структури і функції, а також ендокринні або імунні регулятори. Додаткові топ-гени впливають на процеси, пов'язані зі стресом, імунітетом, страхом і загрозою, які, як раніше припускали, лежать в основі нейробіології ПТСР.

Подвійні дослідження показали, що ризик впливу деяких видів травм може бути сам собою спадковим, що називається «ефектом кореляції ген-середовище» (rGE) [3], [59]. Щодо спадковості бойової психотравми, то її ризик коливається від 35 до 47%. Для цивільних осіб було встановлено, що вплив міжособистісних травматичних подій був низькоспадковим (~20%) [17]. Зрозуміло, що рівень впливу травми значною мірою пояснюється генетичними впливами на особистість [16]. Наприклад, пошук відчуттів – це спадкова риса особистості, яка характеризується залученням до ризикової поведінки, наприклад, керуванням автомобілем на високій швидкості [17], що може підвищити ймовірність настання ПТП.

Крім того, тип пережитої травми відіграє вирішальну роль у тяжкості та ймовірності розвитку ПТСР. Зокрема, було виявлено, що насильницька травма (наприклад, фізичне або сексуальне насильство) з більшою ймовірністю посилює генетичну схильність до ПТСР порівняно з ненасильницькою (наприклад, нещасні випадки або стихійні лиха) [63]. Це свідчить про те, що хоча генетичні фактори є важливими, характер травматичного досвіду також суттєво впливає на розвиток ПТСР.

Окрім генетичної схильності та самого факту травматичної події, факторами, які впливають на ймовірність появи ПТСР, також є епігенетичні зміни, виховання, соматичні захворювання та стресові ситуації. За словами О.С. Чабана, “те, що ми заклали в людину в дитинстві, наскільки стресостійкою її виховували, психологічно гнучкою, адаптивною, такою, що вміє обробляти стреси, які трапляються їй. Якщо дорослі навчають її цій протекції, це вже 50% успіху переживання стресу в дорослому віці” [3].

Дослідження тригерів травм зводяться до висновку, що ПТСР викликає гормональні зміни, пов'язані з віссю гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (НРА) та в експресії певних генів [18]. Нейровізуалізаційні дослідження надали важливі дані щодо впливу ПТСР на структуру, нейрохімію та функції мигдалеподібного тіла, медіальної префронтальної кори та гіпокампу при посттравматичному стресовому розладі. Ці дослідження показують підвищену активність мигдалеподібного тіла під час проявів симптомів ПТСР, причому його реактивність позитивно корелює з тяжкістю симптомів [19]. І навпаки: медіальна префронтальна кора характеризується зменшеним об'ємом та гіпорективністю під час симптоматичних станів та при виконанні емоційних когнітивних завдань. Її активність при цьому обернено пропорційно пов'язана з тяжкістю симптомів ПТСР. Крім того, дослідження виявляють зменшення об'єму, цілісності нейронів та функціональної цілісності гіпокампу при ПТСР.

Дослідники посттравматичного стресового розладу пропонують розглядати ПТСР не як єдиний однорідний розлад, а як сукупність підтипів з різноманітною симптоматикою. Відповідно клінічно значущі підтипи повинні відрізнятися за проявом симптомів або функціональними механізмами розвитку та протікання розладу, а також демонструвати різний перебіг, фактори ризику або відповіді на лікування [20].

1.2. Критерії діагностики ПТСР

Наразі поняття та критерії діагностики ПТСР закріплені у двох найрозповсюдженіших номенклатурах: П'яте видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-V) та одинадцяте видання Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11). Ці номенклатури застосовують досить різні підходи до розгляду різноманітності симптомів, причому DSM-V включає в себе широке визначення, а МКХ-11 натомість пропонує вузьке визначення ПТСР і вводить новий діагноз "комплексний ПТСР" (КПТСР), що включає ПТСР у поєднанні з супутніми симптомами [20].

Не дивлячись на різні підходи, існує широка згода щодо набору характерних симптомів ПТСР: повторне переживання або перепроживання події (наприклад, флешбеки, нічні кошмари), уникнення стимулів пов'язаних з подією або таких, що провокують повторне переживання, гіперзбудження, що проявляється у вигляді підвищеного відчуття загрози, гіперпильності, а також афективна дизрегуляція. Так, і МКХ-11, і DSM-V зазначають, що феномен уникнення стосується зовнішніх та внутрішніх стимулів. МКХ-11 відносить до повторного переживання подій нічні кошмари та флешбеки, тоді як DSM-V додає до них нав'язливі думки, емоційну та фізичну чутливість. Категорія "Відчуття небезпеки", яка в МКХ-11 передбачає підвищену пильність та лякливість, в DSM-V носить назву "Помітні зміни збудження та реактивності" і на додачу до зазначених

вище симптомів включає також роздратованість або агресивність, ризиковану або деструктивну поведінку, складнощі з фокусом уваги та порушення сну. Афективна дизрегуляція згідно з МКХ-11 обмежується поняттями гіпер- та гіпо-активація. У той же час, DSM-V передбачає цілий кластер змін в когніціях та настрої: негативні думки та емоції, перебільшене почуття провини, ангедонія, почуття ізольованості, зниження інтересу та дисоціативна амнезія.

1.2.1 ПТСР відповідно до МКХ-11

Згідно Міжнародного класифікатора хвороб, посттравматичний стресовий розлад (код 6B40) може розвинути після жахливої, надзвичайно загрозливої для життя чи здоров'я події чи серії подій [21]. Він характеризується усіма перерахованими нижче ознаками:

1) повторне переживання травматичної події або подій у теперішньому часі у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, флешбеків або нічних кошмарів. Повторне переживання може відбуватися через одну або кілька сенсорних модальностей і зазвичай супроводжується сильними емоціями, особливо спектром страху, а також сильними фізичними відчуттями;

2) уникнення думок і спогадів про подію або події або уникнення діяльності, ситуацій або людей, що нагадують про подію (події);

3) стійке сприйняття підвищеної загрози тут і зараз. Про це може свідчити підвищена пильність або посилена реакція переляку, здригання як відповідь на подразники, наприклад, несподівані звуки.

Ці симптоми повинні зберігатися щонайменше кілька тижнів і спричиняти значні порушення в різних аспектах життя людини. Це можуть бути особисті та сімейні стосунки, соціальна взаємодія, успішність у навчанні, професійна діяльність та інші важливі сфери повсякденного життя. Тривалий характер і тяжкість цих симптомів відрізняють ПТСР від

звичайних стресових реакцій і підкреслюють глибокий вплив розладу на загальне самопочуття людини.

Поняття “надзвичайно загрозна для життя чи здоров’я подія чи серія подій” охоплює широкий спектр переживань і включають, але не обмежуються таким:

- 1) Безпосередній досвід травматичних подій: особисте зіткнення зі стихійними лихами, такими як землетруси, урагани чи повені, або техногенними катастрофами: промислові аварії чи ядерні інциденти. Це також включає участь у бойових діях під час війни, серйозні нещасні випадки, такі як автокатастрофи, пережиті тортури або жорстоке фізичне насильство, а також досвід сексуального насильства або тероризму. Напад, як фізичний, так і сексуальний, а також гострі захворювання, що загрожують життю, такі як серцевий напад, також підпадають під цю категорію. Ці події можуть бути надзвичайно страшними і небезпечними для життя, залишаючи тривалий вплив на психічне здоров’я людини.
- 2) Свідчення травматичних подій: бачити на власні очі загрозу або фактичну травму чи смерть інших людей, особливо раптову, несподівану або насильницьку. Прикладами таких подій можуть бути автомобільна аварія зі смертельним наслідком, насильницький злочин чи напад, або ж важкі поранення чи смерть під час війни, катастрофи чи терористичного акту. Свідчення таких подій може викликати глибоке страждання і травмувати, навіть якщо свідок особисто не постраждав.
- 3) Дізнатися про травматичні події, що стосуються близьких людей: отримати новин про раптову, несподівану або насильницьку смерть близької людини. Наприклад, звістка про те, що члена сім’ї або близького друга було вбито, він загинув у трагічному нещасному випадку або наклав на себе руки, може бути глибоко травматичною.

Шок і жах від такої новини може викликати інтенсивні емоційні реакції та мати довготривалі психологічні наслідки.

За МКХ-11, після травматичної події або ситуації розвивається характерний синдром, що триває щонайменше кілька тижнів і складається з усіх трьох основних елементів:

Повторне проживання, пережиття події.

Люди з ПТСР часто повторно переживають травматичну подію так, ніби вона відбувається знову в теперішньому часі, а не просто згадують її. Таке повторне переживання може набувати різних форм:

- Яскраві нав'язливі спогади або образи. Це тривожні та яскраві спогади, які несподівано вторгаються в думки людини, і їх буває дуже важко контролювати.
- Флешбеки. Вони можуть бути від легких до важких. У легких випадках у людини може виникнути швидкоплинне відчуття, що подія відбувається знову. У важких випадках відбувається повна втрата усвідомлення теперішнього оточення, і людина може відчувати себе так, ніби вона повністю повернулася в травматичну ситуацію.
- Повторювані сновидіння або кошмари. Ці сновидіння тематично пов'язані з травматичною подією і можуть бути надзвичайно тривожними, часто змушуючи людину прокидатися в стані страху або паніки.

Ці повторні переживання зазвичай супроводжуються сильними або переповнюючими емоціями, такими як сильний страх або жах, а також можуть включати сильні фізичні відчуття, такі як пітливість, прискорене серцебиття або тремтіння. Крім того, повторне переживання травми може включати відчуття пригніченості або занурення в ті ж інтенсивні емоції, які відчувалися під час первинної події. Ці епізоди можуть бути спровоковані нагадуваннями про травму і не обов'язково включати виражений когнітивний аспект, тобто людина може свідомо не думати про

травму, але все одно інтенсивно відчувати її емоції. Простого обмірковування або роздумів про подію та згадування пов'язаних з нею почуттів недостатньо для того, щоб відповідати критерію повторного переживання; людина повинна відчувати себе так, ніби подія відбувається знову.

Уникнення.

Щоб впоратися з дистресом, спричиненим цими симптомами повторного переживання, люди з ПТСР часто вдаються до свідомої поведінки уникнення.

- Внутрішнє уникнення: активне намагання уникати думок і спогадів, пов'язаних з травматичною подією. Людина може докласти чимало зусиль, щоб утримати свій розум від повернення до травми.
- Зовнішнє уникнення: уникнення людей, розмов, діяльності або ситуацій, які нагадують про травматичну подію. У крайніх випадках людина може повністю змінити своє оточення, наприклад, переїхати в інше місто або змінити роботу, щоб уникнути нагадувань про травму.

Постійне відчуття підвищеної загрози.

Люди з ПТСР часто відчувають постійне відчуття загрози, яке може проявлятися по-різному.

Гіперпильність: стан підвищеної настороженості, коли людина постійно перебуває на сторожі потенційної небезпеки. Вони можуть відчувати, що їм або іншим близьким людям загрожує безпосередня небезпека, як у конкретних ситуаціях, так і в більш загальному плані.

Підвищена реакція переляку: перебільшена реакція на подразники, такі як несподівані звуки або рухи. Людина може стрибати або сильно реагувати на ці подразники.

Поведінка безпеки: аби впоратися з відчуттям загрози, людина може прийняти нову поведінку, спрямовану на забезпечення безпеки. Наприклад,

вона може уникати сидіти спиною до дверей або часто перевіряти дзеркала заднього виду свого автомобіля.

Поєднання повторного переживання, уникнення та підвищеного сприйняття загрози може призвести до значних порушень у різних сферах життєдіяльності. Це стосується особистих стосунків, сімейного життя, соціальної взаємодії, успішності в навчанні та виконання професійних обов'язків. Навіть якщо людині вдається підтримувати свій рівень функціонування, це часто вимагає значних додаткових зусиль і може бути психічно та фізично виснажливим.

Загальні симптоми ПТСР можуть також включати дисфорію, дисоціативні симптоми, соматичні скарги, суїцидальні думки та поведінку, соціальну ізоляцію, надмірне вживання алкоголю або наркотиків з метою уникнення повторного переживання або ж спробую взяти під контроль емоційні реакції, симптоми тривоги, зокрема, паніку, а також нав'язливі ідеї або компульсії у відповідь на спогади або нагадування про травму.

Емоційний досвід людей з посттравматичним стресовим розладом зазвичай включає гнів, сором, смуток, приниження або провину, зокрема, провину того, хто вижив.

1.2.2. ПТСР відповідно до DSM-V

Американською психіатричною асоціацією у 2013 р. були переглянуті діагностичні критерії ПТСР у DSM-V. ПТСР із класу «Розлад тривоги» перенесено до нового класу «Розлади, зумовлені травмою та стресором» (Код F43.10). Як і в МКХ-11, найпершим критерієм є досвід травматичної події. В DSM-V, це – критерій “А”: фактична смерть або загроза смерті, серйозні травми або сексуальне насильство [22]. Цей критерій передбачає переживання або зіткнення з травматичними подіями в один або більше з наведених нижче способів.

Безпосереднє переживання травматичної події (подій): мається на увазі особисте зіткнення з подіями, які становлять значну загрозу для життя, спричиняють серйозні травми або пов'язані з сексуальним насильством. Прикладами можуть бути потрапляння в серйозну автомобільну аварію, фізичний напад або стихійне лихо.

Особисте спостереження події (подій), що відбуваються з іншими людьми: це передбачає безпосереднє спостереження за травматичними подіями, що відбуваються з іншими людьми. Наприклад, стати свідком насильницького нападу, побачити когось важко пораненого або стати свідком нещасного випадку зі смертельним наслідком може викликати глибоке страждання і травмувати.

Переживання повторного або екстремального впливу несприятливих деталей травматичної події (наприклад, працівники служби швидкого реагування, які збирають людські останки, тощо). При цьому, цей критерій не застосовується щодо впливу через електронні ЗМІ, телебачення, фільми чи фотографії, за винятком випадків, коли цей вплив не пов'язаний з роботою [23].

Дізнатися, що травматична подія сталася з близьким членом сім'ї або близьким другом: сюди входить отримання новини про те, що травматична подія сталася з кимось із ваших близьких. У випадках, коли подія пов'язана з фактичною смертю або загрозою смерті члена сім'ї чи друга, смерть має бути насильницькою або випадковою, наприклад, вбивство, самогубство або нещасний випадок зі смертельним наслідком.

Критерій А виконує важливу функцію контролю. Якщо особа має симптоми, подібні до ПТСР, але не зазнали травми, тоді вона, ймовірно, характеризується переважанням інших факторів вразливості, не схожі на інших людей з ПТСР, для яких травма була більш важливим етіологічним фактором. Діагностика таких людей як таких, що мають ПТСР, негативно би вплинула на гетерогенність діагнозу ПТСР [66].

ПТСР за DSM-V має такі кластери симптомів.

Критерій В, **інтрузії**. Симптоми повторного переживання є одними з найбільш стабільних симптомів при різних варіантах ПТСР [66]. Серед них:

1) повторювані, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію. Також, у дітей старше 6 років можуть виникати повторювані ігри, в яких виражаються теми або аспекти травматичної події; 2) повторювані тривожні сновидіння, в яких зміст і/або афект сну пов'язані з травматичною подією; 3) дисоціативні реакції, зокрема, флешбеки, коли людина відчуває або діє так, ніби травматична подія повторюється; 4) інтенсивний або тривалий психологічний дистрес при впливі внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують про травматичну подію; 5) виражені фізіологічні реакції на внутрішні або зовнішні стимули, які символізують або нагадують про травматичну подію.

Важливо зазначити, що ключовим у формулюванні «повторювані та нав'язливі тривожні спогади про подію» є акцент на «спогадах» та їхній «мимовільності». Це покликано відрізнити цей симптом від румінацій, роздумів, які включають більш абстрактний процес когнітивної оцінки, можуть бути принаймні частково добровільними і можуть слугувати стратегією уникнення. Щодо нічних кошмарів, то DSM-V уточнює, що вони мають бути пов'язані лише з травмою, а не обов'язково є її прямим відтворенням. Також підкреслюється дисоціативна природа флешбеків. «Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес» вказує на те, що або коротка інтенсивна реакція, або більш тривала, але менш інтенсивна реакція задовольняють цьому критерію. І нарешті формулювання «виражені фізіологічні реакції» вказує на більш високий поріг клінічної значущості [66].

Критерій С, **уникнення** стимулів, пов'язаних з травматичною подією, про що свідчить одна або обидві з наведених нижче ознак: 1) уникнення

або намагання уникнути тривожних спогадів, думок або почуттів, пов'язаних з травматичною подією або тісно пов'язаних з нею; 2) уникнення або намагання уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, предметів, ситуацій), які викликають неприємні спогади, думки або почуття про травматичну подію або тісно пов'язані з нею.

У процесі перегляду ДСМ, симптоми уникнення були відокремлені від емоційного оніміння і поміщені у власний кластер симптомів. Обидві складові цього симптому також є одними з найбільш стабільних симптомів у всіх версіях DSM. Разом з дистресом і збудженням, вони складають фобичні аспекти ПТСР та описані двофакторною поведінковою моделлю ПТСР, тобто класично обумовлені реакції страху та негативно підкріплене уникнення умовних подразників [67].

Враховуючи певне переформулювання з акцентом на спогадах в кластері “Інтрузії”, в обох складниках кластеру “уникнення” зазначено, що воно зосереджене на «тривожних спогадах, думках чи почуттях». Крім того, додавання слова «тривожні» в цій фразі робить явною функцію регулювання емоцій, яку виконує навмисне уникнення. Таким чином, бачимо, що це свідомі стратегії зменшення стресу, які підтримуються за допомогою негативного підкріплення [66]. Людина повинна мати принаймні один симптом уникнення, щоб відповідати повним діагностичним критеріям ПТСР. У DSM-IV це було не так, оскільки людина без симптомів уникнення могла відповідати повним діагностичним критеріям, маючи три симптоми оніміння.

Критерій D, “**Негативні зміни в когнітивній та емоційній сферах**”, пов'язані з травматичною подією, про що свідчать два або більше з наведених далі пунктів: 1) нездатність згадати важливий аспект травматичної події (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через інші фактори, такі як травма голови, вживання алкоголю або наркотиків); 2)

стійкі та перебільшені негативні переконання або очікування щодо себе, інших або світу (наприклад, "Я поганий", "Нікому не можна довіряти", "Світ повністю небезпечний"); 3) стійкі, викривлені уявлення про причину або наслідки травматичної події, які спонукають людину звинувачувати себе або інших; 4) стійкий негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, провина або сором); 5) помітно знизився інтерес або участь у видах діяльності, що були важливі до настання травматичної події; 6) почуття відстороненості або відчуження від інших; 7) стійка нездатність відчувати позитивні емоції (напр., нездатність відчувати щастя, задоволення або романтичні почуття);

Другий та сьомий симптоми заслуговують на особливу увагу. По-перше, у попередніх версіях таке формулювання як «перспективне майбутнє» було розпливчастим і загадковим критерієм, який не був добре зрозумілим ні респондентам, ні лікарям, не відповідав досвіду багатьох людей, які пережили травму, і часто інтерпретувався ідіосинкратично, тим самим збільшуючи похибку вимірювання похибку вимірювання та знижуючи надійність [66]. Наразі маємо більш загальний феномен посттравматичних змін у переконаннях, що тим самим висвітлює початковий погляд на критерій "майбутнього". По-друге, "стійка нездатність відчувати позитивні емоції" в певному сенсі є помітним відходом від попередньої версії цього симптому, яка позначала обмежений діапазон афекту в цілому, а отже, застосовувалася як до позитивних, так і до негативних емоцій. Таким чином, люди, які пережили травму, не є емоційно заціпенілими; вони відчують емоції, але в першу чергу негативні, а саме позитивні емоції є обмеженими [68]. Водночас, більше не існує способу представити респондента, який має обмежений афект по всьому спектру емоцій. Тобто, якщо хтось був емоційно закритий до такої міри, що більше не відчуває навіть негативних емоцій, то не буде

способу відобразити цей досвід за допомогою симптомів Критерію D DSM-V [66].

Дослідники зазначають, що останній симптом у цьому кластері – амнезія – є проблематичним у кількох аспектах. У попередніх версіях він виступав як порушення пам'яті, а згодом – як психогенна амнезія і концептуалізований як форма несвідомого уникнення. Як така, вона погано поєднується з свідомим, цілеспрямованим уникненням у Критерії С DSM-V і не дуже добре узгоджується зі змінами оцінок і переконань у критерії D. Крім того, амнезія пов'язана з концептуальною невизначеністю та суперечливістю навколо психоаналітичної концепції репресій, а також суперечливими дебатами щодо витіснених спогадів про сексуальне насильство в дитинстві [69]. Крім того, як зазначає МакНаллі, важко визначити, чи пов'язана нездатність пригадати певний аспект травми пов'язана з порушенням пригадування чи запам'ятовування/зберігання. Тобто, чи є інформація в пам'яті, але до неї немає доступу, або ж вона взагалі ніколи не оброблялася і не зберігалася в пам'яті [97]. Не існує консенсусу і щодо того, що є «важливим аспектом» події. Імовірно, це означає щось на кшталт «суттєва, травматична частина події, яку людина, мала б пам'ятати», а отже, як правило, не включатиме відносно незначну, периферійну інформацію, таку як імена, дати чи точну хронологію [66].

Критерій Е. **Помітні зміни збудження та реактивності**, про що свідчать два або більше з наведених нижче пунктів: 1) дратівливість та спалахи гніву (неспровокована або як відповідь на незначні подразники). Так поведінка, зазвичай, виражаються у вигляді вербальної або фізичної агресії до людей або об'єктів; 2) ризикова або саморуйнівна поведінка; 3) підвищена пильність; 4) перебільшена реакція переляку; 5) проблеми з концентрацією уваги; 6) порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням або неспокійний сон).

Критерій F. Тривалість розладу (критерії В, С, D та Е) більше 1 місяця.

Критерій G. Розлад спричиняє клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування.

Пережита в минулому подія або ситуація надзвичайно загрозливого чи жахливого характеру сама по собі не свідчить про наявність посттравматичного стресового розладу [23].

Згідно з МКХ-11, маніфестація симптомів посттравматичного стресового розладу зазвичай відбувається протягом трьох місяців після травматичної події. Однак можлива і суттєва затримка в прояві симптомів ПТСР, які можуть з'явитися навіть через роки після травматичної події. Рецидиви симптомів можуть виникати після нагадування про травматичну подію або в результаті переживання додаткових життєвих стресів чи травматичних подій. У той же час деякі люди з діагнозом ПТСР можуть відчувати постійні симптоми протягом місяців або років без перерви. Майже у половини людей з діагнозом "посттравматичний стресовий розлад" симптоми повністю зникають протягом 3 місяців від початку захворювання [71]. Посттравматичний стресовий розлад частіше зустрічається серед жінок. Клінічна картина ПТСР у жінок включає триваліше протікання хвороби, а також більш високий рівень негативних емоцій та соматичних симптомів [21].

1.3. Диференціація та коморбідність з іншими розладами

Як зазначалося вище, лише у певного відсотка людей, що пережили травматичну подію розвинеться ПТСР. Водночас це не означає, що подібний досвід мине для них без наслідків. Травматична подія може спричинити інші розлади та стани, які важливо диференціювати від посттравматичного стресового розладу. Ці розлади також можуть бути у якості супутніх до ПТСР.

До того ж, сучасні дослідження виявили, що ПТСР має багато генетичних впливів, спільних з іншими психічними розладами. Це означає, що певні генетичні фактори, які підвищують ризик розвитку ПТСР, також беруть участь у розвитку інших психічних розладів. Наприклад, ПТСР має близько 60% генетичних відмінностей з панічним розладом та генералізованим тривожним розладом [64]. Цей значний збіг вказує на те, що більше половини генетичних факторів ризику ПТСР є такими ж, як і для панічного та генералізованого тривожного розладів. Як наслідок, люди, які мають генетичну схильність до тривожних розладів, також можуть мати підвищений ризик розвитку ПТСР.

Окрім тривожних розладів, ПТСР має генетичну схожість із залежністю від психоактивних речовин. Зокрема, алкогольна, нікотина та наркотична залежність мають понад 40% генетичної варіабельності з ПТСР [64]. Це свідчить про те, що значна частина генетичних факторів ризику розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, збігається з факторами ризику ПТСР. Цей спільний генетичний фонд може допомогти пояснити, чому люди з ПТСР часто мають вищі показники розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

За результатами двох великих епідеміологічних досліджень, проведених у США та Австралії, у 85-88% осіб чоловічої статі та у 78-80% жіночої статі з ПТСР були встановлені супутні психіатричні діагнози [8]. Так, наприклад, діагноз *комплексного посттравматичного стресового розладу* (далі – КПТСР), включає всі основні ознаки ПТСР та вимагає наявності додаткових основних ознак, таких як серйозні проблеми з регуляцією емоцій, стійкі негативні переконання про себе і стійкі труднощі у підтримці стосунків. Подібно до ПТСР, *розлад пролонгованого горя* може виникати в осіб, які переживають важку втрату внаслідок смерті близької людини, що сталася за травматичних обставин. При такому розладі вона може бути заклопотана спогадами про обставини, пов'язані зі смертю, але,

на відміну від ПТСР, не переживає їх як такі, що відбуваються знову тут і зараз. При *розладі адаптації* стресовий фактор може бути будь-якої тяжкості або будь-якого типу, і не обов'язково мати надзвичайно загрозливий або жахливий характер. Реакція на менш серйозну подію або ситуацію, яка за іншими ознаками відповідає симптомам ПТСР, але за тривалістю перевищує тривалість гострої стресової реакції, повинна діагностуватися як розлад адаптації. *Гостра реакція на стрес*, якою є травматична подія, може включати всі симптоми ПТСР, зокрема, повторне переживання події, але вони починають минати досить швидко. Мова йде про, наприклад, 1 тиждень після завершення події, або протягом 1 місяця у випадку постійних стресорів.

Деякі люди з ПТСР повторно переживають травматичні події у вигляді важких спогадів, які можуть мати галюцинаторний характер, або проявляють підвищену пильність до загрози до такої міри, що можуть здаватися параноїдальними. Також можуть виникати слухові псевдогалюцинації, які визнаються власними думками людини і мають внутрішнє походження. Такі симптоми не слід розглядати як симптоми *шизофренії або інших психотичних розладів*. При *депресивному епізоді* нав'язливі спогади переживаються не як такі, що знову виникають у сьогоденні, а як такі, що належать до минулого, і часто супроводжуються роздумами [8]. Важливо розрізнити гострий стресовий розлад (ГСР) та посттравматичний стресовий розлад. Основна відмінність між ГСР і ПТСР – це час, що минув з моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць [8].

1.4. Способи діагностування ПТСР

У світовій психологічній практиці для діагностики ПТСР розроблено і використовується велика кількість спеціально сконструйованих

клінікопсихологічних і психометричних методик. Так, наприклад, Susan M. Orsillo в розділі Measures for Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder описує 42 опитувальника, які використовуються при роботі з ПТСР [29].

Нині дослідження ПТСР проводиться в таких основних формах: клінічне інтерв'ю, контрольні чеклисти/списки самозвітів, психометричні та психофізіологічні вимірювання. На сьогоднішній день в західній психології існує стандартна практика використання структурованого діагностичного інтерв'ю для того, щоб переконатися у детальному врахуванні всіх симптомів ПТСР. Діагностичне інтерв'ю поєднує переваги точних рекомендацій з виявленням того чи іншого діагнозу і методу інтерв'ю, що відповідає конкретним психометричним параметрам (надійність та валідність). Використання структурованого діагностичного інтерв'ю в клінічній практиці може суттєво підвищити точність діагнозу і покращити планування лікування [24].

Крім того використовують скринінги – короткі опитувальники, за допомогою яких можна виявити людей, які з більшою ймовірністю мають ПТСР. Позитивна відповідь на скринінг не обов'язково вказує на наявність у пацієнта посттравматичного стресового розладу. Однак позитивна відповідь вказує на те, що пацієнт може мати ПТСР або проблеми, пов'язані з травмою, і подальше дослідження симптомів травми фахівцем з психічного здоров'я є доцільним.

Так, наприклад, щоб мінімізувати затримки з лікуванням і максимально охопити населення, Міністерство у справах ветеранів США запровадило скринінгову програму для полегшення виявлення ПТСР у своїх пацієнтів, які звертаються до клінік первинної медичної допомоги. Такі скринінгові програми можуть бути корисними, оскільки лікарі первинної ланки часто мають труднощі з виявленням ПТСР у своїх пацієнтів, а вони у свою чергу часто не отримують належного лікування в умовах первинної медичної

допомоги. Передумовою такого типу скринінгових програм є сприяння залученню до лікування психічного здоров'я на більш ранніх стадіях хвороби та залучення до лікування пацієнтів, які в іншому випадку могли б не бути визначені як такі, що потребують психіатричної допомоги. Нещодавно Інститут медицини опублікував звіт, в якому дослідив державні послуги зі скринінгу, діагностики, лікування та реабілітації ветеранів війни та військовослужбовців з ПТСР. Як зазначається у звіті та в інших джерелах, успішні програми скринінгу використовують прості, валідні, точні та прийнятні як з клінічної, так і з соціальної точки зору інструменти. Для визначення інструментів скринінгу, які найкраще підходять для первинної медичної допомоги, у цьому звіті з узагальнення доказів розглянуто літературу щодо доцільності та діагностичної точності скринінгових інструментів, які використовуються та оцінюються за допомогою золотого стандарту в умовах первинної медичної допомоги [50].

Інструменти для скринінгу ПТСР: Скринінг ПТСР для первинної медичної допомоги за DSM-V (PC-PTSD-5), SPAN (DTS), SPRINT, Опитувальник для скринінгу травми (TSQ), Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України в рамках Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Скринінг ПТСР за DSM-V (PC-PTSD-5), адаптації якого присвячена наша робота, – це опитувальник з 5 пунктів, який був розроблений для виявлення респондентів з ймовірним ПТСР. Як зазначають розробники тесту, респонденти з позитивними результатами скринінгу потребують подальшої оцінки, наприклад, за допомогою структурованого інтерв'ю, такого як Клінічна Шкала ПТСР за DSM-V (CAPS-5). Проведення клінічного інтерв'ю не завжди можливе через брак часу та персоналу. У

таких випадках рекомендується проводити додаткову оцінку за допомогою валідованого опитувальника для самозвіту. Зокрема, з цією метою можна використовувати “Перелік симптомів ПТСР за DSM-V” (PCL-5) – психометрично обґрунтований опитувальник для самозвіту [40].

Варто зазначити важливі зміни, які було внесено до скринінгу PC-PTSD-5 при оновленні його для DSM-V.

По-перше, коли респондентів просили відповідати на запитання щодо симптомів ПТСР за DSM-IV, посилаючись на досвід, який був "страшним, жахливим або таким, що засмучує", – це могло спонукати респондентів посилатися на події, які, хоч і були стресовими, але не вважалися травмами за Критерієм А (наприклад, розлучення). Щоб уникнути цього, в PC-PTSD-5 респондентів запитують, чи переживали вони раніше травму(и), і наводять приклади подій, які підпадають під критерій (наприклад, сексуальне насильство, війна). Якщо респонденти не зазнавали жодних травматичних подій, вони не заповнюють решту частини опитувальника PC-PTSD-5.

PC-PTSD включав 4 запитання про симптоми ПТСР за DSM-IV, тоді як PC-PTSD-5 додав 5-й пункт, щоб оцінити, чи відчував респондент провину щодо травми. Цей додатковий пункт узгоджується з більш сучасними знаннями про діагноз ПТСР, як описано в DSM-V [47]. Проблема в тому, що люди часто хибно інтерпретують те, що з ними сталося, покладаючи відповідальність за нещастя на себе самих. Так, дитина, побита дорослим, може вважати, що заслужила це своєю поганою поведінкою; дівчина, яку зґвалтували, може думати, що все це сталося, через її відвертий одяг та поведінку [5], або ж військовий, який звинувачує себе у смерті побратимів через його дії під час виконання завдання.

Окрім скринінгів при обстеженні пацієнтів, які перенесли важку травму можна виділити такий клініко-психологічний інструментарій.

Інтерв'ю для дорослих: Клінічна адміністративна шкала ПТСР або шкала для клінічної діагностики ПТСР з DSM-V (CAPS-5) [30]; Шкала симптомів ПТСР (PSS-I-5) [31]; Напівструктуроване клінічне інтерв'ю, розділ ПТСР (SCID PTSD Module) також з DSM-V [32]; Структуроване інтерв'ю щодо ПТСР (SI-PTSD) [33].

Інтерв'ю для дітей: Клінічна шкала ПТСР для дітей та підлітків (CAPS-CA-5) [34]; Індекс реакції на ПТСР у дітей/підлітків UCLA за DSM-V [35]; Шкала для оцінювання симптомів травми у дітей (Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) [72].

Самозвіти: Шкала Девідсона щодо травми (Davidson Trauma Scale, DTS) [36], Дисоціативний підтип шкали ПТСР (DSPS) [37], Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) [40], Місісіпська шкала (цивільний та військовий варіанти) [39], Перелік симптомів ПТСР за DSM-V (PCL-5) [40], Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики Л. Дерогатіса [41] тощо. Самозвіти можуть бути важливими інструментами в мультимедійному оцінюванні, оскільки можуть показати, як респонденти розглядають свої симптоми, без залучення клініциста для проведення інтерв'ю та додаткових ресурсів.

Окремо виділяють психометричні інструменти, розроблені для військових, конкретно для періоду, коли вони виконують завдання у зоні бойових дій. Це, зокрема Шкала наслідків бойових дій (DRRI-2, розділ E), Шкала бойового досвіду (DRRI-2, розділ D), Перелік ризиків та стійкості у при перебуванні у зоні бойових дій (DRRI-2), Підтримка сім'ї та друзів під час перебуванні у зоні бойових дій (DRRI-2, розділ I) тощо [73].

Зміни в сучасних діагностичних критеріях призвели до розробки нових інструментів скринінгу та оцінки ПТСР. Так, у 5у виданні DSM замість чотирьох кластерів симптомів у DSM-IV з'явився ще й п'ятий — із включенням негативних думок, оціночних суджень, почуттів. Ці зміни були спровоковані поглядами спеціалістів у галузі когнітивно-поведінкової

терапії — основного науково доведеного методу лікування постстресових порушень [27]. Відповідно зазнали змін й шкали для оцінки ПТСР – вищезазначені CAPS-5 та PCL-5. Важливим є включення діагнозу КПТСР до МКХ-11 і відповідно наявність Міжнародного травматичного інтерв'ю (ІТІ) – інтерв'ю, що проводиться клініцистом для діагностики ПТСР і КПТСР за МКХ-11 [42].

В Україні питання діагностики ПТСР регулюється “Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад”. Згідно цього документу, в рамках первинної медичної допомоги рекомендовано проводити оцінку наявності ПТСР в осіб групи ризику за допомогою стандартизованого опитувальника (7 питань), запропонованого Бреслау та співавторами [55], позитивна відповідь на 4 і більше питань якого дає підстави формулювання попереднього синдромального діагнозу: посттравматичний стресовий розлад під питанням [8]. Крім того, пацієнтам, які відповіли позитивно на запитання № 2 цього скринінгу, рекомендується пройти додаткове опитування з використанням опитувальника PHQ-9 [74] для діагностики потенційного депресивного розладу.

При діагностиці ПТСР на вторинній (спеціалізованій) та третинній (високоспеціалізованій) медичній допомозі передбачається використання високотехнологічних методів клініко-психопатологічного та клінікоанамнестичного дослідження (клінічні консилиуми, розбори, технології телемедицини), нейровізуалізації (МРТ, КТ), нейрофізіологічного (ЕЕГ, сомнографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження [8]. Автори протоколу зазначають, що при діагностиці враховується вся інформація, пов'язана з історією травматичної події, попередніми травмами, деталями

самої травматичної події, психічним станом пацієнта в минулому, до і після травми. Це особливо важливо в випадках, коли травматичні події включають в себе сексуальне або фізичне насильство в минулому. Також беруться до уваги наявність і частота симптомів ПТСР, а також будь-які супутні захворювання, включаючи вживання алкоголю, наркотиків та інших психоактивних речовин. Особливу увагу приділяють питанням фізичного здоров'я пацієнта.

Протокол передбачає застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу, враховуючи травматичний вплив та діагностичні критерії МКХ-10 та DSM-V. Психодіагностичне обстеження на цьому етапі спрямоване на постановку діагнозу, оцінку результатів попереднього лікування, а також визначення можливих мішеней для психокорекції або психотерапії і особистісних ресурсів. Важливо зазначити, що діагностика та подальші втручання мають розглядатися в контексті часу, що минув з моменту травматичної події. До обов'язкових засобів психодіагностики під час вторинної медичної допомоги протокол включає вже згадані CAPS-5 та PCL-5, а також Контрольний список життєвих подій для DSM-V (LEC-5) [75].

Для диференційної діагностики, дослідження можливої коморбідності з іншими станами та розладами, а також з метою визначення мішеней психотерапевтичного втручання пропонується використовувати такий інструментарій:

1. Госпітальна шкала тривоги і депресії;[76].
2. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D);[77].
3. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A);[78].
4. Пітсбургський опитувальник якості сну.[79].
5. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R);[38].
6. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim [80].

На рівні третинної медичної допомоги до вищеперелічених психометричних інструментів також додаються: Міссісіпська шкала ПТСР (цивільний або військовий варіант) [81]; оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) [82]; методика «Діагностика копінг поведінки в стресових ситуаціях» С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер [83]; опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory-TSI) [84]; тест вибору кольору Люшера [85]; тест AuDIT [86]; шкала рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера [87]; Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник MMPI-2 (Дж. Бучер, В. Далстром, Дж. Грехем, А. Телліджен та Б. Кеммер) [88]; опитувальник для діагностики п'яти факторів особистості Дж. Ховард, П. Медін, Ж. Ховард (в адаптації Л. Ф. Бурлачука, Д.К. Корольова) [89]; Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA) [90].

Особливу групу при діагностиці ПТСР складають діти. Діти дошкільного віку піддаються дії таких потенційно травматичних факторів, як фізичне та сексуальне насильство, емоційна депривація і неналежний догляд з боку групи первинної підтримки (занедбаність), укуси тварин, інвазивні медичні процедури. Ряд досліджень, проведених західними колегами, продемонстрували досить різні результати щодо наявності ПТСР у дітей та підлітків після травмуючих подій. Поширеність широко варіюється в залежності від досліджуваної вибірки, типу пережитої травми і методології, що використовується для встановлення діагнозу. Так, у великому (N =1035) німецькому дослідженні молоді у віці від 12 до 17 років повідомлялась поширеність ПТСР у дітей і підлітків у загальній популяції в діапазоні від 6% до 1,6% [26]. Натомість у дітей дошкільного віку показники поширеності були в діапазоні від 13% дітей з опіками до 38% дітей, які зазнали впливу війни.

Згідно з протоколами, важливо включати питання про вплив потенційно травматичних подій у стандартні психіатричні обстеження дітей та підлітків. У разі виявлення такого впливу слід провести скринінг на наявність симптомів ПТСР. При цьому важливо залучати до процесу батьків та підтримувати їхню мотивацію у допомозі дитині. У процесі діагностики також важливо приділяти увагу сімейній системі, оскільки симптоми ПТСР залежать від неї. Крім того, фахівці не повинні покладатися лише на повідомлення дорослих про симптоми дитини. Для дітей раннього віку (0-3 роки) діагностика повинна включати оцінку поведінки з урахуванням стадії розвитку та стилю прив'язаності. Посттравматичні психічні розлади у дітей можуть проявлятися у вигляді поведінкових проблем, таких як опозиційно-зухвалий розлад і синдром дефіциту уваги та гіперактивності, а також тривожних розладів, таких як тривожні розлади сепарації та афективні розлади [8]. Розробники Настанови зазначають, що для дітей і підлітків рекомендується застосовувати структуроване клінічне інтерв'ю, а не опитувальник для постановки діагнозу.

При цьому первинний скринінг проводиться лікарем загальної практики-сімейним лікарем, лікарем-педіатром, дитячим лікарем-психіатром на підставі безпосереднього медичного огляду, клінічних інтерв'ю з дитиною та її батьками, в разі потреби, з іншими особами з групи первинної підтримки з використанням науково-обґрунтованих методів оцінювання [8].

Серед психодіагностичного інструментарію рекомендовані такі: напівструктуроване інтерв'ю для інвентаризації наслідків травматичних подій (Traumatic Event Sequelae Inventory (TESI) [91]; напівструктуроване інтерв'ю з батьками, вихователями та вчителями дітей (DAWBA) [25]. Оцінювати особливості дитячої реакції на стрес рекомендують за допомогою формалізованого батьківського звіту про дитячу реакцію на

стрес (Parent Report of Child's Reaction to Stress) [92]. Остаточна діагностика проводиться виключно дитячим лікарем-психіатром на підставі клініко-анамнестичного дослідження, інтерв'ю з дитиною, батьками дитини, іншими людьми з групи первинної підтримки дитини з використанням науково-обґрунтованих методів оцінювання [8].

Висновки до Розділу I

Таким чином у цьому розділі було окреслено теоретичну основу поняття посттравматичного розладу, його етіології та критеріїв діагностики. Розглянуто наявні дослідження та статистичні дані про поширеність розладу у різних групах. Було проаналізовано підходи до розуміння ПТСР, закладені у DSM-V та МКХ-11, з'ясовано спільне та відмінне у баченні цих двох номенклатур.

Також, розглянуто питання диференційної діагностики посттравматичного стресового розладу із іншими станами та розладами, які можуть виникати внаслідок травми, зокрема і можливі супутні стани.

Узагальнено різні методи та інструменти діагностики ПТСР та коморбідних станів у світі та Україні. Досліджено протокольну базу до діагностики ПТСР в Україні.

РОЗДІЛ II

ЗАСАДИ ТА ПРОЦЕДУРА АДАПТАЦІЇ ОПИТУВАЛЬНИКА PC-PTSD-5

2.1. Особливості та етапи адаптації інструментарію для діагностики ПТСР

Огляд джерел вказує на такі напрацювання українських науковців у сегменті психодіагностичного інструментарію. Окрім скринінгу ПТСР, рекомендованого Міністерством охорони здоров'я, в Україні існує ряд валідних методик для діагностики посттравматичного стресового розладу. Наприклад, Міжнародний опитувальник травми (ITQ), українська версія якого була адаптована з метою його використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР В.Л. Зливковим та колегами [57]. Два центральних опитувальника за DSM-V – адаптовані В. Безшейко для української популяції. Останній також доступний на платформі доказових психологічних тестів START [93]. Батарея з 20 тестів, апробованих спеціалістами Науково-дослідного центру гуманітарних проблем ЗСУ, пропонується до застосування з метою діагностування негативних психічних станів військовослужбовців [58]. Для широкого загалу доступна платформа Міністерства у справах ветеранів України – MARTA [70]. Вона містить ряд опитувальників для самодіагностики посттравматичних станів. Аналіз напрацювань у цій сфері допоміг нам визначити зони потенційного розвитку, зокрема і щодо адаптації психометричного інструментарію. Так, ми помітили, що у відкритому доступі нема короткого скринінгу за DSM-V, який би враховував оновлення, запроваджені у 5й версії видання.

Щодо адаптації інструментарію для діагностики ПТСР, то як і у випадку з іншими психічними розладами, вивчення достовірності їхньої діагностики пов'язане з певними труднощами. На сьогоднішній день ми не

можемо безпосередньо їх перевірити, а натомість робимо висновок про їх наявність на основі спостережуваних психологічних феноменів, які часто оцінюються за допомогою опитувальників для самозвіту або інтерв'ю, що проводяться клініцистами [20]. І DSM, і МКХ надають конкретні спостережувані симптоми як орієнтир для оцінки психічних розладів, але зазвичай вважається, що ці симптоми є проявами невимірюваних (тобто латентних) аспектів. У випадку з ПТСР це, наприклад, повторне переживання, уникнення тощо. Структурні моделі, орієнтовані на такі виміри (тобто факторний аналіз), дозволяють дослідити, як змінні пов'язані та відокремлені одна від одної, і чи пояснюється варіативність спостережуваних симптомів латентними змінними. Факторні аналітичні дослідження симптомів DSM-IV-TR [94] показали, що внутрішнє і зовнішнє уникнення найкраще описувати як один вимір, не включаючи симптоми емоційного оніміння. Що стосується емоційного оніміння, то результати досліджень свідчать про те, що такі симптоми можуть бути частиною ширшого фактору дисфорії, який поєднує симптоми оніміння з дратівливістю, порушеннями сну і труднощами з концентрацією уваги. Однак було також знайдено підтримку 15 моделям, які включали дратівливість, порушення сну і труднощі з концентрацією уваги поряд з характерними симптомами – підвищеною пильністю і реакціями переляку [95].

Аналітичні дослідження чотирьохфакторної моделі DSM-V свідчать про те, що вона є кращою за трифакторну модель DSM-IV, але загалом її перевершують більш обмежені моделі. Серед них можна виділити такі.

Шестифакторна модель, що включає інтрузії, уникнення, негативні емоції, ангедонію, дисфоричне збудження та тривожне збудження [44]. Згідно іншої моделі, кластер симптомів емоційного оніміння був більш тісно пов'язаний з депресією і гіршим функціонуванням, пов'язаним з психічним здоров'ям, ніж інші кластери симптомів. Тоді як кластер

симптомів екстерналізації поведінки був більш тісно пов'язаний з ворожістю [45].

Також нові дослідження конфірматорного факторного аналізу припускають, що симптоми ПТСР за DSM-V можуть бути найкраще представлені однією з двох 6-факторних моделей [46]: модель екстерналізуючої поведінки, яка характеризується фактором, що поєднує пункти дратівливості/гніву та саморуйнівної/безрозсудної поведінки; та модель ангедонії, яка характеризується пунктами втрати інтересу, відстороненості та емоційної обмеженості.

Семифакторна гібридна модель, яка включає ключові особливості обох 6-факторних моделей і складається з повторного переживання, уникнення, негативних емоцій, ангедонії, екстернальної поведінки, а також кластерів симптомів тривожного і дисфоричного збудження, забезпечила кращу відповідність даних в обох вибірках. Результати обговорюються у світлі теоретичної та емпіричної підтримки латентної структури симптомів ПТСР за DSM-V [46].

У МКХ-11, запропоновані моделі ПТСР і КПТСР складається з двох факторів вищого порядку (ПТСР та порушення у самоорганізації), які включають в себе шість факторів першого порядку, а також окрім цієї моделі, було запропоновано шість інших моделей для симптомів МКХ-11 [20]. Ці моделі були розроблені з метою перевірки того, чи є фактори ПТСР та порушення у самоорганізації, як фактори вищого порядку, окремими вимірами, і чи існує ієрархічна структура, яка пояснює зв'язок між факторами першого порядку (тобто діагностичними критеріями) [97]. Використовуючи опитувальники для самозвіту, було знайдено підтримку конструкції МКХ-11, що розділяє симптоми ПТСР та порушення у самоорганізації, а також шестифакторної кореляційної моделі без розділення ПТСР та порушення у самоорганізації [20].

У контексті адаптації психометричних інструментів центральними поняттями є валідність і надійність. Валідність надає інформацію про те, наскільки тест в реальній практиці досліджує те, на вимірювання чого він спрямований [43]. Одним із способів отримати такі дані є дослідження конкурентної валідності. Показники тесту, опитувальника або структурованого інтерв'ю порівнюються з зовнішніми критеріями продуктивності, наприклад з висновками експертів, спостереження за реальною поведінкою феноменів, що досліджуються. Також, при встановленні конкурентної валідності тесту можемо говорити про наявність кореляції між результатами досліджень різних тестових процедур, зіставляючи показники з уже розробленими валідними методиками [61].

Надійність відповідає на запитання, чи будуть отримані однакові результати, якщо досліджувати одне явище одним способом декілька разів поспіль [45]. Позитивна відповідь вказує, що методика є надійною, надає точні результати та вказує на їхню стійкість до дії сторонніх випадкових факторів.

Оцінюючи реалістичність проведення адаптації, ми дійшли висновку, що саме короткий інструмент буде доцільно адаптувати в рамках даної роботи. Його обсяг сприятиме швидкості та бюджетності перекладу, а також буде зручним для проходження респондентам, що збільшить шанси на залучення достатньої кількості вибірки у короткі терміни, зокрема і для повторного проходження з метою виміру тест-ретестової надійності. Наявність адаптованих/апробованих методик в українській психологічній літературі, що також вимірюють посттравматичні стани забезпечить можливість виміряти валідність української версії тесту.

Наше дослідження складається з таких етапів:

- 1) перевірка того, що оригінальна методика знаходиться у відкритому доступі;

2) схвалення Комісії з питань етики та академічної доброчесності Київського інституту сучасної психології та психотерапії проєкту адаптації опитувальника (висновок представлений у Додатку О).

3) лінгвістична адаптація, зокрема переклад та пошук найбільш підходящих варіантів тверджень;

4) Запрошення до проходження україномовного варіанту тесту двом вибіркам людей віком від 18 років: клінічній та неклінічній.

5) Повторне тестування для оцінки ретестової надійності

6) Перевірка отриманих результатів на внутрішню узгодженість;

7) Визначення порогових значень тесту через аналіз описових статистик (середнього значення, стандартного відхилення) клінічної та неклінічної вибірок.

8) Перевірка отриманих результатів на тест-ретестову надійність;

9) Перевірка валідності отриманих результатів;

10) Оцінка структури тесту за допомогою факторного аналізу та порівняння з моделями на оригінальній вибірці;

11) Отримання зворотного зв'язку щодо зручності та інших аспектів проходження опитувальника у респондентів;

12) Оформлення фінальної україномовної версії опитувальника разом з інструкцією до проходження та підрахунку результатів.

2.2. Опитувальник PC-PTSD-5 як первинний скринінг ПТСР

Для україномовної адаптації ми обрали скринінг ПТСР для первинної медичної допомоги за DSM-V (PC-PTSD-5) [47] через ті оновлення, що були внесені порівняно з версією DSM-IV, який наразі пропонується для широкого використання в Україні, а також його невеликий розмір (всього 5 запитань), що робить його швидким способом для первинної диференційної діагностики.

Скринінгова шкала для виявлення ПТСР за DSM-V (PC-PTSD-5) має на меті виявлення осіб з ймовірним ПТСР. Рекомендується, що пацієнти з позитивним результатом мають пройти подальше обстеження за допомогою структурованого інтерв'ю. Автори не зазначили чітко щодо вікової групи, на яку розрахований даний опитувальник. Проте виходячи з логіки підходів Національного центру ПТСР при Міністерстві ветеранів США, для дітей та підлітків вони передбачають окрему батарею тестів. Тож можемо зробити висновок, що даний опитувальник розрахований на осіб з 18 років.

Найперше, що пропонує опитувальник, – це визначити, чи має респондент досвід травматичних подій. Перелік таких подій є обмеженим та надається: серйозний нещасний випадок чи пожежа; фізичне чи сексуальне насильство; землетрус чи повінь; війна; стати свідком вбивства чи серйозного поранення людини; смерть близької людини внаслідок вбивства чи самогубства.

Якщо ні – тест на цьому завершується. Якщо ж респондент підтверджує переживання хоча б однієї травматичної події зі списку протягом життя, йому пропонують дати відповідь на п'ять запитань з варіантами відповідей "так" чи "ні" про вплив цього досвіду на нього/неї. При цьому період часу, що досліджується, – протягом останнього місяць. Таким чином, респонденти можуть набрати від 0 до 5 балів: по одному балу за кожну позитивну відповідь.

Дослідження великої вибірки пацієнтів первинної медичної допомоги у справах ветеранів показало, що порогове значення 4 ідеально збалансовує кількість хибнонегативних і хибнопозитивних результатів для всієї вибірки і для чоловіків. Однак для жінок порогове значення 4 призвело до великої кількості хибнонегативних результатів. За наявності ресурсів для проведення оцінки лікарі можуть розглянути можливість встановлення нижчого порогового значення для жінок у деяких ситуаціях [47].

У західних джерелах наявні дослідження проведені з метою оцінки психометричних показників тесту як на ветеранській вибірці, так і цивільних. Дослідження, проведене у США на ветеранській вибірці продемонструвало такі результати. У дослідженні взяли участь 398 ветеранів. Більшість учасників були чоловіками у віці 60 років. PC-PTSD-5 використовувався як скринінговий захід. При цьому модифікована версія модуля ПТСР Міжнародного нейропсихіатричного інтерв'ю MINI використовувалася для діагностики ПТСР за DSM-V.

За словами авторів дослідження, PC-PTSD-5 продемонстрував відмінну діагностичну точність (AUC = 0,941; 95 % ДІ: 0,912-0,969). У той час як 3 бали за шкалою максимізували чутливість ($\kappa[1] = 0,93$; SE = 0,041; 95 % ДІ: 0,849-1,00), 4 бали за шкалою максимізували ефективність ($\kappa[0.5] = 0,63$; SE = 0,052; 95% ДІ: 0,527-0,731), а оцінка за шкалою 5 - максимальну специфічність ($\kappa[0] = 0,70$; SE = 0,077; 95% ДІ: 0,550-0,853). Пацієнти визнали скринінг прийнятним і вказали, що надають перевагу проведенню скринінгу їхніми лікарями первинної медичної допомоги, а не іншими лікарями або шляхом самозвіту [50].

Як вказано на сайті Національного центру ПТСР Ветеранської асоціації США, опитувальник PC-PTSD-5 знаходиться у відкритому доступі та не захищений авторським правом. Водночас зазначається, що відповідно до етичних принципів Американської психологічної асоціації, цей інструмент призначений для використання кваліфікованими медичними працівниками та дослідниками [47].

2.3. Лінгвістична адаптація опитувальника

Наступним нашим кроком було проведення перекладу самого тесту (тверджень та варіантів відповідей), а також інструкцій до нього. Для мінімізації семантичних відмінностей від оригіналу та адекватного розуміння тексту тесту учасниками, до перекладу були залучені відповідні

фахівців та були враховані міжнародні стандарти. Початково, над тестом працювали двоє незалежних перекладачок, одна з яких забезпечила переклад з англійської (мови оригіналу) на українську, а друга – зворотній переклад з української мови на англійську.

Зворотній переклад на англійську мову дозволив підсвітити проблемні місця, неоднозначність яких могла би спотворити розуміння тверджень україномовними респондентами. Так, короткі, чіткі формулювання англійською мовою не завжди мають свій відповідник в українській. Це призводить до того, що перекладачі вдаються до використання довших конструктів, або ж пояснень замість прямого перекладу. У випадку з психометричним інструментарієм це може мати негативні наслідки, адже розмитість, нагромадженість формулювань може завадити респонденту дати достовірну відповідь на запитання тесту. У випадку із скринінговим інструментом, мета якого – швидке сортування респондентів, чіткість та лаконічність формулювань має подвійну вагу.

Після консультацій з лінгвістами та перекладачами, нами були обрані відповідники, які хоч і були дещо довшими формулюваннями, та все ж досить лаконічно передавали суть закладеного конструкту. Наприклад, найбільш проблемне місце тесту – “be on guard, watchful, or easily startled” – знайшло своє відображення у формулюванні “були постійно насторожені, проявляли підвищену пильність, або вас було легко заскочити зненацька чи перелякати”.

2.4. Опитувальники для перевірки конкурентної валідності

Окрім україномовної версії скринінгового опитувальника PC-PTSD-5, респондентам було запропоновано пройти ряд інших опитувальників для подальшого визначення валідності апробованого інструментарію.

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України в

рамках Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Даний метод скринінгу, запропонований Бреслау та співавторами у 1999 році, є шкалою із семи симптомів: п'ять симптомів належать до групи уникнення та оніміння, а два – до групи гіперзбудження.

Дослідження встановили, що серед індивідуумів, які зазнали травми, 71% осіб, які відповіли позитивно на чотири або більше питання, був поставлений діагноз ПТСР, і у 98% людей, які відповіли позитивно на менш ніж чотири питання, ПТСР не було діагностовано [26] Таким чином, цінка 4 або більше балів за цією шкалою визначає позитивні випадки ПТСР з чутливістю 80%, специфічністю 97%, позитивною прогностичною цінністю 71% і негативною прогностичною цінністю 98% [55]. Якщо людина відповідає позитивно на 4 або більше запитання анкети, то найбільш вірогідно буде діагностовано ПТСР. Текст опитувальника знаходиться у Додатку І.

Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР) – версія українською мовою для користування у веб інтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ» від 1 травня 2023р [56].

Скринінг PCL-5 – це опитувальник для самозвіту, який оцінює наявність і вираженість симптомів ПТСР та складається з 20 пунктів, що відповідають критеріям ПТСР за DSM-V [56]. Як сказано у інструкції до опитувальника, PCL-5 призначений для оцінки симптомів пацієнта за останній місяць. Час проходження – 5-10 хвилин. Водночас автори зазначають, що PCL-5 не слід використовувати як самостійний діагностичний інструмент, і в процесі діагностики лікар все одно повинен використовувати навички клінічного інтерв'ювання та рекомендоване структуроване інтерв'ю для встановлення діагнозу [56]. Крім того, для обов'язковою є наявність експозиції до травматичної події [27].

Для підрахунку результатів, кожне з 20 запитань оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому (Зовсім не турбували, Трохи, Помірно, Відчутно, Дуже). Питання шкали групуються у відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-V: критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання, критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання, критерій D, негативні думки та емоції – від 8 по 14 запитання, критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання [27]. Відповідно опитувані можуть набрати від 0 до 80 балів. За даною шкалою, симптоми є клінічно значущими, якщо загальний бал становить 33 та більше. Також є альтернативний спосіб діагностики ПТСР: якщо мінімум в одному з запитань із кластерів В та С, а також у двох запитаннях – з D та Е пацієнт набирає два або більше балів. Повний текст опитувальника знаходиться у додатку Й.

Міжнародний опитувальник травми (The International Trauma Questionnaire, ITQ), розроблений у 2017 р. М. Cloitre, С. R. Brewin [97] та адаптований Зливков В.Л., Лукомська С.О., Котух О.В., Мельник О.В. [57]

Відповідно до авторів україномовної адаптації, опитувальник складається з двох блоків: ПТСР і комплексний ПТСР (КПТСР). Вони охоплюють три кластери симптомів – повторне переживання травматичної події, уникнення думок і переживань, пов'язаних із травмою та надмірне відчуття загрози (гіперпильність), при цьому для діагностики вираженості кластерів симптомів достатньо того, аби щонайменше один із симптомів отримав оцінку більшу за 2 [57]. Для діагностування КПТСР до трьох симптомів ПТСР додаються симптоми кластеру “порушення самоорганізації”, що включає: порушення емоційної саморегуляції, негативна Я-концепція та порушення у стосунках з іншими людьми. Кожне з тверджень можна оцінити за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – дуже часто. Повний текст опитувальника знаходиться у додатку К.

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) із “Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник”, розробленого Агаєвим Н.А. та співавторами. Дана шкала спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості [60]. Респондентам пропонується оцінити ряд тверджень та визначити, в якій мірі вони згодні або не згодні з ним, де “ніколи” – 0 балів, “рідко” – 1 бал, “іноді” – 3 бали, “часто” – 5 балів. Зазначається, що перераховані симптоми стосуються самопочуття за останній тиждень.

Шкала містить три субшкали: “вторгнення”, “уникнення” та “збудливість”. Субшкала “вторгнення” – це сума балів запитань 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20; субшкала “уникнення” – сума балів запитань 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22; субшкала “збудливість” – сума балів запитань 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21. При цьому всі запитання мають пряме значення. Повний текст опитувальника знаходиться у додатку Л.

Шкала сприйнятого стресу PSS (Perceived Stress Scale) авторства американського дослідника Коена та адаптована на українській вибірці О. О. Вельдбрехт та Н. І. Тавровецькою. Вона призначена для визначення ступеню, в якому людина оцінює життєву ситуацію як стресову [8]. Теоретичною основою методики є когнітивно-опосередкована теорія стресу Р. Лазаруса, згідно з якою реакція людини на важку подію, а також її патогенний вплив на психічне та фізичне здоров'я, визначаються не стільки об'єктивними характеристиками стресору (його природою, інтенсивністю, тривалістю, раптовістю та ін.), скільки суб'єктивною оцінкою події в контексті можливостей подолання [59]. Стрессова реакція виникає, коли: а) ситуація сприймається як значима та загрозлива, б) людина оцінює власні ресурси як недостатні для її подолання [17]. Таким чином, шкала призначена для вимірювання сприйняття людиною стресу протягом останнього місяця, зосереджуючись на тому, наскільки стресовим

вона вважає свій нещодавній досвід. На відміну від більшості методів оцінки стресу, які зосереджуються на зовнішніх стресових факторах і надають перелік конкретних проблемних ситуацій для оцінки респондентом, ця шкала оцінює суб'єктивне переживання стресу. Зокрема, респондент оцінює, наскільки непередбачуваним, неконтрольованим і приголомшливим він сприймає своє життя протягом останнього місяця. Таким чином, шкала фіксує внутрішню, особисту перспективу стресу, а не просто каталогізує зовнішні події чи обставини. Цей підхід визнає, що стрес – це не лише наявність зовнішніх стресорів, але й когнітивна та емоційна реакція людини на ці виклики. Він пояснює той факт, що різні люди можуть переживати одну й ту саму ситуацію по-різному, залежно від їхнього сприйняття та механізмів подолання. Наприклад, якщо дві людини стикаються зі схожими зовнішніми стресовими факторами, такими як велике робоче навантаження або сімейні труднощі, один може сприймати їх як керовані, тоді як інший може вважати їх приголомшливими та непередбачуваними. Зосередженість шкали на суб'єктивному сприйнятті стресу дозволяє краще зрозуміти, як стрес впливає на психічне та емоційне благополуччя людини. Вона дає цінну інформацію про те, як особиста інтерпретація подій впливає на переживання стресу. Сприйнятий стрес розглядається як загальний результат впливу реальних подій, процесів подолання та ряду інших особистісних і контекстуальних чинників: очікувань, толерантності до фрустрації, рівня накопиченого стресу, ресурсного стану людини, наявності соціальної підтримки тощо [59].

За PSS-10 респондент може набрати від 0 до 40 балів, де вищі бали відповідають вищому рівню стресу. Респондентам пропонують оцінити ряд тверджень за шкалою Лайкерта (де 0 = Ніколи і 4 = Дуже часто). У PSS-10 є дві субшкали: “сприйняття безпорадності” (пункти 1, 2, 3, 6, 9, 10) – вимірює відчуття відсутності контролю над обставинами, власними емоціями та реакціями, та “брак самоефективності” (пункти 4, 5, 7, 8) –

вимірює сприйняття людиною своєї нездатності впоратися з проблемами [62]. Текст опитувальника знаходиться у Додатку М.

2.5. Характеристика вибірки дослідження

У дослідженні взяли участь 233 особи від 18 років, які склали дві вибірки – клінічну, які мають діагностований ПТСР та неклінічну, яка представлена широкою групою населення України. Неклінічна вибірка налічувала 215 осіб, а клінічну склали 18 осіб, зокрема 7 військових. Учасники обох груп добровільно погодилися взяти участь у дослідженні. Серед респондентів 75% жінок та 25% чоловіків. Майже 65% з них мають 27-42 роки, 24% – 43-58 років, 6,5% – 18-26, в решта 4,55% – 59 і більше.

Кількість значень для "Ваша стать"

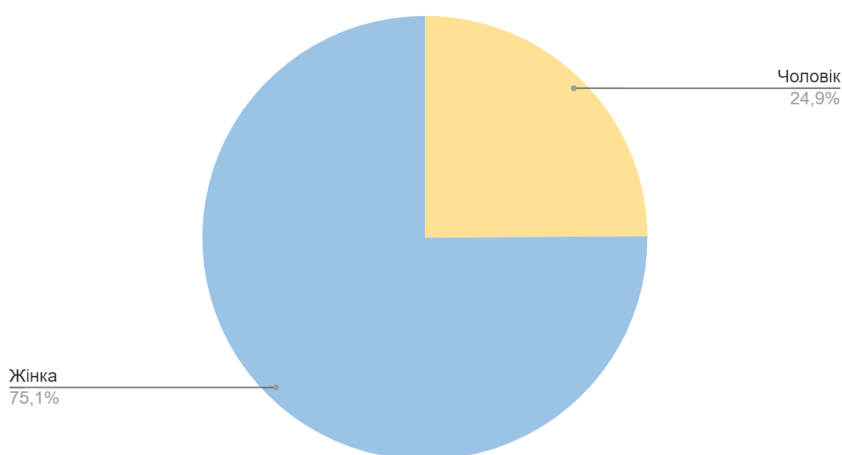


Рис.2.1. Розподіл досліджуваних за статтю

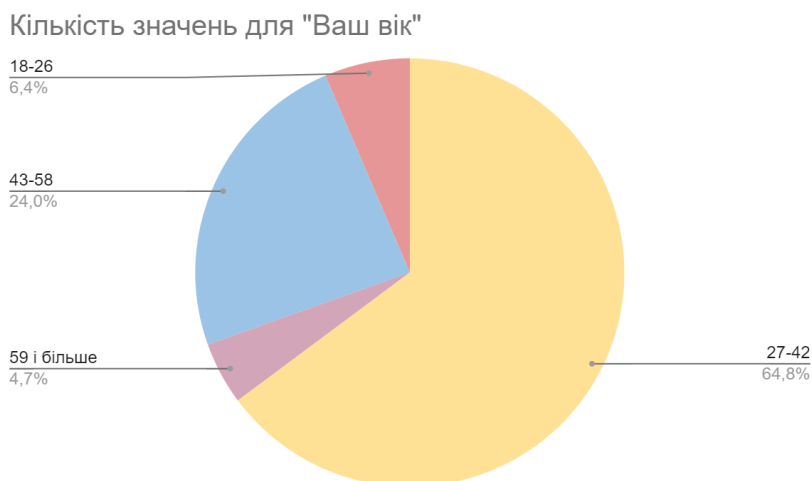


Рис.2.2. Розподіл досліджуваних за віком

Понад 84% мають вищу освіту на рівні бакалавра або магістра.

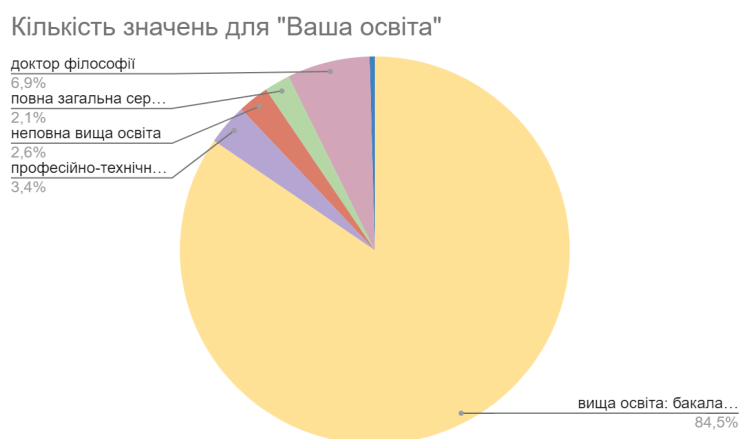


Рис.2.3. Розподіл досліджуваних за освітою

Одруженими чи заміжніми є майже половина респондентів. Інші сімейні статуси майже рівномірно розподілилися між рештою учасників.

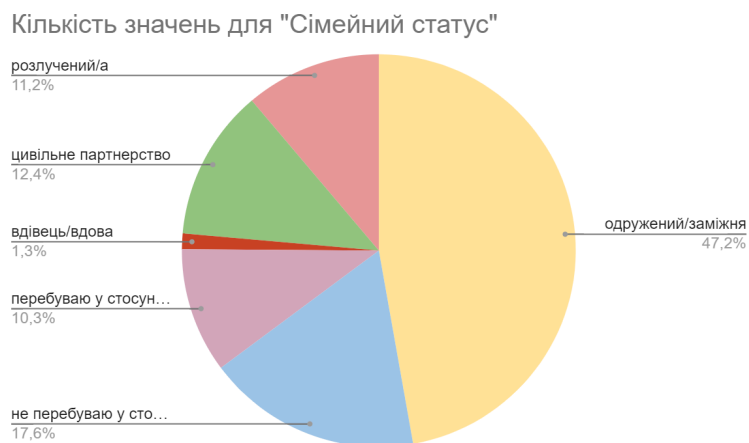


Рис.2.4. Розподіл досліджуваних за сімейним статусом

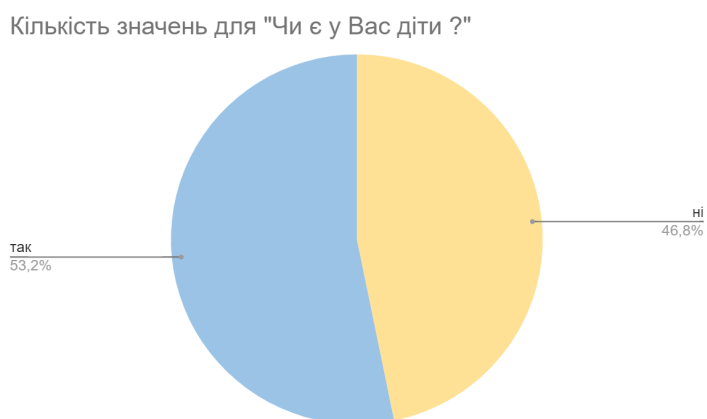


Рис.2.5. Розподіл досліджуваних за наявністю/відсутністю дітей

Третина респондентів поінформувала про наявність у них психічних порушень різних спектрів. Серед них переважають тривожні, депресивні розлади, а також розлади сну, що, як зазначалося вище, є коморбідними до ПТСР.

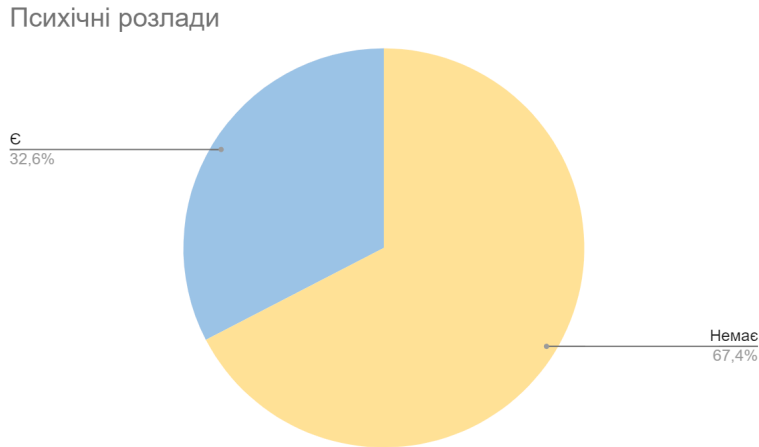


Рис.2.6. Розподіл досліджуваних за наявністю/відсутністю психічних порушень

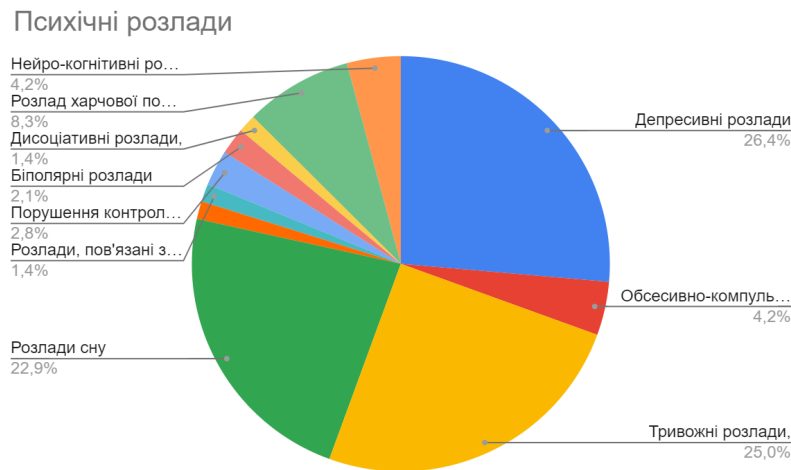


Рис.2.7. Розподіл досліджуваних за наявним психічним порушенням

Опитування проводилося двома способами. У першому респонденти заповнювали анкету у форматі google-форми в режимі онлайн. Форма розповсюджувалася через мережу Інтернет, зокрема, соціальні мережі та групи у месенджерах. Другий спосіб застосовувався для залучення пацієнтів Кризового центру “Соціотерапія” – військових, які проходять психологічну реабілітацію після участі у бойових діях та мають підтверджений діагноз ПТСР. Вони заповнювали роздруковані анкети від руки безпосередньо у центрі у присутності авторки даної адаптації.

Результати потім були перенесені у google-форму для зручності обчислення.

Висновки до Розділу II

Таким чином, в Україні існує ряд адаптованих методик для діагностики ПТСР та схожих конструктів. Водночас великий масив інструментарію лишається доступним лише на етапі перекладу, що ставить під сумнів його психометричну точність. З метою розширення адаптованих інструментів, нами було обрано скринінговий інструмент PC-PTSD-5 для проведення процедури адаптації на українській вибірці. Дану вибірку становить 233 людини та включає клінічну вибірку (N=18).

Український варіант тесту, який на ряду з іншими, перерахованими вище, опитувальниками був запропонований респондентам, пройшов процедуру лінгвістичної адаптації з дотриманням усіх стандартів щодо перекладу.

Ми також дослідили процес в іноземній літературі щодо пошуку моделі, яка б найкраще описала латентні змінні ПТСР. Крім того нами було окреслено розуміння щодо нормальності та валідності тесту, виходячи з якого ми проводили нашу процедуру адаптації.

РОЗДІЛ ІІІ

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ УКРАЇНСЬКОЇ ВЕРСІЇ ОПИТУВАЛЬНИКА PC-PTSD-5

3.1. Оцінка нормальності показників тесту

Оцінка нормальності характеру розподілу показників опитувальника, а також всіх інших опитувальників цього дослідження була проведена за допомогою критерію Шапіро-Вілка. У результаті розподіли всіх запитань опитувальника, а також запитань та шкал опитувальників МОЗ, PCL, ITQ, IES та PSS-10 не узгоджуються із нормальним розподілом ($p < 0,001$). Результати оцінки нормальності розподілу представлені у Додатку 3. Через неузгодженість розподілів запитань із нормальним у подальшій обробці даних ми використовували непараметричні критерії математичного аналізу.

3.2. Порогові показники української версії опитувальника

Проаналізувавши описові характеристики, можна побачити, що середнім загальним значенням для клінічної вибірки є 4. Відповідно до інструкції до оригіналу скринінгу саме 4 і більше сигналізує про потенційну наявність ПТСР. Середні значення по кожному із запитань окремо також є високими порівняно із неклінічною вибіркою. Водночас, якщо подивитися на статевий розподіл, то у жінок клінічної вибірки середнє значення є трохи меншим, ніж у чоловіків. Стандартне відхилення при цьому – 1,8, що може говорити і про нижчий пороговий бал для жінок. Це також відповідає баченню авторів оригінального скринінгу, які зазначали, що пороговий показник для жінок може становити 3, а не 4 бали [47].

Табл. 3.1-1

Середнє значення клінічної вибірки

		N		Середнє значення	Стандартне відхилення
Клінічна	Жінка	18	11	3,91	1,8
	Чоловік		7	4.14	0,69

Розглядаючи середні показники клінічної вибірки з окремих питань, можна виокремити наступні тенденції. Жінки демонструють вищі показники у питанні *Перепроживання та Відсторонення*. Натомість для чоловіків більш характерним є вищі бали у кластерах *Уникнення, Гіперпильність та Провина/звинування*. Цікавим є те, середнім балом у *Гіперпильності* для чоловіків була 1, тобто максимально можливий бал. Враховуючи, що чоловічу частину клінічної вибірки склали учасники бойових дій, можна припустити, що у військових, які цей феномен виражений максимально на відміну від цивільних. Водночас, *Перепроживання та Відсторонення* хоч і мають високі показники та все ж є найменшими.

Показники для неклінічної вибірки становлять 2,37 для чоловіків та 2,7 для жінок і є, відповідно, підпороговими. Разом з тим, якщо подивитися на схожі характеристики із іноземних досліджень, можна побачити, що значення у 2,4-2,7 балів є досить високими. Так, у статті присвяченій адаптації опитувальника PC-PTSD-5 на корейській вибірці наводяться такі дані: середній бал для “ПТСР групи” становить 4.1, для “контрольної психіатричної групи” (групи непсихотичних пацієнтів, які не мають ПТСР, проте мають інші розлади) – 2.1, у той час, як для “нормальної контрольної групи” – всього 0,5 [54]. Таким чином ми бачимо, що українська неклінічна вибірка демонструє хоч і підпорогові показники при діагностиці ПТСР,

проте вони є завищеними, що може говорити про наявність недиагностованого ПТСР, або ж інших розладів, що мають схожу симптоматику. Це також підіймає важливе питання про загальний рівень травмованості українського населення, яке вже третій рік живе у стані повномасштабної війни і про вироблення нової норми для психіки людини, яка живе у таких умовах.

Крім того, провели оцінку різниці між клінічною та неклінічною вибірками за допомогою непараметричного статистичного U-критерію Манна-Уїтні. У результаті побачили, що показники клінічної групи значимо вищі, на що вказує додатне значення U-критерію. Значимість продемонстровано р-значенням, яке для всіх тверджень тесту $<0,05$, а для загального балу $<0,001$. Такі результати можуть бути проінтерпретовані таким чином, що рівень ймовірності ПТСР значимо вищий у клінічній вибірці, що також підтверджує валідність адаптованої методики. Показники U-критерію Манна-Уїтні наведені у Додатку Н.

Отже, дані, отримані на українській вибірці, демонструють поведінку подібну до показників опитувальника, що адаптується. Наявність порогового балу для клінічної вибірки та підпорогового – для неклінічної слугує доказом валідності української версії тесту. Схожі тенденції щодо відмінності порогового балу у жінок та чоловіків також вказують, що українська адаптація демонструє чутливість, схожу до оригіналу. U-критерій Манна-Уїтні також затверджує суттєву різницю між клінічною та неклінічною вибірками. Відповідно можемо говорити про можливість застосовувати підхід, аналогічний до оригінального, до оцінювання результатів для українців. Дані щодо середнього значення наведені у Таблицях 3.1-1 та 3.1-2, повні дані щодо описових характеристик наведені у Додатку И.

Табл. 3.1-2

Середнє значення неклінічної вибірки

		N		Середнє значення
Неклінічна	Жінка	215	164	2.70
	Чоловік		51	2.37

3.3. Оцінка внутрішньої узгодженості опитувальника

Внутрішня узгодженість тверджень опитувальника вимірювалася за коефіцієнтом Альфа Кронбаха. Цей показник для всієї шкали становить 0,78, що є прийнятним, а також наближається до відповідного показника з дослідження, проведеного на американській вибірці ($\alpha = 0.80$) [51]. Показники Альфа Кронбаха для кожного з тверджень опитувальника окремо наведено у Таблиці 3.2 та Додатку А та демонструють також прийнятний та хороший рівні узгодженості.

Табл. 3.2

Альфа Кронбаха для тверджень опитувальника

PC1: 1. У Вас були нічні кошмари про цю подію або нав'язливі думки про неї, яких Ви не могли позбутися?	$\alpha = 0.778$
PC2: 2. Ви відганяли від себе думки про подію або намагалися щосили уникати ситуацій, які нагадували б Вам про неї?	$\alpha = 0.778$
PC3: 3. Ви були постійно насторожені, проявляли підвищену пильність, або вас було легко заскочити зненацька чи перелякати?	$\alpha = 0.889$
PC4: 4. Ви відчували заціпеніння або відстороненість від людей, справ чи зовнішнього світу?	$\alpha = 0.778$
PC5: 5. Ви відчували провину або не могли перестати звинувачувати себе чи інших через подію або її можливі негативні наслідки?	$\alpha = 0.778$

3.4. Оцінка ретестової надійності опитувальника

Повторне тестування проводилося із проміжком у 21-28 днів (N=101). Перевірка тест-ретестової надійності проводилася за допомогою кореляційного аналізу, а також критерію Вілкоксона.

Кореляційний аналіз дав нам змогу побачити статистично значущі прямі зв'язки різної сили між відповідними твердженнями двох замірів. На даних, наведених у Таблиці 3.3, ми бачимо, що загальні бали обох етапів тестування мають найсильніший кореляційний зв'язок, що говорить про досить високу точність та усталеність загальних результатів тесту. Щодо кореляційних зв'язків окремих запитань, то можна побачити, що найсильнішими вони є у запитання № 2: “Ви відганяли від себе думки про подію або намагалися щосили уникати ситуацій, які нагадували б Вам про неї”. Отже, кластер *Уникнення* є найбільш сталим у часі, що підтверджується також і у літературі [66]. Відповідні кореляції наведені у Таблиці 3.3 та Додатку Б.

Табл. 3.3*

Показники тест-ретестової надійності

	тест 1	тест2	тест3	тест4	тест5	тест, загальний бал
Ретест 1	0.467 ***					
Ретест 2		0.583* **				
Ретест 3			0.541* **			
Ретест 4				0.480* **		

Ретест 5					0.538* **	
ретест, загаль ний бал						0.712***

Значення p для всіх зв'язків $<0,001$

За допомогою критерію Вілкоксона ми бачимо, що у більшості випадків статистично значущих відмінностей не виявлено. Єдиним виключенням є твердження №3, значення p якого хоч і перевищує встановлений поріг 0,05 та все ж вказує на статистичну значущість, хоч і слабку [52]. Результати порівняння за критерієм Вілкоксона наведені у Таблиці 3.4 та Додатку Ж.

Табл. 3.4

Показники за критерієм Вілкоксона

Твердження	значення p
PC1: 1. У Вас були нічні кошмари про цю подію або нав'язливі думки про неї, яких Ви не могли позбутися?	0.695
PC2: 2. Ви відганяли від себе думки про подію або намагалися щосили уникати ситуацій, які нагадували б Вам про неї?	0.113
PC3: 3. Ви були постійно насторожені, проявляли підвищену пильність, або вас було легко заскочити зненацька чи перелякати?	0.077

PC4: 4. Ви відчували заціпеніння або відстороненість від людей, справ чи зовнішнього світу?	0.543
PC5: 5. Ви відчували провину або не могли перестати звинувачувати себе чи інших через подію або її можливі негативні наслідки?	0.284

Якщо подивитися на запитання №3 (*Ви були постійно насторожені, проявляли підвищену пильність, або вас було легко заскочити зненацька чи перелякати?*), то можна зробити висновок, що така категорія як настороженість, лякливість мають тенденцію до слабкого, але все ж коливання у часі. Це може бути пов'язано із фоном війни, у якому знаходиться більшість українців. Такі події як ракетні обстріли, наприклад, можуть призводити до підвищення рівня пильності. Водночас певний час без обстрілів – до зниження.

Таким чином, наявність статистично значущих кореляційних зв'язків між результатами двох опитувань протягом часового відрізка у 3-4 тижні, а також відсутність сильних статистично значущих відмінностей за критерієм Вілкоксона дозволяє підтвердити тест-ретестову надійність опитувальника PC-PTSD-5 у досліджуваному періоді.

3.5. Оцінка валідності опитувальника

Процедура оцінки конкурентної валідності передбачала проведення кореляційного аналізу з використанням непараметричного критерію Спірмена з іншими обраними нами опитувальниками, які вимірюють ті самі та схожі теоретичні конструкти. Результати кореляцій тверджень опитувальника з іншими обраними методиками наведено у Додатках В, Г, Г, Д, Е, Є. Аналізуючи кореляційні зв'язки між твердженнями, можна побачити такі закономірності.

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу, рекомендований Міністерством охорони здоров'я України. Ми бачимо, що конструкт *Пережиття* за PC-PTSD-5 продемонстрував найсильніший статистично значущий зв'язок з запитаннями скринінгу МОЗ № 6 (*Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?*), що можна пояснити включенням нічних кошмарів у конструкт *Пережиття* за DSM-V. *Уникнення* за PC-PTSD-5 позитивно корелює з запитанням № 1 (*Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?*). *Зміни в збудженні та реагуванні* за PC-PTSD-5 має позитивний зв'язок з запитанням № 7 (*Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?*). *Негативні зміни в афективній та пізнавальній сферах*, зокрема відсторонення, ізоляція позитивно корелює з цілим набором запитань МОЗ, зокрема найбільше з №№ 2 (*Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?*) та 3 (*Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?*).

Цікавим спостереженням є те, що інший аспект цього ж конструкту – *почуття провини/звинувачення* – корелює позитивно з запитанням №1 (*Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?*). Якщо взяти за основу припущення, що надмірне відчуття провини може призвести до ізоляції, оскільки люди можуть відмовлятися від соціальної взаємодії через страх осуду або відторгнення, що призводить до самотності [98], то маємо ще одне підтвердження позитивної кореляції двох опитувальників. Кореляція між сумарними балами обох тестів має сильний, статистично значущий зв'язок.

PCL – Перелік симптомів ПТСР. *Пережиття* за PC-PTSD-5 продемонструвало найсильніший статистично значущий зв'язок зі шкалою *Інтрузії PCL*, а *Уникнення* – із відповідною шкалою *Уникнення PCL*. *Зміни в збудженні та реагуванні* позитивно корелюються із шкалою *надмірної*

реактивності PCL. Негативні зміни в афективній та пізнавальній сферах, зокрема, відсторонення мають найсильніший зв'язок зі шкалою негативні думки та емоцій PCL. Ця шкала також корелює із твердженням про почуття провини за PC-PTSD-5. Кореляція між сумарними балами обох тестів має сильний, статистично значущий зв'язок.

ITQ – Міжнародний опитувальник травми. Даний опитувальник окрім ПТСР вимірює також і ПТСР комплексний та передбачає такі конструкти: *Інтрузії, Уникнення, Гіперпильність* для ПТСР, а також додатково *Порушення емоційної саморегуляції, Негативна Я-концепція та Порушення стосунків* – для КПТСР.

При аналізі кореляційних зв'язків ми бачимо, що *Перепроживання* за PC-PTSD-5 мають позитивний зв'язок з *Інтрузії ITQ, Уникнення* за PC-PTSD-5 – з *Уникнення ITQ, а Зміни в збудженні та реагуванні* – з *Гіперпильністю ITQ*.

Цікавим є зв'язок *Відсторонення* за PC-PTSD-5 та шкалою *Порушення стосунків ITQ*, а *Почуття провини* – з *негативною Я концепцією ITQ*. На нашу думку, такий зв'язок у повній мірі розкриває та підтверджує сенс даних конструктів: відсторонення та ізоляція означають буквально руйнування взаємодії з оточенням. У той же час самозвинувачення сприяє погіршенню сприйняття себе як особистості.

IES-R – Шкала оцінки впливу травматичної події. Так само як і в попередніх випадках, конструкти *Перепроживання, Уникнення та Зміни в збудженні та реагуванні* за PC-PTSD-5 мають позитивні значущі зв'язки з субшкалами IES “вторгнення”, “уникнення” та “збудливість”.

Варто звернути увагу на кореляцію *Почуття Провини* та субшкали IES *Уникнення*. Такий зв'язок можна пояснити бажанням уникати зовнішніх та внутрішніх стимулів з метою запобігти відчуттю провини, що вони можуть спровокувати. У цьому сенсі конструкт уникнення набуває додаткового наповнення – уникнення почуттів та переживань.

Щодо рівня сприйнятого стресу, який ми вимірювали за допомогою опитувальника PSS-10, то ми бачимо, що позитивна кореляція між сумарними балами обох тестів також має сильний, статистично значущий зв'язок. Порівнюючи показники стресу нашого дослідження із дослідженням колег, які проводили адаптацію PSS-10 на українській вибірці можна побачити таку тенденцію. При адаптації PSS-10, були отримані оцінки в інтервалі від 6 до 40 балів із середньою тенденцією $25,64 \pm 6,72$ [59]. Наше дослідження продемонструвало трохи нижчі показники: $18,6 \pm 6,2$. Водночас це лишається високими показниками, порівняно з іншими відомими вибірками, як клінічними, так і неклінічними. Для порівняння, в опитуванні 1983 р. середні бали у вибірці 2387 дорослих американців становили $13,02 \pm 6,35$ [59], [7].

3.6. Оцінка структури тесту PS-PTSD-5 за допомогою факторного аналізу

З метою підтвердження відповідності структури скринінгу в україномовній версії до його оригіналу, ми застосували процедуру конфірмаційного факторного аналізу. У цьому дослідженні ми скористалися двома підходами.

У першому порівняли рівень прилягання моделі у нашому та іншому дослідженні. За базу порівняння при цьому ми обрали американське дослідження, що оцінювало ефективність скринінгу у соціально-економічно вразливій вибірці пацієнтів, які зазнали потенційно травматично досвіду [51]. На наш погляд, така вибірка є найбільш наближеною до вибірки даного дослідження, враховуючи як умови війни, так і загальні соціально-економічні обставини.

Спираючись на підхід вищезазначеного дослідження, ми обрали таку модель, що має один латентний фактор ПТСР та включає усі п'ять пунктів опитувальника. Відповідність моделі оцінювали за допомогою декількох індексів відповідно до найкращих практик [53]. Серед них: індекс

порівняльної відповідності ($CFI \geq 0,95$ добра відповідність), індекс Tucker-Lewis ($TLI \geq 0,95$ добра відповідність) та середньоквадратична помилка апроксимації (RMSEA; добра відповідність, якщо $p > 0,05$, погана відповідність, якщо верхня межа 90% довірчого інтервалу $\geq 0,10$).

Із показників, наведених у Таблиці 3.5 бачимо, що модель української версії (як для клінічної, так і для неклінічної вибірки) має ідентичні показники CFI та TLI з оригіналом. Водночас прилягання моделі є навіть кращим ніж в оригіналу, адже показники RMSEA української версії є нижчим за 0,06, що вказує на добру відповідність. Водночас американські показники RMSEA становлять 0.079, що наближаються до позначки у 0,08, яка є межевою у визначенні адекватності відповідності моделі.

Табл. 3.5

Показники прилягання моделі

	RMSEA	CFI	TLI
Українська вибірка – неклінічна	0,024	0,99	0,98
Українська вибірка – клінічна	0,032	0,99	0,99
Американська вибірка	0.079	0.99	0.98

Цікавим є те, що продемонстровані показники клінічної вибірки є результатом пошуку та аналізу можливих коваріатів в рамках фактора, що ліг в основу нашої моделі. При об'єднанні запитань №№ 4 та 5 у пару ми змогли отримати хороші показники прилягання моделі, які добре співставляються з показниками американської вибірки. Таким чином поєднання кластерів *Відсторонення від людей* та *Почуття провини/звинувачення* саме у контексті осіб з діагностованим ПТСР є показником хорошого прилягання моделі даного скринінгового інструменту. Варто відмітити, що при цьому внесок запитання № 4 у дану однофакторну модель був суттєво меншим (0,268), порівняно з іншими

запитаннями, кожне з яких ≥ 1 . Найбільшим внеском характеризувалося запитання № 3 про *Гіпертильність* (1,274). Дані факторного аналізу наведені у Додатку Ж.

Другий, додатковий, підхід, використаний у цьому дослідженні, полягав у тому, що кількість факторів була продиктована теоретичним підходом, закладеним у DSM-V. Таким чином, п'ять запитань опитувальника об'єднуються у чотири фактори, наведені у Таблиці 3.6.

Табл. 3.6

Фактори за DSM-V

Фактори за DSM-V	Запитання опитувальника
Фактор 1 Перепроживання	1. У Вас були нічні кошмари про цю подію або нав'язливі думки про неї, яких Ви не могли позбутися?
Фактор 2 Уникнення	2. Ви відганяли від себе думки про подію або намагалися щосили уникати ситуацій, які нагадували б Вам про неї?
Фактор 3 Зміни в збудженні та реагуванні	3. Ви були постійно насторожені, проявляли підвищену пильність, або вас було легко заскочити зненацька чи перелякати?
Фактор 4 Негативні зміни в афективній та пізнавальній сферах	4. Ви відчували заціпеніння або відстороненість від людей, справ чи зовнішнього світу? 5. Ви відчували провину або не могли перестати звинувачувати себе чи інших через подію або її можливі негативні наслідки?

Оцінка ступеню прилягання моделі показала різні результати для клінічної та неклінічної вибірки. Неклінічна вибірка продемонструвала хороші показники прилягання моделі: $RMSEA = 0,042$, $CFI = 0.99$, $TLI = 0.97$. Водночас для клінічної вибірки показники 4-факторної моделі не були прийнятними. Дані наведені у Таблиці 3.7.

Табл. 3.7

Прилягання 4- та 3-факторної моделі

	Клінічна			Неклінічна		
	RMSEA	CFI	TLI	RMSEA	CFI	TLI
4-факторна модель	0,234	0.93	0,635	0,042	0.99	0.97
3-факторна модель	0.05	0.99	0.98			

Цікавим є те, що в ході експерименту вдалося побачити, що для клінічної вибірки хороші показники прилягання демонструє 3-факторна модель. Вона включає приєднання запитання про *Зміни в збудженні та реагуванні до запитань про Відсторонення від людей та Почуття провини*.

Табл. 3.8

3-факторна модель

Фактори	Запитання опитувальника
Фактор 1 Перепроживання	1. У Вас були нічні кошмари про цю подію або нав'язливі думки про неї, яких Ви не могли позбутися?
Фактор 2	2. Ви відганяли від себе думки про подію або

Уникнення	намагалися щосили уникати ситуацій, які нагадували б Вам про неї?
Фактор 3 Зміни в збудженні та реагуванні + Негативні зміни в афективній та пізнавальній сферах	3. Ви були постійно насторожені, проявляли підвищену пильність, або вас було легко заскочити зненацька чи перелякати? 4. Ви відчували заціпеніння або відстороненість від людей, справ чи зовнішнього світу? 5. Ви відчували провину або не могли перестати звинувачувати себе чи інших через подію або її можливі негативні наслідки?

Факторне навантаження при цьому демонструє, що найбільше роботи на себе беруть запитання №№ 1 та 2, про *Пережиття* та *Уникнення* відповідно. У той же час запитання №№ 4 та 5, які складають когнітивно-емоційний блок та разом із запитанням №3 утворюють третій фактор, мають невелике навантаження. Дані наведені у Додатку Ж.

3.7.Інтерфейс та інструкція до фінальної версії опитувальника

Скринінгова шкала для первинної діагностики ПТСР за DSM-V

Опис.

Скринінгова шкала для первинної діагностики ПТСР за DSM-V (PC-PTSD-5) – це опитувальник з 5 пунктів, призначений для виявлення осіб з ймовірним ПТСР. Особи з позитивним результатом потребують подальшого обстеження за допомогою структурованого інтерв'ю.

Оцінювання.

Опитувальник починається з питання, яке має на меті визначити, чи зазнав респондент впливу травматичних подій. Якщо респондент заперечує такий вплив, опитувальник PC-PTSD-5 вважається заповненим з оцінкою 0.

Якщо респондент вказує на травматичний анамнез – переживання травматичної події протягом життя – респондента просять відповісти на п'ять додаткових запитань з варіантами відповідей "так" чи "ні" (див. нижче) про те, як ця травма вплинула на нього/неї протягом минулого місяця. Респонденти можуть набрати від 0 до 5 балів, що відповідає кількості відповідей "так" на 5 запитань нижче.

Дослідження української вибірки (як клінічної, з діагностованим ПТСР, так і широкої, неклінічної) продемонструвало, що пороговим значенням є 4 бали для респондентів чоловічої статі. Щодо респонденток, то за наявності ресурсів для проведення оцінки, лікарі можуть розглянути можливість встановлення нижчого порогового значення – 3 бали для уникнення хибнонегативних результатів. Оскільки параметри ефективності можуть змінюватися залежно від вибірки, лікарі мають враховувати характеристики вибірки та цілі шкали при виборі порогової точки.

Приклад:

1. У Вас були нічні кошмари про цю подію або нав'язливі думки про неї, яких Ви не могли позбутися?	так	ні
2. Ви відганяли від себе думки про подію або намагалися щосили уникати ситуацій, які нагадували б Вам про неї?	так	ні
3. Ви були постійно насторожені, проявляли підвищену пильність, або вас було легко заскочити зненацька чи перелякати?	так	ні
4. Ви відчували заціпеніння або відстороненість від людей, справ чи зовнішнього світу?	так	ні

5. Ви відчували провину або не могли перестати звинувачувати себе чи інших через подію або її можливі негативні наслідки?	так	ні
Загальний бал: сума відповідей “так” на запитання 1-5	= 5	

Бланк української версії опитувальника

“Скринінгова шкала для первинної діагностики ПТСР” за DSM-V

Іноді з людьми трапляються особливо лякаючі, жахливі чи травматичні події. Наприклад:

- серйозний нещасний випадок чи пожежа
- фізичне чи сексуальне насильство
- землетрус чи повінь
- війна
- стати свідком вбивства чи серйозного поранення людини
- смерть близької людини внаслідок вбивства чи самогубства.

Чи стикалися Ви коли-небудь з такими подіями? Якщо відповідь "НІ" – зупиніться тут, будь ласка. Якщо відповідь "ТАК" – дайте відповідь на запитання нижче.

Протягом **минулого місяця** чи було таке, що:

1. У Вас були нічні кошмари про цю подію або нав'язливі думки про неї, яких Ви не могли позбутися?

ТАК

НІ

2. Ви відганяли від себе думки про подію або намагалися щосили уникати ситуацій, які нагадували б Вам про неї?

ТАК

НІ

3. Ви були постійно насторожені, проявляли підвищену пильність, або вас було легко заскочити зненацька чи перелякати?

ТАК

НІ

4. Ви відчували заціпеніння або відстороненість від людей, справ чи зовнішнього світу?

ТАК

НІ

5. Ви відчували провину або не могли перестати звинувачувати себе чи інших через подію або її можливі негативні наслідки?

ТАК

НІ

Згідно відгуків групи учасників, які зголосилися надати зворотній зв'язок, тест є зрозумілим для сприйняття. Запитання є чіткими та не потребують уточнення. Орієнтовний час проходження – до 5 хв, враховуючи читання інструкції. Оскільки респондентам цей тест надавався в межах батареї інших тестів, вони зазначили легкість та швидкість його проходження, порівняно з іншими як безумовно позитивну ознаку.

Висновки до розділу III

У результаті оцінки психометричних показників української версії опитувальника PC-PTSD-5 ми встановили таке.

Порогові бали української вибірки, які були встановлені при аналізі середнього балу та стандартного відхилення у кланічній вибірці, співпадають із такими для оригіналу тесту. Також зберігається тенденція до можливого різного порогового балу для жінок (3) та чоловіків (4). Відповідно і підхід до оцінювання результатів тесту зберігається як і в його англomовному оригіналі.

Внутрішня узгодженість тверджень опитувальника є прийнятною. До того ж, вона наближається до цього ж показника з дослідження, проведеного на американській вибірці.

Кореляційний аналіз тест-ретестової надійності продемонстрував статистично значущі прямі зв'язки різної сили між відповідними твердженнями двох замірів (N=233 та N=101 за 21-28 днів). Так, зокрема, загальні бали обох етапів тестування демонструють найсильніший

кореляційний зв'язок. Таким чином можемо говорити про досить високу точність та усталеність загальних результатів тесту.

Для встановлення конкурентної валідності ми запропонували респондентам пройти ряд валідних опитувальників, що вимірюють ті самі та схожі конструкти. Кореляційний аналіз продемонстрував прямі статистично значущі зв'язки різної сили між аналогічними твердженнями різних опитувальників. U-критерій Манна-Уїтні також затверджує суттєву різницю між клінічною та неклінічною вибірками. Це дає нам можливість підтвердити, що українська версія опитувальника PC-PTSD-5 дійсно спрямована на вимірювання симптомів ПТСР.

Ми також провели процедуру конфірматорного факторного аналізу. Варто зазначити, що дану процедуру досить складно провести для короткого скринінгу, який є по суті одним фактором (наявність ПТСР або його відсутність), та все ж вона надала нам корисну інформацію. Зокрема, ми змогли побачити хороше прилягання моделі на українській вибірці, порівняно з аналогічною американською. Проте для клінічної вибірки умовою хороших показників прилягання моделі стало поєднання двох запитань тесту у пару коваріатів в рамках того ж одного фактору. Відповідь на запитання про причини такого поєднання залишається предметом подальших досліджень.

Таким чином, україномовна версія опитувальника продемонструвала значущі психометричні показники, а отже можемо рекомендувати її до використання при скринінгу посттравматичного стресового розладу українців.

ВИСНОВКИ

1. Через війну росії проти України, рівень травматизації населення країни є надвисоким. Так, понад 90% мають прояви мінімум одного з симптомів посттравматичного стресового розладу, а ризики його розвитку мають 57% українців. На сьогодні ПТСР розглядається у двох найрозповсюдженіших номенклатурах: DSM-V та МКХ-11. Підходи до розуміння та діагностики ПТСР у цих двох документах досить різні, проте вони сходяться щодо базового набору характерних симптомів цього розладу. Це – пережиття події (наприклад, флешбеки, нічні кошмари); уникнення стимулів пов'язаних з подією або таких, що провокують повторне пережиття; гіперзбудження або підвищене відчуття загрози, а також афективна дизрегуляція. Існує чималий перелік визнаних світовою психологічною спільнотою, англomовних опитувальників, за допомогою яких спеціалісти можуть діагностувати ПТСР та суміжні стани, а також доступні до самоперевірки широкому загалу. Серед них: короткі скринінгові інструменти, структуровані інтерв'ю, чек-листи для самоперевірки. Розрізняють також інструменти для різних груп людей: дорослих, дітей; військових, цивільних, тощо.
2. Для україномовної адаптації нами було обрано скринінгову шкалу для первинної діагностики ПТСР за DSM-V (PC-PTSD-5). Це – короткий інструмент діагностики, який відображає останні оновлення за DSM-V, зокрема, має розширену “афективну” частину порівняно із попередньою версією. Лінгвістична адаптація тесту проходила із дотриманням стандартів перекладу. Були залучені професійні незалежні перекладачки для здійснення перекладу українською та зворотного перекладу, а також лінгвісти для пошуку найкращих варіантів тверджень та усунення неточностей.

3. Валідність даних перевіряли за допомогою дослідження конкурентної валідності із залученням інших методик, адаптованих та/або апробованих в українському контексті. Кореляційний аналіз показав статистично значущі прямі зв'язки достатньої сили між твердженнями, що вимірюють аналогічні конструкти. Підтвердженням валідності також стали результати клінічної вибірки. Вони чітко продемонстрували порогові значення, закладені розробниками тесту із збереженням тенденції до зниження порога для респонденток порівняно із респондентами. У той же час неклінічна вибірка показала, хоча і завищені, так все ж підпорогові значення. Крім того, U-критерій Манна-Уїтні підтвердив різницю між клінічною та неклінічною вибірками. Конфірматорний факторний аналіз продемонстрував хороше прилягання моделі порівняно з оригіналом за умови, що ПТСР розглядається як один фактор, а не набір симптомів. І хоча це виглядає логічно у контексті короткого скринінгу, подальший пошук найоптимальнішої факторної моделі для ПТСР залишається перспективним предметом подальших досліджень.
4. Надійність даних, отриманих на вибірці у 233 людини (зокрема N=18 клінічна вибірка), перевіряли за допомогою вимірювання внутрішньої узгодженості. При цьому показник Альфа Кронбаха продемонстрував прийнятний рівень ($\alpha=0,78$). Тест-ретестову надійність перевіряли кореляційним аналізом між двома замірами та за допомогою критерію Вілкоксона. Кореляційний аналіз продемонстрував статистично значущі прямі зв'язки різної сили. Так, наприклад, зв'язок між загальними балами становить 0,712. У свою чергу критерій Вілкоксона не показав статистично значущих відмінностей між двома тестуваннями.

5. Таким чином, український варіант опитувальника продемонстрував схожість до оригіналу при його застосуванні як до клінічної, так і до неклінічної вибірки. Порогові бали української вибірки співпадають із такими для оригіналу тесту та становлять 4 бали. При цьому наявна тенденція до можливого різного порогового балу для жінок – 3 бали. Відповідно і підхід до оцінювання результатів тесту зберігається як і в його англomовному оригіналі. Оскільки було доведено значущість психометричних показників українська версія опитувальника PC-PTSD-5, можемо запропонувати його до використання у заявленому перекладі та інструкції щодо його проходження та підрахунку результатів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013;12(3):198-206. doi:10.1002/wps.20057.
2. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup5) doi: 10.1080/20008198.2017.1353383.
3. Чабан О.С. (2022). ПТСР та його наслідки: вчасно побачити та ефективно допомогти. Що в цій ситуації може лікар загальної практики? [YouTube відео]. Всеукраїнська Асоціація Психосоматичної Медицини спільно фармацевтичною компанією Дарниця, освітній курс "Ментальні розлади та робота з психотравмою під час війни", Україна
Доступ через: <https://darnytsia.ua/doctors/ptsr/lekcii-vid-ekspertiv>
4. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Mar;48(3):216-22. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810270028003.
5. Steinert C, Hofmann M, Leichsenring F, Kruse J. The course of PTSD in naturalistic long-term studies: High variability of outcomes. A systematic review. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(7):483-96 doi:10.3109/08039488.2015.1005023.
6. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, Karam EG, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017 Oct;47(13):2260-2274. doi:10.1017/S0033291717000708.

7. Jitender Sareen, MD, FRCPC. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate. 2022. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
8. Наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121 “Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад”. Доступ через: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf
9. C. R. Marmar, W. Schlenger, C. Henn-Haase, et al. Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War Findings from the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. JAMA Psychiatry 2015 Vol. 72 (9). p. 875–881. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0803
10. Безшейко В. Г. (2016). Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему. Медична психологія, 1, 99-104.
11. Чабан О. С., Безшейко В. Г. (2017). Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції. Український вісник психоневрології. 2017. Том 25, випуск 2 (91), 80-84.
12. Пінчук І.Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В. та ін. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес та порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. Архів Психіатрії. 2016. Т. 22. № 3. С. 12–15.
13. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). Новини: В Україні презентували результати першого з початку повномасштабної війни дослідження психологічного стану населення. Доступ через:

<https://moz.gov.ua/article/news/v-ukraini-prezentovali-rezultati-pershogo-z-pochatku-povnomasshtabnoi-vijni-doslidzhennja-psihologichnogo-stanu-nas-elennja-->

14. Національна служба здоров'я України. (2024). Новини: В ЕСОЗ протягом останніх двох років фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР. Доступ через: <https://nszu.gov.ua/novini/v-esoz-protyagom-ostannih-dvoh-rokiv-fiksuyetsya-znachne-zbilshennja-patsientiv-zi-vstanovlenim-diaгнозом-пТСР>
15. True WR, Rice J, Eisen SA, Heath AC, Goldberg J, Lyons MJ, Nowak J. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Apr;50(4):257-64. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820160019002.
16. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1675-81. doi: 10.1176/appi.ajp.159.10.1675.
17. Sartor CE, McCutcheon VV, Pommer NE, Nelson EC, Grant JD, Duncan AE, Waldron M, Bucholz KK, Madden PA, Heath AC. Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Psychol Med*. 2011 Jul;41(7):1497-505. doi: 10.1017/S00332917110002072.
18. Marvin Zuckerman. Sensation Seeking. *The International Encyclopedia of Communication*. 05 June 2008 doi: 10.1002/9781405186407.wbiecs029
19. Vukojevic V, Kolassa IT, Fastenrath M, Gschwind L, Spalek K, Milnik A, Heck A, Vogler C, Wilker S, Demougin P, Peter F, Atucha E, Stetak A, Roozendaal B, Elbert T, Papassotiropoulos A, de Quervain DJ. Epigenetic modification of the glucocorticoid receptor gene is linked to traumatic memory and post-traumatic stress disorder risk in genocide survivors. *J*

- Neurosci. 2014 Jul 30;34(31):10274-84. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1526-14.2014.
20. Kristina Bondjers. (2020). Post-traumatic Stress Disorder Assessment of current diagnostic definitions. (Doctor of Philosophy Dissertation). Retrieved from Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1634
21. World Health Organization. ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 11th Revision. 2022. Retrieved from <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#2070699808>
22. Чорна, В., Серебреннікова, О., Коломієць, В., Гозак, С., Єлізарова, О., Рибінський, М., Ангельська, В., & Павленко, Н. (2023). Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. Молодий вчений, 12 (124), 28-39. doi: 10.32839/2304-5809/2023-12-124-28
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013. Retrieved from https://www.academia.edu/104722540/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders_Text_Revision_DSM_5_TR_5th_Ed
24. Михайлова О. І. (2021). Стрес та посттравматичний стресовий розлад у психологічних дослідженнях: хрестоматія. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. – 249 с.
25. Zeinoun, P., S. Bawab, M. Atwi, N. Hariz, L. Tavitian, M. Khani, Z. Nahas and F. T. Maalouf (2013). "Validation of an Arabic multi-informant psychiatric diagnostic interview for children and adolescents: Development and Well Being Assessment-Arabic (DAWBA-Arabic)." Comprehensive Psychiatry 54(7): 1034-1041. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.04.012.
26. Пінчук І.Я., Марценковський І.А., Талаєва Т.В. та ін. Посттравматичний стресовий розлад: Адаптована клінічна настанова, заснована на

- доказах. (2016). Державний експертний центр МОЗ України, Асоціація психіатрів України, Всеукраїнське громадське об'єднання родин загиблих та безвісти зниклих, учасників антитерористичної операції, ветеранів війни та активістів волонтерського руху «Крила 8 сотні» – 2016. Доступ через: <https://www.dec.gov.ua/mtd/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad/>
27. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. 19, Вересень 2016;1(1):e010108. Доступ через: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
28. Карачевський А.Б. (2016). Адаптація шкал та опитувальників українською мовою щодо посттравматичного стресового розладу. Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л.Шупика 25/2016, 607-622.
29. Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.). (2001). Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety. Kluwer Academic Publishers.
30. Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). [Assessment] Available from www.ptsd.va.gov.
31. Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zong, J., Rauch, S., Porter, K., ...& Kauffman, B. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment*, 28, 1159-1165. doi:10.1037/pas0000259
32. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL: Structured Clinical Interview for DSM-5. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2015. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/scid-ptsd-module.asp>

33. Davidson, J. R. T., Kudler, H. S., & Smith, R. D. (1990). Assessment and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. In J. E.L. Giller (Ed.), *Biological assessment and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 205-221). Washington, DC: American Psychiatric Press.
34. Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., Schnurr, P. P., Keane, T. M., Blake, D. D., Newman, E., Nader, K. O., & Kriegler, J. A. (2015). Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 - Child/Adolescent Version. [Assessment] Available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
35. Kaplow, J. B., Rolon-Arroyo, B., Layne, C. M., Oosterhoff, B., Hill, R., Steinberg, A. M., & Pynoos, R. S. (2020). Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: A developmentally informed assessment tool for trauma-exposed youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(1), 186-194. doi: 10.1016/j.jaac.2018.10.019
36. Davidson, J. R., Tharwani, H. M., Connor, K. M. (2002). Davidson Trauma Scale (DTS): Normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depression and Anxiety*, 15, 75-78. Retrieved from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/dts.asp>
37. Wolf, E., Mitchell, K. S., Sadeh, N., Hein, C., Fuhrman, I., Pietrzak, R. H., & Miller, M. W. (2017). The Dissociative Subtype of PTSD Scale: Initial evaluation in a national sample of trauma-exposed Veterans. *Assessment*, 24, 503-516. doi:10.1177/1073191115615212.
38. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). Guilford.
39. Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988) Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability

- and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90. doi: 10.1037/0022-006X.56.1.85
40. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
41. Дембіцький С., Серета Ю. (2015). Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валідизація в Україні. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 2015, № 4. 40-71. Доступ через: http://nbuv.gov.ua/UJRN/stmm_2015_4_5
42. Gelezelyte O, Roberts NP, Kvedaraite M, Bisson JI, Brewin CR, Cloitre M, Kairyte A, Karatzias T, Shevlin M, Kazlauskas E. Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *Eur J Psychotraumatol*. 2022 Feb 23;13(1):2037905. doi: 10.1080/20008198.2022.2037905.
43. Всеукраїнська психодіагностична асоціація. (2020). Глосарій Європейської групи видавців тестів. Доступ через <https://vpa.org.ua/glossary/>.
44. Liu P, Wang L, Cao C, Wang R, Zhang J, Zhang B, Wu Q, Zhang H, Zhao Z, Fan G, Elhai JD. The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors. *J Anxiety Disorder*. 2014 May;28(4):345-51. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.03.008.
45. Tsai J, Harpaz-Rotem I, Armour C, Southwick SM, Krystal JH, Pietrzak RH. Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *J Clin Psychiatry*. 2015 May;76(5):546-53. doi: 10.4088/JCP.14m09091.
46. Armour C, Tsai J, Durham TA, Charak R, Biehn TL, Elhai JD, Pietrzak RH. Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: support for

- a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *J Psychiatr Res.* 2015 Feb;61:106-13. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.10.012.
47. Prins, A., Bovin, M. J., Kimerling, R., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., Pless Kaiser, A., & Schnurr, P. P. (2015). The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). [Measurement instrument]. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/pc-ptsd.asp>
48. Климчук В. О. (2020). Психологія посттравматичного зростання: монографія / В. О. Климчук; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. – 125 с.
49. Lancaster CL, Teeters JB, Gros DF, Back SE. Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *J Clin Med.* 2016 Nov 22;5(11):105. doi: 10.3390/jcm5110105.
50. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med.* 2016 Oct;31(10): 1206-11. doi:10.1007/s11606-016-3703-5.
51. Lathan, E.C., Petri, J.M., Haynes, T. et al. Evaluating the Performance of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) in a Trauma-Exposed, Socioeconomically Vulnerable Patient Population. *J Clin Psychol Med Settings* 30, 791–803 (2023). doi:10.1007/s10880-023-09941-9
52. Padam Singh. (2013). P Value, Statistical Significance and Clinical Significance. *The Journal of Clinical and Preventive Cardiology.* 2013;2(4):202-4. Retrieved from <https://www.jcpcarchives.org/full/p-value-statistical-significance-and-clinical-significance-121.php>

53. Yokokura AVCP, Silva AAMD, Fernandes JKB, Del-Ben CM, Figueiredo FP, Barbieri MA, Bettiol H. Perceived Stress Scale: confirmatory factor analysis of the PSS14 and PSS10 versions in two samples of pregnant women from the BRISA cohort. *Cad Saude Publica*. 2017 Dec 18;33(12):e00184615. doi: 10.1590/0102-311X00184615.
54. Jung YE, Kim D, Kim WH, Roh D, Chae JH, Park JE. A Brief Screening Tool for PTSD: Validation of the Korean Version of the Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (K-PC-PTSD-5). *J Korean Med Sci*. 2018 Dec 11;33(52):e338. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e338.
55. Breslau N, Peterson EL, Kessler RC, Schultz LR. Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1999 Jun;156(6):908-11. doi: 10.1176/ajp.156.6.908.
56. Платформа Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». (2023). PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) Короткий довідник із користування. Доступ через <https://start.ua-test.com/pub/files/pcl-5-manual.pdf>
57. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Котух О.В., Мельник О.В. (2019). Міжнародний опитувальник травми (ІТQ): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, том XIV, випуск 2, 145-161.*
58. Агаєв Н.А., Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. *Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник.* – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
59. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Журнал сучасної психології*, 2-2022, doi:10.26661/2310-4368/2022-2-2

60. Patrick D. Quinn, Brian M. D'Onofrio (2020). Gene-Environment Correlation. Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development (Second Edition), 2020. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/topics/biochemistry-genetics-and-molecular-biology/gene-environment-correlation>
61. Мазяр О. В., Фещук В.В. Основи психометрики : методичні рекомендації для підготовки до навчальних занять здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки спеціальності 053 Психологія. Житомир : Вид-во ЖДУ, 2022. 110 с.
62. NovoPsych. (2021). Perceived Stress Scale (PSS-10). Retrieved from <https://novopsych.com.au/assessments/well-being/perceived-stress-scale-pss-10/>
63. Kremen, William (31 March 2011). Twin Studies of Posttraumatic Stress Disorder: Differentiating Vulnerability Factors from Sequelae. *Neuropharmacology*. 62 (2): 647–653. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.03.012.
64. Skelton K, Ressler KJ, Norrholm SD, Jovanovic T, Bradley-Davino B (2012). "PTSD and gene variants: New pathways and new thinking". *Neuropharmacology*. 62 (2): 628–637. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.02.013.
65. Nievergelt, C.M., Maihofer, A.X., Atkinson, E.G. et al. Genome-wide association analyses identify 95 risk loci and provide insights into the neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Nat Genet* 56, 792–808 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41588-024-01707-9>
66. Weathers, F. W., Marx, B. P., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2014). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria, new measures, and implications for assessment. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 93–107. <https://doi.org/10.1007/s12207-014-9191-1>

67. Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 53–55. doi:10.1037/1040-3590.1.1.53
68. Litz, B. T., & Gray, M. J. (2002). Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: Current and future research directions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 198–204. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01002.x>
69. McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Belknap Press/Harvard University Press.
70. Міністерство у справах ветеранів України. (2023). MARTA: Діагностика. Доступ через <https://marta.mva.gov.ua/tests/categories>
71. Cahill SP, Pontoski K. Post-traumatic stress disorder and acute stress disorder I: their nature and assessment considerations. *Psychiatry (Edgmont)*. 2005 Apr;2(4):14-25. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004735/>
72. Antonio J. Polo, Kate J. Zelic. (2014). Symptom Variation on the Trauma Symptom Checklist for Children: A Within-Scale Meta-Analytic Review. *Journal of Traumatic Stress*. Volume 27, Issue 6. December 2014. Pages 655-663. doi:10.1002/jts.21967.
73. Bovin, M. J., Schneiderman, A., Bernhard, P. A., Maguen, S., Hoffmire, C. A., Blosnich, J. R., Smith, B. N., Kulka, R., & Vogt, D. (2022). Development and validation of a brief warfare exposure measure among U.S. Iraq and Afghanistan War Veterans: The Deployment Risk and Resilience Inventory-2 Warfare Exposure—Short Form (DRRI-2 WE-SF). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001282>
74. Pfizer Inc. (2005). PRIME-MD: PHQ-9 Patient Depression Questionnaire. Retrieved from:

https://med.stanford.edu/fastlab/research/imapp/msrs/_jcr_content/main/accordion/accordion_content3/download_256324296/file.res/PHQ9%20id%20date%2008.03.pdf

75. Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD. Retrieved from https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp
76. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
77. Serenity Programme. (2012). Hamilton Depression Rating Scale (The HAM-D scale). Retrieved from <https://web.archive.org/web/20140714173355/http://serene.me.uk/tests/ham-d.pdf>
78. W Maier, R Buller, M Philipp, & I Heuser. The Hamilton Anxiety Scale: Reliability, Validity, and Sensitivity to Change in Anxiety and Depressive Disorders. *14(1) J Affect Disord* 61-68. 1988.
79. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989 May;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4.
80. Heim E. (1995). Coping-based intervention strategies. *Patient Education and Counseling*, Volume 26, Issues 1–3, September 1995, Pages 145-151. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00733-G](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00733-G)
81. Hyer, L., Davis, H., Boudewyns, P., & Woods, M. G. (1991). A short form of the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 510-518. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199812)54:8<1085::AID-JCLP8>3.0.CO;2-L

82. Symptom Checklist-90-Revised. Pearson: Clinical Psychology. Pearson Education, Inc. Archived from the original on 13 May 2016.
83. Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50–60. doi: 10.1037/1040-3590.6.1.50
84. Godbout, N., Hodges, M., Briere, J., & Runtz, M. (2016). Structural analysis of the trauma symptom inventory-2. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(3), 333-346. doi: 10.1080/10926771.2015.1079285
85. Max Lüscher Foundation. Lusher-Diagnostics: Online analysis. Retrieved from <https://www.luscher-color.com/en/>
86. Платформа Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». (2023). Тест для визначення зловживання алкоголем (AUDIT). Доступ через <https://start.ua-test.com/account/education/audit/>
87. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Retrieved from <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state>
88. Butcher, J. N., & Williams, C. L. (2009). Personality assessment with the mmpi-2: historical roots, international adaptations, and current challenges. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1 (1): 105–135. doi:10.1111/j.1758-0854.2008.01007.x.
89. Корольов Д. К. (2019). Психологічна оцінка персоналу. Навчальний посібник. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка
90. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr;53(4):695-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

91. The National Center for PTSD. (2008). Dartmouth Child Trauma Research Group: An Interview for Children: Traumatic Events Screening Inventory (TESI-C). Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/TESI-C.pdf>
92. Vanderbilt University. (2012). Parent report on child's responses to stress. Retrieved from <https://cdn.vanderbilt.edu/vu-my/wp-content/uploads/sites/2804/2019/04/14/195700/Parent-Report-on-Child-RSQ-Peer-Stress.pdf>
93. Платформа Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». (2023). Доступ через <https://start.ua-test.com/>
94. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC. 1994.
95. Yufik T, Simms LJ. A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2010;119(4):764. doi: 10.1037/a0020981
96. Hyland P, Shevlin M, Elklit A, Murphy J, Vallières F, Garvert DW, et al. An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychol Trauma.* 2017;9(1):1. doi: 10.1037/tra0000114
97. Brewin C. R. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review.* – 2017. – Vol. 58. – P. 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001
98. Charlie Health Programme. (2016). Areas of care: Anxiety. Here's How to Let Go and Move Forward From Guilt. Retrieved from <https://www.charliehealth.com/areas-of-care/anxiety/how-to-stop-feeling-guilt>
99. McNally RJ. Can we fix PTSD in DSM-V? *Depress Anxiety.* 2009;26(7):597-600. doi: 10.1002/da.20586.

ДОДАТКИ

Додаток А – Внутрішня узгодженість

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.781

Item Reliability Statistics

	Mean	SD	If item dropped
			Cronbach's α
PC1	0.778	0.428	0.738
PC2	0.778	0.428	0.738
PC3	0.889	0.323	0.736
PC4	0.778	0.428	0.772
PC5	0.778	0.428	0.756

Додаток Б – Перевірка ретестової надійності

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.760

Correlation Matrix

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	total	Retest 1	Retest 2	Retest 3	Retest 4	Retest 5	rete st total
Q1	Pearson's r	—											
	p-value	—											
Q2	Pearson's r	0.40 [*] ₃	—										
	p-value	<.00 ₁	—										
Q3	Pearson's r	0.34 [*] ₆	0.17 [*] ₆	—									
	p-value	<.00 ₁	0.04 ₉	—									
Q4	Pearson's r	0.24 [*] ₄	0.29 [*] ₈	0.36 [*] ₄	—								
	p-value	0.01 ₀	0.00 ₂	<.00 ₁	—								
Q5	Pearson's r	0.42 [*] ₂	0.40 [*] ₃	0.11 ₀	0.33 [*] ₃	—							
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	0.15 ₁	<.00 ₁	—							

total	Pearson's r	0.72 [*] ₄	0.68 [*] ₃	0.58 [*] ₆	0.66 [*] ₉	0.68 [*] ₃	—						
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—						
Retes t1	Pearson's r	0.46 [*] ₇	0.04 ₉	0.17 ₃	0.15 ₉	0.33 [*] ₄	0.35 [*] ₅	—					
	p-value	<.00 ₁	0.32 ₃	0.05 ₂	0.06 ₇	<.00 ₁	<.00 ₁	—					
Retes t2	Pearson's r	0.33 [*] ₃	0.58 [*] ₃	0.15 ₇	0.28 [*] ₈	0.42 [*] ₂	0.53 [*] ₅	0.24 [*] ₅	—				
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	0.07 ₀	0.00 ₃	<.00 ₁	<.00 ₁	0.01 ₀	—				
Retes t3	Pearson's r	0.33 [*] ₄	0.29 [*] ₂	0.54 [*] ₁	0.36 [*] ₇	0.33 [*] ₄	0.55 [*] ₅	0.16 ₁	0.28 [*] ₉	—			
	p-value	<.00 ₁	0.00 ₃	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	0.06 ₅	0.00 ₃	—			
Retes t4	Pearson's r	0.26 [*] ₇	0.03 ₆	0.36 [*] ₇	0.48 [*] ₀	0.13 ₂	0.38 [*] ₁	0.23 [*] ₀	0.08 ₆	0.38 [*] ₃	—		
	p-value	0.00 ₅	0.36 ₇	<.00 ₁	<.00 ₁	0.10 ₈	<.00 ₁	0.01 ₅	0.20 ₉	<.00 ₁	—		
Retes t5	Pearson's r	0.27 [*] ₀	0.44 [*] ₇	0.12 ₆	0.27 [*] ₉	0.53 [*] ₈	0.49 [*] ₉	0.26 [*] ₆	0.44 [*] ₈	0.42 [*] ₁	0.31 [*] ₁	—	
	p-value	0.00 ₅	<.00 ₁	0.11 ₈	0.00 ₄	<.00 ₁	<.00 ₁	0.00 ₆	<.00 ₁	<.00 ₁	0.00 ₁	—	
retest total	Pearson's r	0.51 [*] ₂	0.43 [*] ₂	0.41 [*] ₆	0.48 [*] ₁	0.53 [*] ₉	0.71 [*] ₂	0.58 [*] ₄	0.63 [*] ₅	0.68 [*] ₈	0.61 [*] ₂	0.74 [*] ₉	—
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—

Note. H_a is positive correlation Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, one-tailed

Додаток В – Конкурентна валідність

	Перепроживання	Уникнення	Зміни в збудженні та реагуванні:	Негативні зміни в афективній та пізнавальній сферах:		Загальний бал
				PC5-4 – Відсторонення	PC5-5 – Провина	
	PC5-1	PC5-2	PC5-3	PC5-4 – Відсторонення	PC5-5 – Провина	PC5
МОЗ-1	0.314***	0.357***		0.221***	0.342***	
МОЗ-2				0.305***		
МОЗ-3				0.437***		
МОЗ-4				0.271***		
МОЗ-5	0.205***					
МОЗ-6	0.314***			0.214***		
МОЗ-7	0.252***		0.320***	0.223***		
МОЗ total						0.529***
PCL						
PCL Інтризії	0.444***	0.329***	0.268***	0.392***	0.317***	
PCL Уникнення	0.322***	0.442***	0.212***	0.367***	0.332***	
PCL негативні думки та емоції	0.334***	0.242***		0.464***	0.452***	
PCL надмірна реактивність	0.337***	0.203***	0.304***	0.416***	0.288***	
PCL total						0.568***
ITQ						

ITQ Інструзії	0.526***	0.290***	0.266***	0.235***	0.217***	
ITQ Уникнення	0.283***	0.455***	0.226***	0.359***	0.308***	
ITQ Гіперпильність	0.374***	0.324***	0.544***	0.457***	0.303***	
ITQ Порушення емоційної саморегуляції	0.312***	0.230***	0.244***	0.445***	0.275***	
ITQ Негативна Я-концепція				0.287***	0.358***	
ITQ Порушення стосунків	0.246***			0.485***	0.234***	
IES						
IES вторгнення	0.436***	0.347***	0.312***	0.342***	0.317***	
IES уникнення	0.374***	0.412***	0.274***	0.370***	0.370***	
IES збудливість	0.357***	0.274***	0.348***	0.376***	0.275***	
PSS						
PSS	0.296***	0.224***	0.213***	0.378***	0.317***	0.438***

Значення p для всіх зв'язків $< 0,001$

Додаток Г – Конкурентна валідність – МОЗ

Correlation Matrix

		PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PCtotal	MOZ1	MOZ2	MOZ3	MOZ4	MOZ5	MOZ6	MOZ7	MOZtotal
PC1	Spearman's rho	—													
	p-value	—													
PC2	Spearman's rho	0.40 [*] ₉	—												
	p-value	<.00 ₁	—												
PC3	Spearman's rho	0.29 [*] ₉	0.32 [*] ₀	—											
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	—											
PC4	Spearman's rho	0.26 [*] ₇	0.26 [*] ₇	0.29 [*] ₇	—										
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—										
PC5	Spearman's rho	0.29 [*] ₅	0.27 [*] ₆	0.20 [*] ₂	0.27 [*] ₁	—									
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—									
PCtotal	Spearman's rho	0.70 [*] ₀	0.68 [*] ₀	0.62 [*] ₃	0.63 [*] ₄	0.62 [*] ₈	—								
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—								
MOZ1	Spearman's rho	0.31 [*] ₄	0.35 [*] ₇	0.15 [*] ₆	0.22 [*] ₁	0.34 [*] ₂	0.42 [*] ₉	—							
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	0.00 ₉	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—							

MOZ2	Spearman's rho	0.18 [*] ₂	0.05 ₁	0.08 ₆	0.30 [*] ₅	0.19 [*] ₆	0.25 [*] ₄	0.16 [*] ₄	—							
	p-value	0.00 ₃	0.22 ₀	0.09 ₅	<.00 ₁	0.00 ₁	<.00 ₁	0.00 ₆	—							
MOZ3	Spearman's rho	0.18 [*] ₈	0.10 ₅	0.18 [*] ₇	0.43 [*] ₇	0.19 [*] ₁	0.33 [*] ₆	0.25 [*] ₉	0.36 [*] ₂	—						
	p-value	0.00 ₂	0.05 ₆	0.00 ₂	<.00 ₁	0.00 ₂	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—						
MOZ4	Spearman's rho	0.18 [*] ₀	0.09 ₂	0.08 ₁	0.27 [*] ₁	0.13 [*] ₀	0.23 [*] ₃	0.08 ₇	0.22 [*] ₇	0.35 [*] ₀	—					
	p-value	0.00 ₃	0.08 ₂	0.11 ₀	<.00 ₁	0.02 ₃	<.00 ₁	0.09 ₄	<.00 ₁	<.00 ₁	—					
MOZ5	Spearman's rho	0.20 [*] ₅	0.13 [*] ₃	0.03 ₂	0.16 [*] ₇	0.13 [*] ₆	0.20 [*] ₁	0.15 [*] ₉	0.30 [*] ₉	0.24 [*] ₀	0.17 [*] ₅	—				
	p-value	<.00 ₁	0.02 ₁	0.31 ₂	0.00 ₅	0.01 ₉	0.00 ₁	0.00 ₇	<.00 ₁	<.00 ₁	0.00 ₄	—				
MOZ6	Spearman's rho	0.31 [*] ₄	0.14 [*] ₃	0.18 [*] ₀	0.21 [*] ₄	0.16 [*] ₃	0.29 [*] ₂	0.21 [*] ₃	0.06 ₅	0.23 [*] ₁	0.08 ₄	0.15 [*] ₈	—			
	p-value	<.00 ₁	0.01 ₅	0.00 ₃	<.00 ₁	0.00 ₆	<.00 ₁	<.00 ₁	0.16 ₀	<.00 ₁	0.10 ₂	0.00 ₈	—			
MOZ7	Spearman's rho	0.25 [*] ₂	0.05 ₉	0.32 [*] ₀	0.22 [*] ₃	0.10 ₀	0.29 [*] ₉	0.17 [*] ₀	0.16 [*] ₈	0.16 [*] ₈	0.08 ₀	0.13 [*] ₂	0.24 [*] ₁	—		
	p-value	<.00 ₁	0.18 ₆	<.00 ₁	<.00 ₁	0.06 ₄	<.00 ₁	0.00 ₅	0.00 ₅	0.00 ₅	0.11 ₃	0.02 ₂	<.00 ₁	—		
MOZtotal	Spearman's rho	0.42 [*] ₃	0.24 [*] ₆	0.26 [*] ₈	0.46 [*] ₉	0.33 [*] ₂	0.52 [*] ₉	0.54 [*] ₅	0.60 [*] ₃	0.68 [*] ₁	0.47 [*] ₄	0.56 [*] ₂	0.50 [*] ₄	0.49 [*] ₃	—	
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—

Note. H_a is positive correlation

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, one-tailed

Додаток Г– Конкурентна валідність – PCL

Correlation Matrix

		PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PCtotal	PCL intr	PCL avoid	PCL em&cog	PCL react	PCL total
PC1	Spearman's rho	—										
	p-value	—										
PC2	Spearman's rho	0.409 ^{**} _*	—									
	p-value	< .001	—									
PC3	Spearman's rho	0.299 ^{**} _*	0.320 ^{**} _*	—								
	p-value	< .001	< .001	—								
PC4	Spearman's rho	0.267 ^{**} _*	0.267 ^{**} _*	0.297 ^{**} _*	—							
	p-value	< .001	< .001	< .001	—							
PC5	Spearman's rho	0.295 ^{**} _*	0.276 ^{**} _*	0.202 ^{**} _*	0.271 ^{**} _*	—						
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—						
PCtotal	Spearman's rho	0.700 ^{**} _*	0.680 ^{**} _*	0.623 ^{**} _*	0.634 ^{**} _*	0.628 ^{**} _*	—					
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—					
PCL intr	Spearman's rho	0.460 ^{**} _*	0.357 ^{**} _*	0.282 ^{**} _*	0.410 ^{**} _*	0.319 ^{**} _*	0.561 ^{**} _*	—				
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—				
PCL avoid	Spearman's rho	0.360 ^{**} _*	0.479 ^{**} _*	0.205 ^{**} _*	0.379 ^{**} _*	0.312 ^{**} _*	0.540 ^{**} _*	0.715 ^{**} _*	—			
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—			

PCL em&cog	Spearman's rho	0.342 ^{**} _*	0.249 ^{**} _*	0.195 ^{**}	0.486 ^{**} _*	0.440 ^{**} _*	0.534 ^{**} _*	0.723 ^{**} _*	0.649 ^{**} _*	—		
	p-value	< .001	< .001	0.001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
PCL react	Spearman's rho	0.337 ^{**} _*	0.213 ^{**} _*	0.314 ^{**} _*	0.428 ^{**} _*	0.286 ^{**} _*	0.485 ^{**} _*	0.680 ^{**} _*	0.517 ^{**} _*	0.778 ^{**} _*	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
PCL total	Spearman's rho	0.413 ^{**} _*	0.322 ^{**} _*	0.287 ^{**} _*	0.495 ^{**} _*	0.397 ^{**} _*	0.591 ^{**} _*	0.862 ^{**} _*	0.744 ^{**} _*	0.932 ^{**} _*	0.899 ^{**} _*	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Note. H_a is positive correlation

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, one-tailed

Додаток Д– Конкурентна валідність – ITQ

Correlation Matrix

		PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PCtotal	ITQ intr	ITQ avoid	ITQ react	ITQCem	ITQcneg Ya	ITQCR el
PC1	Spearman's rho	—											
	p-value	—											
PC2	Spearman's rho	0.40 [*] ₉	—										
	p-value	<.001	—										
PC3	Spearman's rho	0.29 [*] ₉	0.32 [*] ₀	—									
	p-value	<.001	<.001	—									
PC4	Spearman's rho	0.26 [*] ₇	0.26 [*] ₇	0.29 [*] ₇	—								
	p-value	<.001	<.001	<.001	—								
PC5	Spearman's rho	0.29 [*] ₅	0.27 [*] ₆	0.20 [*] ₂	0.27 [*] ₁	—							
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	—							
PCtotal	Spearman's rho	0.70 [*] ₀	0.68 [*] ₀	0.62 [*] ₃	0.63 [*] ₄	0.62 [*] ₈	—						
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—						
ITQ intr	Spearman's rho	0.52 [*] ₆	0.29 [*] ₀	0.27 [*] ₄	0.23 [*] ₅	0.21 [*] ₇	0.47 [*] ₀	—					
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—					

ITQ avoid	Spearman's rho	0.28 [*] ₃	0.45 [*] ₅	0.22 [*] ₄	0.35 [*] ₉	0.30 [*] ₈	0.50 [*] ₁	0.46 [*] ₈	—				
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—			
ITQ react	Spearman's rho	0.37 [*] ₄	0.32 [*] ₄	0.55 [*] ₉	0.45 [*] ₇	0.30 [*] ₃	0.61 [*] ₂	0.47 [*] ₅	0.47 [*] ₇	—			
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—		
ITQCem	Spearman's rho	0.31 [*] ₂	0.23 [*] ₀	0.25 [*] ₉	0.44 [*] ₅	0.27 [*] ₅	0.46 [*] ₈	0.39 [*] ₇	0.46 [*] ₇	0.52 [*] ₀	—		
	p-value	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—	
ITQcneg Ya	Spearman's rho	0.19 [*] ₅	0.15 [*] ₆	0.08 ₂	0.28 [*] ₇	0.35 [*] ₈	0.33 [*] ₈	0.14 [*] ₇	0.28 [*] ₂	0.31 [*] ₅	0.44 [*] ₆	—	
	p-value	0.00 ₁	0.00 ₈	0.10 ₆	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	0.01 ₃	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	—
ITQCRel	Spearman's rho	0.24 [*] ₆	0.14 [*] ₁	0.17 [*] ₂	0.48 [*] ₅	0.23 [*] ₄	0.39 [*] ₃	0.22 [*] ₂	0.37 [*] ₁	0.41 [*] ₁	0.64 [*] ₄	0.533 ^{**} _*	—
	p-value	<.00 ₁	0.01 ₆	0.00 ₄	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.00 ₁	<.001

Note. H_a is positive correlation

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, one-tailed

IESreact	Spearman's rho	0.357 ^{**} _*	0.274 ^{**} _*	0.348 ^{**} _*	0.407 ^{**} _*	0.275 ^{**} _*	0.506 ^{**} _*	0.838 ^{**} _*	0.755 ^{**} _*	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—

Note. H_a is positive correlation

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, one-tailed

Додаток Є– Конкурентна валідність – PSS

Correlation Matrix

		PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PCtotal	PSS total
PC1	Spearman's rho	–						
	p-value	–						
PC2	Spearman's rho	0.409 ^{***}	–					
	p-value	< .001	–					
PC3	Spearman's rho	0.299 ^{***}	0.320 ^{***}	–				
	p-value	< .001	< .001	–				
PC4	Spearman's rho	0.267 ^{***}	0.267 ^{***}	0.297 ^{***}	–			
	p-value	< .001	< .001	< .001	–			
PC5	Spearman's rho	0.295 ^{***}	0.276 ^{***}	0.202 ^{***}	0.271 ^{***}	–		
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	–		
PCtotal	Spearman's rho	0.700 ^{***}	0.680 ^{***}	0.623 ^{***}	0.634 ^{***}	0.628 ^{***}	–	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	–	
PSS total	Spearman's rho	0.296 ^{***}	0.224 ^{***}	0.213 ^{***}	0.378 ^{***}	0.317 ^{***}	0.438 ^{***}	–
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	–

Note. H_a is positive correlation

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, one-tailed

Додаток Ж – Факторний аналіз
Неклінічна вибірка:

Fit Measures

CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI	
			Lower	Upper
0.994	0.989	0.0244	0.00	0.100

Клінічна вибірка:

Fit indices

SRMR	RMSEA	95% Confidence Intervals		RMSEA p
		Lower	Upper	
0.082	0.032	0.000	0.359	0.420

User model versus baseline model

	Model
Comparative Fit Index (CFI)	0.997
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.993
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.993
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.997
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.890

Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.725
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.998
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.356

Measurement model

Latent	Observed	Estimate	SE	95% Confidence Intervals		β	z	p
				Lower	Upper			
Endogenous1	PC1	1.000	0.000	1.000	1.000	0.627		
	PC2	1.000	0.389	0.237	1.763	0.627	2.569	0.010
	PC3	1.274	0.424	0.443	2.105	1.057	3.005	0.003
	PC4	0.268	0.355	-0.427	0.963	0.168	0.756	0.449
	PC5	1.011	0.390	0.247	1.776	0.634	2.592	0.010

Factor Loadings

Factor	Indicator	Estimate	SE	Z	p
Factor 1	PC1	0.4157	0.0693	6.000	< .001
Factor 2	PC2	0.4157	0.0693	6.000	< .001
Factor 3	PC3	0.3341	0.0616	5.422	< .001
	PC4	0.0703	0.1042	0.674	0.500
	PC5	0.2629	0.0902	2.913	0.004

Додаток 3 – критерій Вілкоксона

Paired Samples T-Test

			Statistic	p
Q1	Retest1	Wilcoxon W	163 ^a	0.695
Q2	Retest2	Wilcoxon W	130 ^b	0.113
Q3	Retest3	Wilcoxon W	147 ^d	0.077
Q4	Retest4	Wilcoxon W	120 ^e	0.543
Q5	Retest5	Wilcoxon W	143 ^f	0.284
total	retest total	Wilcoxon W	1003 ^g	0.145

Note. $H_a \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

Додаток И – тест Нормального розподілу

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
PC1	0.636	< .001
PC2	0.627	< .001
PC3	0.608	< .001
PC4	0.632	< .001
PC5	0.635	< .001
PCtotal	0.907	< .001
PCL intr	0.943	< .001
PCL avoid	0.887	< .001
PCL em&cog	0.937	< .001
PCL react	0.963	< .001
PCL total	0.958	< .001
ITQ intr	0.911	< .001
ITQ avoid	0.911	< .001
ITQ react	0.960	< .001
ITQCem	0.957	< .001
ITQcnegYa	0.845	< .001
ITQRel	0.918	< .001
IES intr	0.921	< .001
IESavoid	0.906	< .001
IESreact	0.935	< .001
PSS total	0.990	0.113
MOZ1	0.621	< .001
MOZ2	0.631	< .001
MOZ3	0.634	< .001
MOZ4	0.472	< .001
MOZ5	0.586	< .001
MOZ6	0.598	< .001
MOZ7	0.595	< .001
MOZtotal	0.950	< .001

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Додаток I – описові характеристики

Descriptives

	ptsd	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PCtotal
N	ні	215	215	215	215	215	215
	так	18	18	18	18	18	18
Missing	ні	0	0	0	0	0	0
	так	0	0	0	0	0	0
Mean	ні	0.460	0.563	0.619	0.535	0.442	2.62
	так	0.778	0.778	0.889	0.778	0.778	4.00
Median	ні	0	1	1	1	0	3
	так	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	4.50
Standard deviation	ні	0.500	0.497	0.487	0.500	0.498	1.60
	так	0.428	0.428	0.323	0.428	0.428	1.46
Minimum	ні	0	0	0	0	0	0
	так	0	0	0	0	0	0
Maximum	ні	1	1	1	1	1	5
	так	1	1	1	1	1	5

Descriptives

	ptsd	gender	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PCtotal
N	ні	Чоловік	51	51	51	51	51	51
		Жінка	164	164	164	164	164	164
	так	Чоловік	7	7	7	7	7	7

		Жінка	11	11	11	11	11	11
Missing	ні	Чоловік	0	0	0	0	0	0
		Жінка	0	0	0	0	0	0
	так	Чоловік	0	0	0	0	0	0
		Жінка	0	0	0	0	0	0
Mean	ні	Чоловік	0.451	0.451	0.569	0.451	0.451	2.37
		Жінка	0.463	0.598	0.634	0.561	0.439	2.70
	так	Чоловік	0.714	0.857	1.00	0.714	0.857	4.14
		Жінка	0.818	0.727	0.818	0.818	0.727	3.91
Median	ні	Чоловік	0	0	1	0	0	3
		Жінка	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	3.00
	так	Чоловік	1	1	1	1	1	4
		Жінка	1	1	1	1	1	5
Standard deviation	ні	Чоловік	0.503	0.503	0.500	0.503	0.503	1.57
		Жінка	0.500	0.492	0.483	0.498	0.498	1.60
	так	Чоловік	0.488	0.378	0.00	0.488	0.378	0.690
		Жінка	0.405	0.467	0.405	0.405	0.467	1.81
Minimum	ні	Чоловік	0	0	0	0	0	0
		Жінка	0	0	0	0	0	0
	так	Чоловік	0	0	1	0	0	3
		Жінка	0	0	0	0	0	0
Maximum	ні	Чоловік	1	1	1	1	1	5
		Жінка	1	1	1	1	1	5
	так	Чоловік	1	1	1	1	1	5
		Жінка	1	1	1	1	1	5

Клінічна вибірка:

Descriptives

	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PCtotal
N	18	18	18	18	18	18
Missing	0	0	0	0	0	0
Mean	0.778	0.778	0.889	0.778	0.778	4.00
Median	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	4.50
Standard deviation	0.428	0.428	0.323	0.428	0.428	1.46
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	1	1	1	1	1	5

Descriptives

	gender	PC1	PC2	PC3	PC4	PC5	PCtotal
N	Чоловік	7	7	7	7	7	7
	Жінка	11	11	11	11	11	11
Missing	Чоловік	0	0	0	0	0	0
	Жінка	0	0	0	0	0	0
Mean	Чоловік	0.714	0.857	1.00	0.714	0.857	4.14
	Жінка	0.818	0.727	0.818	0.818	0.727	3.91

Median	Чоловік	1	1	1	1	1	4
	Жінка	1	1	1	1	1	5
Standard deviation	Чоловік	0.488	0.378	0.00	0.488	0.378	0.690
	Жінка	0.405	0.467	0.405	0.405	0.467	1.81
Minimum	Чоловік	0	0	1	0	0	3
	Жінка	0	0	0	0	0	0
Maximum	Чоловік	1	1	1	1	1	5
	Жінка	1	1	1	1	1	5

Додаток І

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу

1. Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?

ТАК**НІ**

2. Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?

ТАК**НІ**

3. Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?

ТАК**НІ**

4. Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?

ТАК**НІ**

5. Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?

ТАК**НІ**

6. Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?

ТАК**НІ**

7. Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?

ТАК**НІ**

Додаток Й – PCL-5

ІНСТРУКЦІЯ: Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію. Будь ласка, тримаючи у голові найгіршу стресову, травматичну подію, уважно прочитай проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбувала протягом останнього місяця.

1. Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

3. Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід трапляється знову?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

4. Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало простресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

6. Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

7. Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

8. Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти»),

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

10. Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших людей?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?

Зовсім не турбували **Трохи** **Помірно** **Відчутно** **Дуже**

16. Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?

Зовсім не турбували	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
----------------------------	--------------	----------------	-----------------	-------------

17. Бути «на взводі» або «на сторожі»?

Зовсім не турбували	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
----------------------------	--------------	----------------	-----------------	-------------

18. Відчуття постійної напруги?

Зовсім не турбували	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
----------------------------	--------------	----------------	-----------------	-------------

19. Труднощі із зосередженістю?

Зовсім не турбували	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
----------------------------	--------------	----------------	-----------------	-------------

20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?

Зовсім не турбували	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
----------------------------	--------------	----------------	-----------------	-------------

P7. Впливали на Ваші стосунки чи громадське життя?

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

P8. Впливали на Вашу роботу чи здатність працювати?

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

P9. Впливали на будь-яку іншу частину Вашого життя, таку як виховання дітей, навчання чи інші важливі заняття?

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

б) Наскільки це зазвичай правдиво, по відношенню до Вас?

C1. Коли я засмучений(-на), в мене багато часу йде на те, щоб заспокоїтись.

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

C2. Я відчуваю заціпеніння, чи як наче мене емоційно вимкнули.

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

C3. Я почуваюся невдахою.

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

C4. Я почуваюся жалюгідним(-ою).

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

C5. Я почуваюся відстороненим(-ною) чи відірваним(-ною) від людей.

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

С6. Мені важко залишатися емоційно близьким(-ою) з людьми.

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

С7. В минулому місяці згадані вище проблеми з емоціями, самовідчуттям та стосунками викликали занепокоєність чи тривогу з приводу Ваших стосунків чи громадського життя?

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

С8. В минулому місяці згадані вище проблеми впливали на Вашу роботу чи здатність працювати?

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

С9. В минулому місяці згадані вище проблеми впливали на будь-яку іншу частину Вашого життя, таку як виховання дітей, навчання чи інші важливі заняття?

Ніскільки	Трохи	Помірно	Досить сильно	Надзвичайно сильно
------------------	--------------	----------------	--------------------------	-------------------------------

Додаток Л – Шкала оцінки впливу травматичної події

ІНСТРУКЦІЯ: Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, обравши Ніколи, Рідко, Інколи або Часто. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за **останній тиждень**.

1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

2. Я не міг спокійно спати вночі.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

4. Я відчував постійне роздратування і гнів.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.

Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.			
Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.			
Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.			
Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.			
Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.			
Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
15. Мені було важко заснути.			
Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.			
Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.			
Ніколи	Рідко	Інколи	Часто
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.			
Ніколи	Рідко	Інколи	Часто

19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.

Ніколи **Рідко** **Інколи** **Часто**

Додаток М – Шкала сприйнятого стресу, PSS

ІНСТРУКЦІЯ: Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом останнього місяця. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує **ЯК ЧАСТО** ви відчували або міркували в певний спосіб:

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?

ніколи **майже ніколи** **іноді** **досить часто** **дуже часто**

Додаток Н – U-тест Манна-Уїтні

Results

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
PC1	Mann-Whitney U	1321	0.005
PC2	Mann-Whitney U	1519	0.038
PC3	Mann-Whitney U	1412	0.011
PC4	Mann-Whitney U	1465	0.024
PC5	Mann-Whitney U	1285	0.003
total	Mann-Whitney U	933	< .001

Note. $H_a: \mu_{\text{non-cl}} < \mu_{\text{ptsd}}$

Додаток О – Висновок Комісії з питань етики та академічної доброчесності Київського інституту сучасної психології та психотерапії проекту адаптації опитувальника.



КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ
СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

**Комісія з питань етики та академічної
доброчесності
Київського інституту сучасної психології та
психотерапії**

01133, м. Київ, бульвар Лесі Українки, 34
+38 (044) 585-46-78
e-mail: kispp@kispp.com

Протокол № 04/24 / Registration № 04/24

Дата/Date 14.06.2024

***Адаптація методики Шкала первинної діагностики
посттравматичного стресового розладу (PC-PTSD-5)/ Adaptation of the
technique Scale of primary diagnosis post-traumatic stress disorder(PC-PTSD-
5)***

Шановна п. Наталія!

Комісія з питань етики та академічної доброчесності Київського інституту сучасної психології та психотерапії розглянула поданий Вами проект та дійшла висновку, що він відповідає етичним і правовим вимогам.

Комісія схвалила проект

Комісія зазначає, що відповідальність за дотримання етичних норм та зазначених у проект процедур покладається на відповідального дослідника.

Комісія просить вас інформувати про будь-які серйозні або несподівані події під час дослідження, які, на Вашу думку, загрожують безпеці його учасників, а також про зміни у дизайні, меті, етапах та вибірці дослідження.

Крім того, Комісія припускає, що персональні дані будуть оброблятися відповідно до Закону України про захист персональних даних.

З повагою,

Комісія з питань етики та академічної доброчесності Київського інституту сучасної психології та психотерапії

Голова
Head

Dear Natalia !

Committee on Ethics and Academic Integrity of the Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy reviewed the project you submitted and concluded that it meets ethical and legal requirements.

The committee approved the project

The Committee notes that responsibility for compliance with ethical standards and the procedures specified in the project rests with the responsible researcher.

The Committee requests that you be informed of any serious or unexpected events during the course of the study that, in your opinion, threaten the safety of its participants, and about changes in the design, purpose, phases and sampling of the study.

In addition, the committee assumes that personal data will be processed in accordance with the Law of Ukraine on Personal Data Protection.

Sincerely,

Committee on Ethics and Academic Integrity
of the Kyiv Institute of Modern Psychology and
Psychotherapy

**Борис Херсонський/
Boris Khersonsky**