

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Національно-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: «Розроблення короткої шкали скринінгу ПТСР для дорослих
українців»

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМПс-21

Спеціальності Психологія

Ширяєва Тетяна Михайлівна

Науковий керівник: кандидат психологічних
наук, доцент Нікітчук Уляна Ігорівна

Рецензент :

Допущено до захисту

на засіданні кафедри психології

протокол № ____ від _____ 2023 р.

Зав. кафедри _____

д.психол.н., проф. О. Матласевич

Острог, 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	1
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР ЯК ПРЕДМЕТУ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	9
1.1. Теоретичний аналіз змісту поняття ПТСР у психологічній літературі	9
1.2. Визначення діагностичних критеріїв ПТСР	20
1.3. Процедурні особливості діагностики ПТСР	31
1.4. Шкала Бреслау як засіб психодіагностики ПТСР	38
Висновки до розділу 1.....	45
РОЗДІЛ 2. АПРОБАЦІЯ КОРОТКОЇ СКРИНІНГОВОЇ ШКАЛИ БРЕСЛАУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПТСР У ДОРΟΣЛИХ УКРАЇНЦІВ.....	47
2.1. Підготовка та проведення пілотажного дослідження короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців	47
2.2. Визначення психометричних характеристик короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців	55
2.3. Результати психодіагностичного дослідження ПТСР у дорослих українців із використанням скринінгової шкали Бреслау	59
Висновки до розділу 2.....	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Постановка проблеми. Вчасна та якісна діагностика психологічних проблем, з якими зіштовхується людина протягом життя, є запорукою надання необхідної та ефективної психологічної допомоги. Як відомо, певний психотравмувальний вплив на психіку може мати багато життєвих ситуацій і психологія пропонує варіанти підтримки в таких випадках. Однак є перелік таких ситуацій, які беззаперечно визнають травматичними та переживання яких неодмінно потребує залучення психолога в процесі реабілітації людини після пережитого.

Намагання зрозуміти природу травматичного досвіду та його вплив на подальшу продуктивність особи у площині психології та, зокрема, медицини, є закономірним як для ранньої науки, так і для академічно сформульованої психології з її галузевими напрямками. Дослідження лікарів та психологів ще починаючи з XIX ст. продемонстрували, що високий рівень травматизації пов'язаний із високими показниками фізичних та психічних захворювань [59]. Такі спостереження супроводжувалися розвитком соматичних («серце солдата», синдром Да Коста, снарядний шок, нейроциркуляторна астенія) та психологічних (ностальгія, бойова втома, травматичний невроз) концептуальних моделей. Формальною датою появи клінічного діагнозу ПТСР є 1980 рік, хоча велика кількість досліджень, сфокусованих на симптоматиці ПТСР було проведено задовго до цього року.

Відтак, відповідно до сучасних наукових даних, посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) вважається комплексом психічних розладів, що проявляються у дезадаптивній відстроченій або затяжній реакції на стресові події надзвичайно загрозливого чи катастрофічного характеру. Психогенні чинники, що провокують виникнення ПТСР, як правило, несуть загрозу для життя і вирізняються непередбачуваністю та неконтрольованістю. Загалом вони визначаються як «травматичні події, що значно виходять за рамки звичайного

життєвого досвіду» (природні та техногенні катастрофи, війна, насилля, теракти тощо) [65].

Від часу, коли ПТСР був сформульований як діагноз та розроблені протоколи роботи з цією хворобою до сучасного етапу накопичення інформації про це явище, пройшло понад 50 років. За цей час фахівців в галузі психології та психодіагностики розробили десятки інструментів, які дозволяють оцінити міру вираження симптомів ПТСР у конкретної людини. Водночас різноманіття психодіагностичних тестів та методик не завжди означає їх якість.

Так, деякі методики попри свою популярність, легкість у використанні та поширеність, яку вони здобули серед психологів та психотерапевтів ледве володіють необхідними психометричними показниками, які свідчать про якість цієї методики з точки зору психодіагностики. Одним із прикладів такої невідповідності є використання короткої скринінгової шкали Бреслау для експрес-діагностики ПТСР у дорослих.

В Україні коротка скринінгова шкала Бреслау рекомендована до використання у закладах надання первинної медичної допомоги та внесена в Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги [10]. У методичному посібнику Міністерства оборони України щодо психологічної роботи з військовослужбовцями на етапі відновлення (за 2017 рік) опитувальник Бреслау також є в переліку рекомендованих [8].

Ця шкала використовується в роботі служби психолого-соціальної реабілітації центру ветеранів війни (2020 рік), а також психологами-дослідниками з метою швидкого первинного скринінгу на наявність ознак ПТСР, встановлення наявності супутніх симптомів ПТСР тощо (О. В. Руденко, Л. О. Хараджі) [18].

Дослідники О.А. Блінов, С.Д. Максименко, І.О. Черненко використовують шкалу Бреслау для перевірки конвергентної валідності своєї авторської методики (2019) [2]. Також шкала Бреслау використовується як один із провідних психодіагностичних інструментів у всеукраїнському опитуванні «Твоя

життєстійкість в умовах війни», проведеного Інститутом психології імені Г. С. Костюка (2022 рік) [5]. В програмах навчальних курсів «Медична психологія надзвичайних станів, екстрена та кризова психологія» шкала Бреслау згадується в переліку обов'язкових в процесі комплексного клініко-психопатологічного обстеження при ПТСР [6].

Отже, бачимо, що практика та поширеність використання шкали Бреслау для швидкого скринінгу ПТСР робить її популярним та поширеним психодіагностичним інструментом в українській науковій спільноті. Однак у жодному зі згаданих вище та наявних у відкритому доступі джерел не вказана інформація про процедуру апробації цієї методики та про її психометричні властивості. Щобільше, оригінальна методика авторства Н. Бреслау (N. Breslau) та її колег, опублікована в 1999 році, була розроблена на основі даних детройтського опитування щодо травми (Detroit Area Survey of Trauma), які репрезентативно відображали американське тогочасне суспільство у віці 18-45 років. Оцінка наявності ПТСР здійснювалась на основі діагностичних критеріїв ПТСР Національного інституту психічного здоров'я у версії DSM-IV [19]. Як відомо, з 2013 року з'явилась нова версія DSM-V, котра має дещо інший погляд на діагностику ПТСР та дещо інші діагностичні критерії цієї хвороби.

Процедура адаптації тесту передбачає здійснення заходів, які перевіряють та забезпечують відповідність тесту новим умовам його застосування [3]. Практика адаптації особистісних тестів включає стандартний алгоритм, який складається з чотирьох етапів: перші три етапи є лінгвістичними чи психосемантичними, оскільки включають переклад оригіналу, оцінку перекладу експертами та перевірку відповідності перекладу. Четвертий етап є перевіркою надійності тесту, тобто є перевіркою виявлених нормативних даних (середніх значень і стандартних відхилень) з даними тесту-оригіналу.

Відсутність інформації про адекватну процедуру апробації шкали Бреслау на українському суспільстві робить некоректним використанням цієї методики в українських реаліях, а існування нової наукової інформації, зокрема, нової редакції класифікатора хвороб DSM-V робить використання шкали Бреслау ще й

не актуальним, в порівнянні з новішими психодіагностичними інструментами. В умовах високої суспільної значущості та ціни помилки некоректної діагностики ПТСР в українському суспільстві в умовах війни таке використання шкали Бреслау може мати суттєві та загрозливі наслідки як для конкретної людини, яка переживала травматичну подію, так і для науки в цілому. Саме цим і обумовлюється необхідність проведення поточного дослідження.

Мета дослідження – на основі теоретичного аналізу ПТСР як предмету психодіагностичного дослідження здійснити апробацію короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців.

Об'єктом дослідження є ПТСР як предмет психодіагностичного дослідження.

Предметом дослідження є шкала Бреслау як засіб скринінгу ПТСР для дорослих українців.

Завдання:

1. здійснити теоретичний аналіз поняття та діагностичних критеріїв ПТСР у сучасній психологічній літературі;
2. теоретично розглянути процедурні особливості діагностики ПТСР та шкали Бреслау як одного із засобів такої психодіагностики;
3. провести пілотажне дослідження короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців;
4. визначити психометричні характеристики короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців;
5. проаналізувати результати психологічного дослідження ПТСР у дорослих українців за допомогою апробованої шкали Бреслау.

Для розв'язання поставлених завдань було використано наступні **методи дослідження:**

1. *Теоретичні методи:* аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення психологічної літератури.

2. *Емпіричні методи:* шкала Бреслау (для діагностики ПТСР); Опитувальник Реана (для дослідження мотивації); Опитувальник скринінгу ПТСР О. А. Блінова (для діагностики ПТСР).

3. *Методи математично-статистичної обробки емпіричних даних:* однофакторний дисперсійний аналіз.

Базою емпіричного дослідження став Національний університет «Острозька академія». Вибірка дослідження обсягом 150 осіб була сформована зі студентів та працівників університету, з урахуванням критерію віку та статі ($n_{\text{чол}}=70$; $n_{\text{жін}}=80$; $M_{\text{вік}}=36,8$). Спосіб залучення респондентів у дослідження – на добровільній основі, випадковим методом. Опитування проводилось в онлайн-форматі за допомогою Google Forms протягом вересня-жовтня 2023 року.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що вперше визначено актуальні та достовірні дані про психометричні властивості шкали Бреслау для скринінгу ПТСР для дорослих українців.

Уточнено та доповнено дані про психодіагностичний інструментарій для скринінгу ПТСР для дорослих українців.

Удосконалено: методики психодіагностики ПТСР у дорослих українців.

Подальшого розвитку набули методи та засоби психодіагностики ПТСР у дорослих українців.

Практичне значення роботи. Основні положення та висновки дослідження можуть використовуватися в роботі психологами, реабілітологами, психотерапевтами, лікарями первинної ланки надання медичної допомоги для ефективної та своєчасної психологічної діагностики ПТСР у дорослих українців. Також практична цінність результатів дослідження полягає в апробації короткої скринінгової шкали Бреслау для використання згаданими вище спеціалістами. Окрім цього, результати поточної наукової розвідки можуть бути використані в навчальному курсі «Психодіагностика» тощо.

Апробація:

Основний зміст та результати дослідження відображено у таких одноосібних статтях:

1. Ширяєва Т.М. ПТСР та способи його діагностики (на прикладі короткої скринінгової шкали Бреслау). Всеукраїнська наукова інтернет-конференція «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку». 2023. №92. С. 112-117.

2. Ширяєва Т.М. Апробація короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців. Міжнародна мультидисциплінарна наукова інтернет-конференція «Світ наукових досліджень. Випуск 24». 2023. №24. С. 218-222. <https://www.economy-confer.com.ua/full-article/5046/>

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків. Список використаних джерел містить 101 найменування. Основний зміст дослідження викладений на 70 сторінках. Робота містить 7 таблиць та 6 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПТСР ЯК ПРЕДМЕТУ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Теоретичний аналіз змісту поняття ПТСР у психологічній літературі

Травма може бути наслідком подій, які становлять значну фізичну, емоційну або психологічну загрозу для безпеки людини, її близьких чи друзів та викликає шоківу реакцію. Багато людей є схильними до травматичних подій і можуть відчувати різні посттравматичні психофізіологічні реакції, однак, варто зауважити, що більшість з цих реакцій відновлюються природнім шляхом приблизно в середині першого місяця після травматичної події [90; 91; 95]. Власне, звертаючись до терміну «стрес», важливо нагадати теорію стресу Г.Сельє, відповідно до якої усі біологічні організми мають вроджений механізм підтримки гомеостазу, який може бути порушений сильними зовнішніми чинниками. Захисна та пристосувальна реакція організму до подразника є порушенням рівноваги та є станом стресу і проходить три стадії: 1) реакцію тривоги; 2) стадію резистентності та 3) стадію виснаження. Критичне зменшення адаптаційної енергії, яка генерується через перебудову гомеостатичних механізмів призводить до загибелі організму [91, с. 54]. За деяких обставин мобілізація організму може стати причиною розладу. Повторення та тривалість афективної реакції, викликані життєвими труднощами, можуть спровокувати емоційне збудження, яке активізує вегетативну нервову систему та негативно впливає на діяльність організму загалом.

Спектральна природа стресу пояснює наявність трьох інтенсивних реакцій: «інструментального стресу» (позитивний стрес), який є початком спектру, «біопсихобіхевіорального стресу» (переважно негативний стрес), який є токсичним крайнім проявом стресу і часто відомий як токсичний стрес.

Проміжний рівень має назву «відчутного» або «згубного». Інструментальний стрес сприяє перебігу важливих тілесних процесів, маючи позитивний вплив на індивідуальні показники ефективності, концентрації та продуктивності. Він є когнруентним із особистісним відчуттям власного благополуччя. Негативний або згубний стрес, своєю чергою, дає особі відчуття максимального фізичного та ментального дискомфорту. Власне, саме цей тип стресу Г.Сельє описав у 1930-х, а у 1967 році дослідники Голмз та Рей розробили Шкалу стресу та вперше його виміряли. Вченими було виявлено, ще негативний стрес часто супроводжується відчуттям напруги, м'язової напруженості, нерівномірним серцебиттям та змінами у кров'яному тиску. Іншими зафіксованими реакціями були головні болі, болі у спині, виразки, розвиток негативних звичок, наприклад, куріння, та зловживання наркотиками та алкоголем та загальні погіршення роботи нервової та імунної систем [96]. Третій тип стресової реакції має назву біопсихобіхевіореального стресу (чи біопсихічного стресу) і в літературі найчастіше зустрічається як термін «психологічна травма», «синдром стресової реакції» чи ПТСР [53].

Стрес стає травматичним, коли результатом впливу стресора стає психічне порушення, роль стресора виконує певна травматична подія, а наслідком часто є розвиток тривоги. Згідно визначення Американської психологічної асоціації, тривога – це «інтенсивна емоційна реакція, викликана підсвідомим визнанням того, що пережитий конфлікт проникне у свідомість» [19]. Визначено ряд факторів ризику (зокрема, вік потерпілого, важкість та тривалість події, доступність підтримки), які можуть вплинути на природу реакції на стрес. За умови тривалого досвіду переживання симптомів особою, вони можуть стати критеріями одного або більше посттравматичних діагнозів, таких як гострий стресовий розлад (ГСР) або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). 5-е видання Діагностично-статистичного посібника з психічних розладів, DSM-V (Американська психіатрична асоціація, 2013), визначає ПТСР як розлад, що

складається з чотирьох кластерів симптомів, до яких належать нав'язливі та повторювані спогади про травму, уникнення травми та пов'язаних із нею стимулів, оніміння і/або негативні зміни в настрої чи поведінці, що стосується травми, і зміни реактивності та збудження [19].

У DSM-IV йшлося про три кластери симптомів ПТСР, серед яких уникнення та оніміння, повторне переживання та гіперзбудження [20]. Ступінь інтенсивності проживання симптомів ПТСР може варіюватися від відносно легкого до повністю виснажливого. Вченими було виявлено, що цей розлад сприяє розвитку вразливості до ревіктимізації та ре травматизації особи [55]. Особи із діагностованим чи недіагностованим ПТСР становлять категорію ризику, оскільки переживають розлад із супутніми ускладненнями у вигляді вживання наркотиків і зловживання алкоголю, депресії, тривоги, дисоціації, дисоціативних розладів, розладів особистості, психозу, когнітивних порушень, насильства щодо себе та інших, підвищеного ризику не суїцидального самолікування та самогубства тощо.

Говорячи про клінічний діагноз ПТСР вчені апелюють до 1980 року, хоча значна кількість досліджень, сфокусованих на симптоматиці ПТСР, була проведена задовго до цього. Термін «посттравматичний стресовий розлад» було введено в обіг Американською Психологічною Асоціацією у 1980 році, коли він з'явився на сторінках Діагностичного та статистичного керівництва психічних розладів DSM-III [56]. Цей факт спонукав до розвитку великої кількості теоретичних узагальнень та практичних досліджень та дав клінічним психологам розуміння етіологічної важливості травматичного досвіду у погіршенні провокованих стресом змін у когніції, емоціях, поведінці та загальних принципах роботи мозку.

Окрім того, фундаментальні дослідження, в яких вдалося дослідити вплив екстремального стресу на молекулярну, гормональну, поведінкову та соціальну природу людини дали можливість розробити декілька моделей ПТСР [49]. Ранні

моделі ПТСР розвинулися з концептуалізації фобічної поведінки, яка була попередником того, що сучасні клініцисти розуміють під посттравматичним стресом. Фобії пояснювалися тим, що нейтральні стимули починали асоціюватися із жахливим досвідом, а відтак нейтральні стимули набували якості передвісників загрози і стали умовним стимулом. Ця модель пояснювала розвиток тривожності, але не пояснювала формування уникаючої поведінки, через що була критикована вченими, які намагалися зрозуміти природу зв'язку між страхом та уникаючою поведінкою. Головним чином, ця модель намагалася знайти рішення, як зменшити симптоми ПТСР, впливаючи на уникаючу поведінку, умовою чого було зменшення дистанції із стимулом, який лякає. Це мало б призводити до зменшення рівня страху. Власне саме ця модель проходила апробацію на ветеранах В'єтнамської війни, які мали систематично фокусуватися на травматичних спогадах, зважаючи на гіпотезу, що травматичні спогади є головним тригером страху і що максимальне перепроживання цих спогадів зменшить рівень асоційованого із ними дистресу [70, с. 65].

Після появи діагнозу ПТСР у DSM-III почали розвиватися моделі ПТСР, в основі яких лежало розуміння біологічних аспектів діагнозу. Згідно цієї моделі, особа, яка пережила травматичну подію (безумовний стимул), має високий показник страху (безумовна реакція), а подальші нагадування про травму (умовні стимули) викликатимуть реакцію страху через перепроживання симптомів та дистрес (умовна реакція). Згідно цієї моделі, активація гормону стресу впливає на формування травматичних спогадів. Дослідження підтверджували цю гіпотезу, оскільки у результаті виникнення травматичних спогадів у людей із хронічним ПТСР спостерігалася інтенсифікація психофізіологічних реакцій, таких як серцебиття, змінювалося забарвлення шкіри та електоміограма обличчя у порівнянні з контрольною групою людей без симптоматики ПТСР [53, с.14]. Прихильники такого розуміння розвитку симптомів ПТСР зосереджували увагу на можливостях спогадів змінюватися з часом і були переконані, що активуючи

попередні спогади шляхом пригадування їх, пам'ять тимчасово дестабілізується через синаптичну пластичність і саме в цей час вона може піддаватися модифікаціям [49].

Дисоціативна модель розглядає дисоціацію у якості головного механізму травматичного стресу. Травмовані люди можуть впливати на рівень власного дистресу, дисоціюючись від власного досвіду. Така ідея була підтримана вченими, які розглядали дисоціативну реакцію особи після травми (переживання дисоціативної амнезії, емоційного оніміння, деперсоналізації) як спосіб зменшити усвідомлення проживання негативних емоцій. У DSM-IV цей критерій ліг в основу формулювання нового діагнозу ГСР, ведучим механізмом якого є дисоціація [52, с. 47].

Когнітивні моделі наголошують на визначальній ролі 1) неправильної оцінки травми та її наслідків та 2) порушень автобіографічної пам'яті. Негативна оцінка травматичних подій, згідно цієї моделі, виявляється у відношенні особи до самої події та сприйняття людиною власного майбутнього. Згідно цієї гіпотези негативна оцінка призводить до сприйняття загрози перебільшеною, а власної здатності з нею впоратися – применшеною. Одна з когнітивних моделей пояснює формування спогадів емоційно забарвлених подій через формування вербально доступної системи пам'яті (VAM), -- спогадів, що обробляються вербально, та ситуативно доступної системи пам'яті (SAM) як спогадів, які обробляються перцептивно. На відміну від вербально доступної системи, яка здійснює усвідомлену обробку контексту інформації та стосується травматичної події, ситуативно доступна система складається із фрагментованої, дуже деталізованої фізіологічної інформації, яка активується при ПТСР і проявляється через виникнення флешбеків [95].

Соціальні моделі травматичного стресу розглядають інших людей у якості фактору, що впливає на адаптаційну здатність особи. Згідно теорії привязаності особи інтерналізують ментальні образи фігур, з якими у них сформувалася

прив'язаність, а нестійка привязаність робить людей менш здатними справлятися зі стресорами, що підтверджено клінічними дослідженнями [42, с. 461].

Модель емоційної регуляції є складною конструкцією, яка включає в себе здатність людини контролювати, оцінювати і модулювати емоційні стани. Важливим елементом цієї моделі є те, що префронтальна кора, яка активно залучена у формуванні знань, занадто активується при ПТСР. Свідченням на підтримку такої моделі є розвиток ПТСР у дітей, чиї когнітивні навички є обмеженими в силу їх вікових особливостей. Це обмеження однак впливає на емоційну регуляцію, яка, своєю чергою, може бути фактором впливаючим на дитячу схильність до розвитку симптомів ПТСР [79].

Сучасні дослідники розглядають взаємовплив генетичної інформації та оточення та епігенетичні прояви ПТСР. Окрім того, розробка моделі травматичного стресу дала можливість розробити терапевтичні стратегії, які успішно впливають на зменшення симптомів ПТСР. Зрештою, клінічний діагноз ПТСР об'єднав у собі симптоми, які були специфічними для різних травматичних подій, таких як дитяче насильство, міжособистісна наруга, зґвалтування, Голокост та В'єтнамський синдром [52]. Важливим досягненням діагностичної уніфікації ПТСР у DSM-III було визнання, що реакції на ці різні типи подій мали більше спільних рис, ніж відмінностей. Подальші дослідження показали, що ті ж методи лікування можуть бути успішно використані для роботи із різними видами травм [13]. Всі ці надзвичайні досягнення не були можливими до моменту концептуалізації ПТСР із посттравматичним дистресом та дисфункцією.

На відміну від депресії, шизофренії та інших тривожних розладів, ПТСР виник як симптом, помічений та досліджений на вимогу самих представників соціуму, а не як результат академічних, клінічних або наукових ініціатив. Як наслідок, ПТСР був сприйнятий доволі амбівалентно видатними психіатрами, коли він був вперше введений в обіг у 1980 році. Професійною відповіддю на

таке неприйняття були дослідження, спрямовані на перевірку легітимності постановки діагнозу посттравматичний стресовий розлад. Люди, які переживали симптоматику, що відповідала діагностичним критеріям ПТСР, демонстрували значні відмінності від тих осіб, що не мали подібного травматичного досвіду, а також від осіб з депресією, тривожними розладами або іншими психічними розладами [19]. Такі дослідження охоплюють аспекти від генетики до візуалізації мозку, від когнітивної обробки до клінічної феноменології та міжособистісної взаємодії. Аналіз кластерів симптомів ПТСР підтверджено у DSM-III і пізніше у DSM-V.

Протягом 1970-х років кілька громадських рухів у США і у світі намагалися привернути увагу до реакцій на міжособистісне насильство та бойову жорстокість. Жіночий рух зосередив увагу на сексуальному і фізичному насиллі над жінками, про що йшлося у виступах та на групах формування громадської свідомості, що були організовані Національною організацією за права жінок [20]. Закони були змінені, щоб відобразити розуміння того, що випадки насильства в сім'ї були злочинами і викликали соціальне занепокоєння і перестали бути виключно приватними сімейними справами. Ці аспекти досліджувалися рядом вчених [40; 48; 55; 90], в результаті чого синдром дитячого насилля, синдром травми згвалтування, синдром наруги над жінками було детально описано та це стало початком досліджень у цій сфері [71]. Опис реакції на ці форми міжособистісної травматизації дуже нагадував симптоматику, що пригадувалася ветеранами в'єтнамської війни після їх повернення додому [46; 51].

У 1980 році у DSM-III вперше було включено ПТСР у якості офіційного клінічного діагнозу. ПТСР було класифіковано як тривожний розлад, який мав чотири критерії: (1) наявність очевидного стресора, який потенційно викликав би стрес у будь-кого; (2) принаймні один з трьох симптомів, що повторювалися; (3) принаймні один показник у зміні реакції на світ та активної участі у житті; і (4) принаймні два з-поміж усіх симптомів, в тому числі гіперзбудження або

знервованість, безсоння, провина того, хто вижив і когнітивні ускладнення [19]. DSM-III також містив інформацію про різницю між гострою та відтермінованою у часі симптоматикою, залежно від того, чи виникли симптоми протягом або після перших 6 місяців після проживання особою травматичної події [11]. Формулювання діагнозу в DSM-III стимулювало ряд досліджень, спрямованих на виявлення поширеності діагнозу, з метою визначити, у кого розвивається розлад і в яких умовах. Водночас важливими досягненнями були розробка валідних і надійних інструментів оцінки за цими критеріями. Публікації про результати проведених досліджень почали з'являтися у середині-кінці 1980-х років [10].

З одного боку, клініцисти зайнялися пошуками відповідної нозологічної категорії для опису недієздатних осіб у контексті наявності у них психічних особливостей, а тому особи, які пережили та вижили Голокост, зґвалтування, ветерани війн та інші травмовані особи, раділи тому, що нарешті у DSM-III з'явився діагноз, який підтвердив їх унікальну клінічну феноменологію [9]. Визнання шкідливого впливу травматичних подій надало концептуальний інструмент, який дозволив трансформувати практику психічного здоров'я і запустив епоху клінічних досліджень. Вперше, інтерес до наслідків травми не зник із закінченням війни.

З іншого боку, новий діагноз також викликав критику, яка у певних проявах продовжується і тепер. Наступна редакція, DSM-III, містила критерії, які майже в тому ж вигляді існують і сьогодні. Було виділено шість критеріїв, які позначено А-Е: (А) стресор; (В) повторне проживання симптомів; (С) симптоми уникнення/оніміння; (D) симптоми збудження; (Е) критерій тривалості протягом 1 місяця; і (F) значний стрес або функціональне порушення [12]. Згідно з критеріями стресуючого фактору сюди належали відповідні стресори, які визначалися як події "за межами діапазону звичайного людського досвіду (тобто поза діапазоном таких спільних переживань, як проста втрата, хронічна хвороба,

втрати бізнесу та подружній конфлікт) і зазвичай супроводжувалися виникненням сильного страху, жаху і безпорадності.

DSM-IV було опубліковано APA в 1994 році і він був переглянутий та покращений у 2000 році. Було внесено кілька змін у діагностику ПТСР. Також було введено новий розлад, який отримав назву «гострого стресового розладу» (ГСР) [14]. Незважаючи на сильну зацікавленість комітету із розгляду симптоматики ПТСР у переміщенні розладу з групи тривожних розладів, діагноз залишився у тій самій категорії, де і був до цього. Критерій А тепер мав дві частини: (1) об'єктивну (наприклад, вплив події або подій, які пов'язані з реальною загрозою смерті або серйозної травми або загрозою для фізичної цілісності себе або інших) і (2) суб'єктивну (наприклад, відчуття сильного страху, безпорадності, або жаху під час події).

Важливим для DSM-IV стало використання поняття «гострого стресового розладу», яке з'явилося за рекомендацією підкомітету DSM-IV у роботі із дисоціативними розладами, за спостереженнями якого люди, які мали дисоціативні симптоми під час або відразу після травматичної події, найімовірніше, були схильними до розвитку ПТСР. ГСР також було введено з метою подолати діагностичний розрив між виникненням травматичної події та 1 місяцем потому, коли ПТСР вперше можна було діагностувати клінічно. Критерії ГСР включають той самий критерій стресуючого фактору, що і ПТСР, а також повторне переживання, уникнення та збудження як симптоми [17].

У DSM-IV ГСР значно відрізнявся від ПТСР акцентом на дисоціативній симптоматиці. Згідно DSM-IV, особи із ГСР мають переживати бодай три типи дисоціативної реакції (амнезія, деперсоналізація, дереалізація тощо) [21].

У DSM-V діагностичні критерії ПТСР переглянуті і змінені [19]:

1) ПТСР більше не класифікується як «тривожний розлад», але є в новій категорії «розладів, що викликані травмою та пов'язані зі стресором», поряд з

гострим стресовим розладом, розладом адаптації та іншими пов'язаними з ними діагнозами.

2) Конструкт ПТСР було розширено за рахунок включення інших клінічних фенотипів; на додаток до тривожного розладу на основі страху DSM-III/IV, ПТСР тепер включає в себе ангедонічні/дисфорні, дисоціативні та екстерналізуючі фенотипи.

3) Латентна структура ПТСР зараз складається з чотирьох (а не трьох як у DSM-IV) кластерів симптомів (інтрузії, уникнення, негативний настрій і збудження та реактивність).

4) Критерій A2 у DSM-IV (відповідь на травматичну подію "страхом, жахом та безпорадністю") усунуто, враховуючи, що багато інших не менш важливих емоцій, таких як сором і лють, також можуть сприяти розвитку ПТСР.

5) 17 симптомів DSM-IV було збережено (деякі переглянуті або уточнені) і додано три нові симптоми.

6) Додано два нових підтипи: дисоціативний підтип для людей з дереалізацією або деперсоналізацією та повним синдромом ПТСР і підтип дошкільного віку дітей (6 років і молодші) [23].

Коли ПТСР був вперше введений у DSM-III, травматична подія, яка його викликає була визначена як «катастрофічна подія, що виходить за рамки нормального людського досвіду». Епідеміологічні дослідження, проведені з 1980 року, продемонстрували інше: більш ніж половини (68,7%) всіх дорослих американців піддаються травматичному стресу протягом свого життя [81]. У країнах, що перебувають у стані війни або переживають внутрішній конфлікт, травматичного впливу на багато більше [21; 37; 58; 93]. Опитування військових ветеранів США показали, як і слід було очікувати, високий рівень впливу стресу в зоні бойових дій, хоча оцінки варіюються за величиною в залежності від характеру кожної конкретної війни і специфічної для війни тактики ведення дій [50; 73; 83].

Одним з найбільш надійних результатів епідеміологічних досліджень ПТСР є відношення між тяжкістю або ступенем впливу травми і розвитком ПТСР [38]. Ця взаємодія підтверджувала, чи був травматичний досвід сексуальним насиллям, результатом військових дій, стихійним лихом або терактом. У Сполучених Штатах жорстокість у взаємостосунках як при зґвалтуванні, наприклад, має вищий показник стресової реакції, ніж при інших видах травматичних подій [25-27; 82]. Однак у країнах, що розвиваються, висока ймовірність спровокувати ПТСР є у стихійних лих через величину втрат ресурсів [23].

За даними Комітету соціальної політики, станом 01 січня 2022 року в Україні налічувалося близько 500 тисяч учасників бойових дій, які брали участь в АТО і передували безпосередньо в зоні бойових дій (кількість нині є очевидно вищою). Кількість зареєстрованих вимушених внутрішньо переміщених осіб на 01 січня 2023 року сягала 4.9 млн. осіб та 4 млн. осіб, що тимчасово проживають на територіях інших країн світу [5]. Відтак, можна припустити, що ризик розвитку ПТСР у цієї категорії осіб буде суттєвим, що робить предмет цього дослідження ще більш нагальним та важливим для вивчення.

Отже, підсумовуючи, зазначимо, що хоча клінічний діагноз ПТСР з'явився лише в 1980 році і має не таку тривалу історію дослідження порівняно з іншими психічними розладами, початково він виник радше як практична проблема, що потребувала клінічних та наукових дослідницьких ініціатив. Пройшовши тривалі дослідження від визначення поняття до формування критеріїв діагностики, ПТСР став офіційним діагнозом, який входить до класифікатора хвороб DSM-V. Зараз ПТСР визначається як розлад, що складається з чотирьох кластерів симптомів, до яких належать: нав'язливі та повторювані спогади про травму; уникнення травми та пов'язаних із нею стимулів; оніміння і/або негативні зміни в настрої чи поведінці, що стосується травми; зміни реактивності та збудження.

1.2. Визначення діагностичних критеріїв ПТСР

Пост-травматичний стресовий розлад (ПТСР) – непсихотична відстрочена у часі реакція на травматичний стрес (наприклад, природні та техногенні катастрофи, бойові дії, зґвалтування, катування тощо), які можуть викликати порушення практично у кожної людини. Діагноз ПТСР, як зазначається у DSM-V (2013), передбачає повне виконання групи критеріїв (А—Н) — наявність факту психотравми (критерій А), одночасну наявність симптомів із всіх чотирьох кластерів (В—Е), тривалість понад 1 місяць (критерій F), значне страждання людини або порушення її діяльності (критерій G), відсутність іншої причини розладу (критерій Н) [10].

Розглянемо по чергово особливості цих діагностичних критеріїв та ймовірні проблеми, які поставали перед дослідниками в процесі їх формулювання. Часто найбільш наочно це можна зробити шляхом порівняння критеріїв DSM-IV та DSM-V.

Так, головною проблемою для ПТСР завжди було знайти влучне пояснення відмінності між «травматичною» та «нетравматичною» подіями [12]. В останні роки цей виклик ускладнився ще й тим, що було клінічно визнано наявність індивідуальних відмінностей у ступені вразливості та стійкості особи: те, що одна людина може сприймати як небезпечну для життя подію може бути важким, але не небезпечним для подальшої життєдіяльності [16].

Обидва типи травматичних ситуацій є достатніми для провокування в індивіда сильної стресової реакції та часто достатніми для постановки діагнозу ПТСР за критерієм А.

Виділяють декілька типів травматичних ситуацій (табл. 1.1.) [17].

Таблиця 1.1

Типи травматичних ситуацій

Тип	Прояви та ознаки	Приклад ситуації
<p>Тип 1. Короткострокова, несподівана травматична подія.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Одиничний загрозливий вплив. 2. Ізольоване, досить рідкісне травматичне переживання. 3. Несподівана, раптова подія. 4. Подія залишає слід в психіці індивіда 5. Подія з високим ступенем ймовірності призводить до виникнення типових симптомів ПТСР: до нав'язливої розумової діяльності, пов'язаної з подією, до симптомів уникнення і високої фізіологічної реактивності. 6. Проявляється повторне переживання травматичного досвіду. 7. Швидке відновлення нормального функціонування відбувається рідко і є малоймовірним. 	<p>сексуальне насильство, природні катастрофи, ДТП, снайперська стрілянина.</p>
<p>Тип 2. Серійна травматизація або пролонгована травматична подія.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Варіативність, множинність, пролонгованість, повторюваність травматичної події або ситуації, передбачуваність. 2. Більш ймовірно, що ситуація має умисний характер. 3. Відчуття безпорадності в запобіганні травми. 4. Для спогадів характерна неясність і неоднорідність в силу дисоціативного процесу. 5. Результатом впливу травми може стати зміна Я-концепції, що може супроводжуватися почуттями провини, сорому і зниженням самооцінки. 6. Висока ймовірність виникнення довгострокових проблем особистісного та інтерперсонального характеру, що проявляється у відстороненості від інших, у звуженні і порушенні лабільності і модуляції афекту. 7. Дисоціація, заперечення, «оніміння», відстороненість, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами як спроба захиститися від нестерпних переживань. 8. Призводить до комплексного ПТСР, або розладу, зумовленого впливом екстремального стресора. 	<p>повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії.</p>

Водночас серед дослідників велись дискусії щодо необхідності критерію А та проблеми оцінки міри травматичності ситуації. Одним із варіантів розв'язання цієї проблеми могло б стати повне усунення критерію А і розгляд всіх, хто відповідає усім іншим діагностичним критеріям, як категорію, чий показники реакції сягають порогу для встановлення діагнозу ПТСР.

Однак врешті-решт було прийнято рішення про необхідність збереження критерію А1 як невіддільної ознаки діагнозу ПТСР, зважаючи на те, що ПТСР не розвивається, якщо людина не піддається впливу події або кількох стресових подій. Мак Наллі стверджував, що пам'ять про травму є «серцем діагнозу» і організаційним ядром, навколо якого симптоми В-Е можна інтерпретувати як когерентні. Вчений зазначив, що «не можна мати нав'язливі спогади в абстрактному вигляді. Нав'язлива пам'ять повинна бути пам'яттю про щось, а це щось є «травматичною подією» [94, с. 599]. Інтрузії та уникнення є незрозумілими без попереднього впливу травматичної події.

Щодо не особистого переживання травматичної події, у DSM-V цю категорію осіб обмежили близькими друзями чи коханими людьми, а також малося на увазі ситуації дізнання про неприємні деталі неприродної (жорстокої чи внаслідок нещасного випадку) смерті, серйозного поранення та шкоди іншим особам [35]. Це включає в себе інформацію про вбивство члена сім'ї і жахливу смерть або неприродні деталі згвалтування, геноциду або іншого жорстокого насильства над іншими, хто входить до категорії близьких людей. Інформація про травматичний досвід іншої людини також стосується робочої ситуації, наприклад, стати свідком жахливих травматичних подій, як у випадку із співробітниками поліції, пожежниками, працівниками кладовищ, працівниками екстреної медичної допомоги. Зрештою, переглянутий критерій А виключає (1) інформацію про будь-яку «раптову смерть» (наприклад, спричинену природним лихом) близької людини, про що згадувалося в DSM-IV і (2) бути свідком травматичних подій через електронні засоби масової інформації, телебачення, відеоігри, фільми або фотографії, якщо це не є частиною професійної діяльності людини [100].

Доцільність критерію А2 була поставлена під сумнів майже з початку його введення в DSM-IV. Бревін, Ендрюс і Роуз (2000) виявили, що інтенсивні переживання страху, безпорадність та жаху відразу після події є слабким свідченням виникнення ПТСР через 6 місяців [36]. Вчені також знайшли докази того, що інші посттравматичні емоційні реакції (наприклад, гнів або сором)

також впливають на виникнення ПТСР. Крім того, деякі люди (часто це військовослужбовці), хто заперечував переживання страху, жаху та безпорадності відразу після події, через 6 місяців відповідали всім іншим критеріям ПТСР [35]. Кілька досліджень показали, що значна меншість (19-24%) тих, хто підпадає під критерій А1 та має інші (В-Е) симптоми ПТСР, не отримали діагнозу ПТСР через відсутність критерію А2 [43; 60; 65].

Стало очевидним, що «поза діапазоном нормального досвіду» було неточним формулюванням критерію. Насправді більшість людей переживають принаймні одну травматичну подію в їхньому житті, яка підпадає під цей опис, як і ті деякі події, які нечасто трапляються в житті конкретної людини, однак є дуже поширеними серед населення загалом. Дослідників цікавило, чи люди, які пережили інші стресові події, такі як розлучення, втрату роботи або природну смерть близької людини, також розвиватимуть ПТСР. Вони виявили, що не зважаючи на те, чи було визначення причин ПТСР обмеженим, мало хто розвивав симптоми ПТСР, якщо вони не переживали надзвичайного стресу, що супроводжував подію, яка була небезпечною для їхнього життя [47]. Таким чином, дослідники включили суб'єктивний дистрес-компонент у критерій А (як критерій А2) через висновки, що рівні паніки, фізіологічного збудження і дисоціації, присутні на момент виникнення події, були передвісниками розвитку ПТСР у подальшому [61].

Провівши дослідження близько 103 тис. респондентів, ВООЗ довела, що наявність або відсутність страху, жаху чи безпорадності не мали ніякого впливу на поширеність ПТСР [27; 34; 51; 93]. Багато людей, особливо професійні військові та інші фахівці, можуть розвивати В-Е симптоми ПТСР, не маючи емоційної реакції на подію під час того, як вона відбувалася. На основі цього дослідження, критерій А2 не був включений в DSM-V [19].

П'ять симптомів DSM-IV були збережені значною мірою без змін в DSM-V, з деякими роз'ясненнями В1 і В3. Більш уточнень стосувалося критерію В – «нав'язливі спогади». У DSM-V чітко розмежовується досвід та румінації, які спостерігаються при депресії та інших психічних розладах [35; 51; 55; 62].

Нав'язливі образи в ПТСР є короткими сенсорними спогадами, сприймаються як тут-і-зараз, і в них відсутній контекст, тоді як румінації включають оцінку і тривають довше. Тому В1 в DSM-V описує мимовільні і нав'язливі неприємні спогади про події, які зазвичай включають емоційні, фізіологічні або поведінкові компоненти. Оскільки «повторні проживання» обмежується флешбеками, тоді як всі симптоми критерію В є інтрузивними, цей кластер був перейменований у «інтрузивні симптоми» в DSM-V [19]. Критерій В2 (травматичні кошмари) незмінений, але він був послаблений, щоб включити матеріал, пов'язаний з травмою, а не сон, в якому відтворюється травматична подія [12]. Критерій В3 уточнює, що флешбек при ПТСР є дисоціативною реакцією, при якій людина відчуває, що переживає досвід з сенсорними, емоційними, фізіологічними або поведінковими реакціями і відчуває або діє, як ніби травматична подія повторилася у моменті теперішнього [76].

У DSM-V обидва В4 і В5 зберігаються і визначаються як такі, що викликають нав'язливі емоційні (В4) та фізіологічні (В5) переживання. В4 є інтенсивним емоційним стресом, який може бути єдиним можливим видом спогадів у людей, які отримали черепно-мозкову травму і не мають свідомих спогадів про травматичну подію [78]. Є докази того, що ті, хто вижив після травми з тяжкими контузіями і без найменших спогадів про подію, все ще можуть відповідати критеріям ПТСР, оскільки вони задовольняють критерії В4 або В5 як реакцію на травматичні нагадування [79; 89]. Іншими словами, ці симптоми є прикладом обумовлених реакцій на страх.

Відповідно до знахідок факторного аналізу, було запропоновано чотири факторну модель [87]. Критерій С у DSM-IV тепер поділяється на критерії С та D у DSM-5. У літературі, критерій С є кластером уникнення і складається лише з двох поведінкових симптомів уникнення, які не змінюються у порівнянні з С1 та С2, що описані у DSM-IV.

Критерій D у DSM-V включає кілька негативних оцінок і станів настрою, пов'язаних з ПТСР. У DSM-IV збереглися симптоми оніміння (С3-С7) дещо

уточнені та переформульовані. Крім того, до цього кластеру було додано два нових симптоми.

Люди з ПТСР часто мають помилкові уявлення про причини або наслідки травматичної події, внаслідок чого вони звинувачують себе або інших. Крім негативних оцінок минулого, сьогодення та майбутнього, люди з ПТСР мають широкий спектр негативних емоційних станів (почуття страху, безпорадності і жаху, а також гнів, провина та сором) [85]. Переконливість такої клінічної знахідки призвела до включення перверсивного негативного емоційного стану як нового симптому ПТСР (критерій D4 у DSM-V).

Є докази того, що інші симптоми, які включені в кластер оніміння у DSM-IV (C3-C7), слід зберігати в діагностичних критеріях DSM-V для ПТСР. До них відноситься дисоціативна амнезія, неможливість запам'ятати хоча б один важливий аспект травматичної події (критерій D1) [93]. Три інших симптоми DSM-IV, які були збережені, -- це зменшений інтерес до важливих раніше видів діяльності (критерій D5), відчуття відчуженості або відстороненості від інших (критерій D6), і «психічне оніміння» у вигляді нездатності відчувати позитивні емоції (критерій D7) [94]. Слід зазначити, що у DSM-V дефініція поняття «психічне оніміння» є дещо видозмінена, щоб відобразити труднощі в переживанні позитивних (не негативних) емоцій, тому що пацієнти з ПТСР можуть однозначно відчувати негативні емоційні стани, але, на жаль, не можуть реагувати на подразники або ситуації, які б зазвичай викликали позитивну відповідь [69].

Огляд літератури показує, що кластер критерію E охоплює більше, ніж гіперзбудження і його доцільніше характеризувати як зміни у збудженні і реактивності, які пов'язані з травматичною подією. Така зміна формулювання симптомів включає поведінкові фактори, а не емоційні показники, включені до критерію D. Чотири з п'яти симптомів збудження, згаданих у DSM-IV - безсоння, проблеми з концентрацією, надмірна пильність і зачарованість - були збережені без змін у DSM-V. Крім того, DSM-V включає в себе уточнення критерію D2

(наприклад, дратівливість) з DSM-IV і має один новий симптом (безрозсудна і саморуйнівна поведінка) [76].

У DSM-V збереглася 1-місячна тривалість симптомів (критерій F) для обліку норми відновлення, що допомагає уникнути патологізації нормального гострого посттравматичного дистресу. В DSM-IV, розмежовуються поняття «гострий» та «хронічний» ПТСР, де часова різниця виникнення симптоматики обраховувалася терміном у 3 місяці, виходячи з кількох лонгітюдних досліджень людей, що пережили сексуальне та інший тип насилля, зокрема, автомобільну аварію, в яких спочатку простежувалися високі показники ПТСР, які сильно знижувалися з часом і наближалися до повної відсутності симптому у період 3 місяців після пережитої події [45]. Зважаючи на відсутність великої кількості досліджень, які підтверджують відмінність між гострим і хронічним ПТСР, його усунули в DSM-V.

У DSM-IV було додано критерій «значний дистрес або функціональне порушення» для ПТСР і кількох інших розладів. Це означає, що людина, яка має симптоматику, що відповідає іншим критеріям, не отримає діагноз ПТСР, якщо він або вона також не мають клінічно виражених дистресу чи функціональних порушень [97]. Цей критерій був збережений в DSM-V (критерій G). Критерій H також зберігався в DSM-V; він говорить про те, що симптоми ПТСР повинні бути обумовлені подією, яка відповідає критерію A, а не вживанням речовин (наприклад, алкоголь, ліки), медичним захворюванням або неврологічним станом [100].

У таблиці 1.2. наведено підсумок проведеного огляду діагностичних критеріїв ПТСР з точки зору їх порівняння у різних версіях класифікатора хвороб DSM.

Таблиця 1.2

Порівняння діагностичних критеріїв за DSM-IV та DSM-V

Критерій	За DSM-IV	За DSM-V
критерій А	<p>Індивід перебував під впливом травмуючої події, причому повинні виконуватися обидва наведених нижче пункту:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Індивід був учасником, свідком або зіткнувся з подією (подіями), які включають смерть, або погрозу смерті, або загрозу серйозних ушкоджень, або загрозу фізичної цілісності інших людей (або власної). 2. Реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність або жах 	<p>Експозиція до загрози життю, тяжкої травми або сексуального насилля в один (або більше) із перелічених способів:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пряме переживання травматичної події (подій). 2. Свідок такої події (подій), що трапилась з іншими. 3. Знання того, що травматична подія (події) трапились з близьким членом сім'ї або близьким другом. У випадку загрози життю члену сім'ї або другу подія (події) має бути жорстокою або випадковою. 4. Переживання повторної або екстремальної експозиції до аверсивних (неприємних) деталей травматичної події (подій). Критерій А4 не відноситься до експозиції через електронні медіа, телебачення, кіно або фотографії, хіба що ця експозиція є частиною роботи.
критерій В	<p>Травматична подія наполегливо повторюється в переживанні одним (або більше) з наступних способів.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Періодичну і нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприймань, викликає тяжкі емоційні переживання. 2. Повторювані важкі сни про подію. 3. Такі дії або відчуття, як якби травматична подія відбувалася знову. 4. Інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або що символізує їх. 5. Фізіологічна реактивність в ситуаціях, які зовні або внутрішньо символізують аспекти травматичної події. 	<p>Наявність одного (або більше) з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних з травмуючою подією (подіями), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) некеровані, дистресорні спогади про травматичну подію, 2) дистресорні рекурентні сновидіння, що пов'язані із травматичною подією, 3) дисоціативні реакції, до яких належать флешбеки, 4) пролонгована дистресорна реакція після експозиції до зовнішніх та внутрішніх образів та стимулів, які нагадують про травматичну подію

критерій С	<p>Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, і «заціпеніння» (numbing) - блокування емоційних реакцій, (не спостерігалось до травми). Визначається по наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче особливостей:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою. 2. Зусилля з уникнення дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму. 3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія). 4. Помітно знижений інтерес або участь у раніше значимих видах діяльності. 5. Почуття відстороненості від інших людей. 6. Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові). 7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, народження дітей, життя на довгі роки). 	<p>Стійкі уникнення стимулів, пов'язаних з травмою (травмами), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступних симптомів:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. постійне намагання уникнути дистресорних спогадів, думок або почуттів, які нагадують про подію. 2. Уникнення зовнішніх стимулів, наприклад, місць, людей, об'єктів, які пробуджують спогади про подію
критерій D	<p>Постійні симптоми зростаючого збудження (що не спостерігались до травми). Визначаються по наявності принаймні двох з нижчеперелічених симптомів.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження). 2. Дратівливість або спалахи гніву. 3. Труднощі із зосередженням уваги. 4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного очікування загрози. 5. Гіпертрофована реакція переляку. 	<p>Негативні зміни в пізнавальних процесах і настрої, пов'язані з травмуючою подією (подіями), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступних симптомів:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. негативні зміни у та настрої, асоційовані з травматичною подією, 2. негативні очікування та думки пов'язані із собою та іншими чи світом, 3. постійні, спотворені когніції про причини або наслідки травматичної події (подій), що змушують індивіда звинувачувати себе чи інших осіб. 4. постійні негативні емоційні стани; 5. зменшення зацікавленості діяльностями, які раніше приносили задоволення; 6. почуття відстороненості від інших; 7. постійна нездатність відчувати позитивні емоції.

критерій E	Тривалість протікання розладу (симптоми в критеріях B, C і D) більш ніж 1 місяць.	Зазначені зміни в збудженні та реактивності, пов'язані з травмуючою подією (подіями), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступних симптомів: 1. дратівливість і спалахи гніву (з невеликою або без провокації), які зазвичай виражаються у вербальній або фізичній агресії 2. самодеструктивна поведінка, 3. надпильність, 4. гіпертрофована реакція переляку 5. проблеми з концентрацією 6. порушення сну
критерій F	Розлад викликає клінічно значимий важкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.	Тривалість порушення (критерії B, C, D та E) більше ніж 1 місяць.
критерій G		симптоми призводять до помітного порушення соціального та фізичного функціонування та участі в важливих видах діяльності
критерій H		відсутність іншої причини розладу

Критерії, що перераховані у DSM-V зараз добре зарекомендували себе і служать основою для нової хвилі емпіричних досліджень феноменології, етіології та лікування ПТСР [99].

За дослідженнями ПТСР у DSM-V було виявлено, що ПТСР є серед найбільш частих діагнозів, що за показниками перевищує депресію, генералізований тривожний розлад та розлад вживання наркотичних речовин [84]. Крім того, DSM-V версії провідних оціночних шкал ПТСР продемонстрували, що вони мають такі ж хороші психометричні характеристики як і їх аналоги у DSM-IV. Наприклад, Шкала ПТСР - інтерв'ю (PSSI-5) [88] та Клінічна Шкала ПТСР (CAPS-5) [99] мають високі показники тест-ретест надійності і хорошу конвергентну й дискримінантну валідність. На думку клініцистів, критерії, зазначені у DSM-V мають клінічну цінність та є простими у застосуванні [77].

Для здійснення ефективних досліджень та лікування ПТСР (ПТСР) важливим є дослідження гендерних особливостей впливу травми та травматичної стресової реакції залежно від статі особи. Чоловіки і жінки помітно відрізняються за показниками впливу травматичних стресорів, а поширеність ПТСР серед жінок щонайменше вдвічі перевищує показники серед чоловіків [93-94]. DSM-V є першим виданням Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, у якій звертається увага на особливості перебігу ПТСР у чоловіків та жінок [85].

Досвід травми широко поширений, і більшість травмованих осіб є резильєнтними до такого досвіду. У США, для прикладу, близько 70% населення хоча б один раз в своєму житті переживали одну травматичну подію відповідно до критерію травми DSM-V (критерій А) [53]. При цьому спостерігалися показники пропорційного поширення серед чоловіків та жінок [68; 85]. За показниками, наведеними у Національному епідеміологічному дослідженні вживання алкоголю та проживання супутніх хвороб, відсоток проживання травматичних подій вищий у чоловіків [69].

При переживанні чоловіками та жінками певних типів травматичних подій, існує підвищений ризик ПТСР для жінок. Для чоловіків більше ймовірно травматичними є події, пов'язані з війною, випадкові травми, серйозні хвороби, фізичний напад, терористичні атаки та випадки, коли вони стають свідками поранення, тоді як жінки більш схильні до проживання всіх форм дитячого поганого поводження, сексуального насильства/зґвалтування, насильства з боку партнера, викрадення людей і переслідування [23].

Дані DSM-IV вказують на те, що приблизно 4% осіб, які мають досвід будь-якого типу травматичної події, матимуть симптоми ПТСР як реакцію на цю пережиту подію, але пропорційність залежить від типу події [68]. Дані DSM-V говорять про те, що населення США говорить про вищі показники поширеності ПТСР серед травмованих осіб на рівні 9-10% як серед чоловіків, так і серед жінок

[58; 62]. У всіх визначеннях ПТСР, зґвалтування та сексуальне насильство становлять найвищий ризик для розвитку симптоматики ПТСР. Інші події, які більш ймовірно викликають вищі середнього показники посттравматичної симптоматики у жінок – це дитячий аб'юз, викрадення та переслідування [56]. Хоча ризик для ПТСР після фізичного нападу є відносно низьким, на жінок частіше нападає їх інтимний партнер [34], що становить значно вищий ризик для ПТСР. Ризики впливу травматичних подій на чоловіків є змішаними: існує вища за середню ймовірність виникнення ПТСР у відповідь на тортури, присутність при скоєнні звірств і нещасних випадках та бойових завданнях (в США), але нижчий за середній показник ризику у випадку поранень, присутності при загибелі чи серйозному пораненні [38]. Частота і тривалість впливу травми також сприяють підвищенню ризику ПТСР серед жінок, підкреслюється також важливість впливу дитячої травми, сексуального насилля і повторюваних травматичних подій. Досвід проживання фізичного і сексуального насилля пов'язане з підвищеною вразливістю до подальших травм [21] та розвитку ПТСР [70], що може збільшувати ризики серед жінок.

Крім того, хронічні форми впливу травми створюють «травматичний контекст» [59] із страху та відчуття небезпеки, які також впливають на ризик виникнення ПТСР. Наприклад, участь в активних бойових діях пов'язана зі стресорами в зоні бойових дій, в тому числі характеристиками навколишнього середовища, такими як якість або дефіцит основних ресурсів, складні умови життя, тиск або обмеження при виконанні обов'язків [48; 98]. Травматичні контексти також пов'язані з вищими показниками поширеності міжособистісної агресії.

Отже, чинним класифікатором хвороб у версії DSM-V (2013) діагноз ПТСР визначається на основі повного виконання груп діагностичних критеріїв (A—H). Так, причиною ПТСР вважається критерій A (катастрофічний стресор, травма) – певний зовнішній фактор, що значно перебільшує адаптивні можливості психіки

нормальної людини. Сама ж хвороба проявляється в одночасній наявності у індивіда симптомів із усіх чотирьох кластерів (B – E): B) інтрузії (так звані, інтрузивні думки, інтрузивні спогади, флеш-беки); C) уникання пацієнтом думок, спогадів, подій, що нагадують про травму (тригерів); D) негативні думки та настрої; E) гіперзбудливість, гіперреактивність, порушення сну. Постановка діагнозу відбувається за правилом «шести симптомів», що потребує не менше як два симптоми у категорії D та E, які тривали понад 1 місяць (критерій F) та спричинили значне страждання людини або порушення її діяльності (критерій G). Також має бути виключено існування будь-якого іншого розладу (критерій H).

1.3. Процедурні особливості діагностики ПТСР

Зважаючи на поширення пост-травматичної симптоматики у світі та з урахуванням важливості коректної діагностики, відбувається постійний пошук та розробка інструментарію. У 1995 році учасники Міжнародної спільноти з вивчення травматичного стресу у рамках щорічної конференції обговорили підходи до оцінки та діагностики ПТСР. Комітет не лише запропонував керівництво для проведення клінічних досліджень осіб із пост-травматичною симптоматикою, але й надав рекомендації щодо розробки стандартів оцінки ПТСР. Учасники дійшли висновку, що для процедури оцінювання наявності чи відсутності діагнозу ПТСР важливими є наступні параметри:

1) клінічне структуроване діагностичне інтерв'ю є джерелом достовірної клінічної інформації. Клініцисти повинні оцінювати якість інтерв'ю, керуючись психометричними характеристиками надійності, валідності та клінічної значимості.

2) перевага надається структурованим клінічним діагностичним інтерв'ю, які забезпечують дихотомічне та континуальне оцінювання симптомів ПТСР;

- 3) симптоми повинні оцінюватися за наступними параметрами: частота, інтенсивність та тривалість певного епізоду. Важливо визначити рівень дистресу, опираючись на опис пацієнтом його власної симптоматики;
- 4) оцінки порушення та дезадаптації є вторинними по відношенню до симптомів, які надають важливу інформацію щодо важкості стану пацієнта;
- 5) заміри, які оцінюють обидва компоненти травматичної події (A1 та A2) є первинними та надзвичайно важливими;
- 6) важливо надавати перевагу методам, які перевірені на надійність, валідність та можуть застосовуватися у роботі з особами різних расових та етнічних груп, особливо, коли метод використовується для обстеження чоловіків та жінок, що є представниками різних культур та рас;
- 7) методи оцінки ПТСР, що базуються на самооцінці пацієнтів, повинні відповідати «Стандартам навчальних та психологічних тестів» (1986), які розроблені та прийняті Американською психологічною асоціацією;
- 8) при перевірці наявності травматичних подій у біографії особи, «рекомендується ставити ретельно сформульовані запитання, що охоплюють мінімальну кількість травматичних подій». Наступними повинні бути задані питання, які стосуються подій, в яких особа відчувала загрозу життю, переживала нанесення шкоди, фізичні пошкодження, важливо розуміти частоту таких подій та їх тривалість та вік особи на момент, коли подія відбувалася. Головний фокус становлять події, які пов'язані із бойовими стресорами, сексуальним насиллям у дорослому віці та дитячому віці, пограбування, нещасні випадки, технологічні та природні катастрофи, раптова смерть близької людини, захворювання, що є небезпечними для життя, присутність при згвалтуванні, що здійснювалося по відношенню до інших осіб чи по відношенню до себе;
- 9) важливо звертати увагу на коморбідні розлади, оскільки це впливає на можливість подолання симптоматики;

10) при оцінці стресорів важливо пам'ятати про обережне використання термінології, що сама по собі вже є емоційно забарвленою, наприклад, зловживання, насилля тощо [57].

Для діагностики осіб, які пережили травму було розроблено багато клініко-психологічних інструментів, які широко застосовуються у світовій практиці. Існує 42 опитувальники, що використовуються для діагностики посттравматичних розладів [7; 20], кожен з яких має свої особливості, відрізняються за змістом та обсягом, що обумовлено завданнями обстеження: Здійснення скринінгових процедур, встановлення діагнозу (оцінювання проявів симптомів, синдромів), диференціальна психодіагностика, оцінка реакції на попередній досвід, що мав психологічний вплив, визначення цілі психокорекції / психотерапії і розуміння клініцистом ресурсів особистості тощо.

Останні два десятиліття з метою діагностики психічних розладів вчені розробляли структуровані діагностичні інтерв'ю, які були важливою складовою епідеміологічних досліджень в психіатрії [86; 87]. Необхідність розробки скорочених версій цих структурованих інтерв'ю значно збільшилася в останні роки зважаючи на включення психічних розладів у перелік захворювань, які впливають на показники смертності, а також зважаючи на важливість скринінгу психічного здоров'я фахівцями першої лінії [97]. Крім того, опитування, які зосереджені на певних психічних розладах, таких як депресивні розлади, більше не можуть ігнорувати роль коморбідних розладів і необхідність ефективного методу оцінки порушень. Короткі скринінгові шкали корисні також у проведенні двофазових досліджень, в яких використовується швидкий скринінговий тест для вибору респондентів, які, ймовірно, мають певний розлад (фаза 1) для більш інтенсивного діагностичного аналізу (фаза 2) [95].

Одним із перших кроків післякризової психодіагностики є проведення скринінгу. Скринінг (відбір, сортування) – є системою первинного обстеження груп клінічно безсимптомних осіб із метою встановлення наявності чи

відсутності певного захворювання. У психології під скринінгом розуміють спеціальним чином розроблену експрес-діагностику психічних розладів та порушень, яка дає можливість ідентифікувати відхилення у психічному розвитку та запобігати ускладненням, викликаним важкими розладами. Зауважимо, що, скринінговий тест не є діагностичним інструментом, а дозволяє виявити осіб з високим ризиком наявності конкретного розладу [9; 13; 26].

Основна мета скринінгових процедур у післякризовій діагностиці полягає в тому, щоб визначити актуальний психологічний і медичний стан особи, виявити тих, хто перебуває в стадії стресу [9]. Скринінг, проведений впродовж першого місяця після травматичної події, спрямований, головним чином, на виявлення гострого стресового розладу (ГСР), який часто діагностується саме в цей період [13]. Через місяць після травматичної події проводиться скринінг ПТСР з метою виявити ознаки цього розладу на ранньому етапі. Окрім того, скринінг покликаний виявити осіб з високим ризиком пізнішого відтермінованого розвитку ПТСР, а також тих, хто потребує додаткового ретельного обстеження [11].

Результати сучасних наукових досліджень доводять відсутність виявлених точних методів скринінгу відтермінованого розвитку ПТСР [38]. В Україні, на відмінну від найкращих армій світу (наприклад ізраїльської), де післякризове тестування обов'язково проходять усі учасники бойових дій [42], рекомендовано проводити скринінг (на виявлення психологічних причин соматичних захворювань) тим особам, що самі звертаються до закладів першої медичної допомоги з повторюваними неспецифічними симптомами, що часто пов'язані з фізичним самопочуттям [18].

Групи осіб, яким рекомендовано проходити оцінювання симптомів на наявність ПТСР включають [41]:

- 1) групи підвищеного ризику (військовослужбовці, ветерани, переселенці, біженці, люди, які постраждали внаслідок травматичної події);

- 2) особи з поведінкою, що свідчить про наявність симптомів ПТСР;
- 3) особи з ознаками поточних/ тривалих ускладнень або психологічного виснаження (наприклад, військовослужбовці під час ротації) [6].

Актуальність проблеми виявлення клінічного ПТСР полягає в тому, що в Україні немає вимоги проходити скринінг усім, хто пережив травматичну подію (а це учасники бойових дій, переселенці, біженці, звільнені з полону, особи, що пережили різного роду насилля тощо) [39]. Загальновідомим симптомом ПТСР є уникання, що безпосередньо впливає і на готовність різних категорій осіб відвідати лікаря чи психолога, а відтак, існує висока ймовірність того, що розлад залишиться невиявленим. Нерідко бувають і ситуації звернення особи, що переживає симптоматику ПТСР, не до фахівця в галузі психічного здоров'я, а до працівника соціальної служби, працівників закладів первинної допомоги чи у відділення невідкладної допомоги [14]. Є цілий перелік скринінгових методик, що мають світове застосування. Деякі з них застосовуються і в Україні для скринінгу осіб, які постраждали від воєнного конфлікту [10].

В Україні у перелік інструментів, що використовуються для виявлення симптоматики ПТСР [19] включили:

- 1) В якості обов'язкових:
 - Short Screening Scale for PTSD для скринінгу;
 - Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-V (CAPS-5),
 - PTSD Checklist for DSM-V (PCL-5)
 - Life Events Checklist for DSM-V (LEC-5)
- 2) в якості рекомендованих:
 - Міссісіпську шкалу ПТСР,
 - IES-R, SCL-90-R,
 - Шкалу депресії Гамільтона (HAM-D),
 - Шкалу тривоги Гамільтона (HAM-A)
 - інші опитувальники [7].

Скринінгові опитувальники є частиною перед діагностичного обстеження, і їх основна мета полягає у виявленні осіб, які потребують допомоги та мають високий ризик розвитку відповідного розладу [7]. Скринінгові опитувальники ПТСР спрямовані на виявлення: основних симптомів ПТСР; типу травматичної події, яку пережила особа (ступінь розвитку цього розладу та рівень переживання часто залежить від тривалості та інтенсивності травматичного досвіду); оцінювання впливу травматичної події на людину (глибина переживання) [13].

Проведення діагностики є комплексною процедурою, яка повинна відповідати базовим принципам психодіагностики постраждалих осіб [14; 38] (табл. 1.3.)

Таблиця 1.3

Принципи психодіагностики осіб, які пережили травму

Принцип	Зміст принципу
Принцип безпеки	Створення атмосфери психологічної та емоційної безпеки з подальшою чіткою та цілеспрямованою діагностикою
Принцип зацікавленості	Демонстрація чуйного та щирого ставлення, турботи, зацікавленості долею та життям клієнта, допомога у розв'язанні соціальних, родинних проблем, підтримка в працевлаштуванні, налагодженні життя тощо. Створенню довірливих стосунків сприяє розуміння реальних <i>можливостей</i> клієнта щодо задоволення своїх нагальних потреб.
Принцип мінімізації травми	уникнення повторного травмування, відбір коректних запитань та тем для розмови. Важливо бути готовим, що прояву симптомів психотравми в процесі психодіагностики, що є типовим для таких випадків (сльози, злість, недовіра, роздратування тощо).
Принцип відповідальності	Відкритість, послідовність, передбачуваність у роботі клініциста
Принцип конфіденційності	Інформація особистого характеру, яку повідомляє людина, використовується виключно в її інтересах. Важливо отримати усвідомлену згоду; пояснити, кому і як будете надаватися інформацію, повідомити про можливі обмеження в дотриманні принципу конфіденційності (у випадку небезпеки, що може створитися щодо особи чи інших осіб).
Принцип професіоналізму і професійної відповідальності	Клініцист відповідає за надання компетентної та якісної роботи, за пріоритетність цілей надання допомоги незалежно від його поведінки чи реакцій.

Принцип достатнього мінімуму	Не можна перевантажувати людину занадто тривалою психодіагностикою, особливо на етапі первинного скринінгу.
Принцип чіткого розуміння меж професійної компетентності	Якщо фахівець немає відповідної кваліфікації, то він має скерувати клієнта до фахівця, який зможе надати кваліфіковану допомогу

Перелічені принципи є досить базовими та загальними, однак мають певну специфіку, яка стосується саме роботи з особами, котрі пережили травму. Зокрема, значні зусилля клініцист має докласти в тому, щоб не завдати ще більшої шкоди пацієнту, не ретравматизувати його спогадами чи переживаннями про травму, а також, наприклад, не обтяжувати складністю та тривалістю діагностичних процедур [7; 81].

Отже, діагностика ПТСР є комплексним процесом, який подібно до діагностики будь-якої хвороби часто потребує збору анамнезу хвороби, інформації про пацієнта, яка може прямо не стосуватись травмуючої події, однак бути важливою для постановки діагнозу. Для психологічної діагностики ПТСР використовують значне різноманіття інструментів, методик, тестів та скринінгових експрес засобів. Однією із поширених та рекомендованих до застосування методик є шкала Бреслау для скринінгу ПТСР на первинному етапі надання медичної допомоги постраждалим від травми.

1.4. Шкала Бреслау як засіб психодіагностики ПТСР

Шкала Бреслау як скринінговий інструмент діагностики ПТСР була розроблена в 1999 р. Для цього група дослідників [25-27; 31-33] використала дані з Детройтського опитування травми (Detroit Area Survey of Trauma). Оцінка ПТСР здійснювалась за допомогою телефонного структурованого інтерв'ю на основі критеріїв DSM-IV Національного інституту психічного здоров'я [19] та Комплексного міжнародного діагностичного інтерв'ю ВООЗ (версія 2.1) [10].

Детройтське опитування травми (Detroit Area Survey of Trauma) – це дослідження, яке проводилось в 1996 р. в межах міста Детройт (штат Мічиган,

США) та його околиць [45]. В ньому взяло участь 2181 особи віком 18–45 років. Граничний вік у 45 років був обраний на основі доказів того, що початок ПТСР відбувається переважно в ранньому дорослому віці. Територіально область дослідження включала центральну частину міста Детройт та його околиць, яке складалось станом на 1990 р з шести округів, та у якому на момент перепису 1990 року проживало 4 266 654 жителі [27]; 1 922 173 з цих жителів були у віці 18–45 років, з яких 442 100 (23%) проживали в місті Детройт [76].

Для реалізації цього дослідження та відбору вибірки використовувався метод набору випадкових цифр, а для отримання даних використовувалося телефонне інтерв'ю за допомогою комп'ютера.

Скринінг на відповідність критеріям було завершено в 2513 (76,2%) із 3297 випадково відібраних домогосподарств, а рівень співпраці в домогосподарствах, які відповідають вимогам, становив 2181 (86,8%) [30]. Був опитаний один респондент на домогосподарство [76].

Вагові коефіцієнти використовувалися для коригування різниці в кількості відповідних за віком осіб у домогосподарстві, надмірної вибірки чоловіків (в очікуванні меншої співпраці чоловіків, ніж жінок), а також різниці в ймовірності завершення інтерв'ю. Нарешті, для наближення розподілу вибірки до населення було застосовано постстратифікаційні ваги на основі спільного розподілу віку, статі, раси, доходу та освіти в переписі населення США 1990 року для даної території.

Відтак, як зазначають Н. Бреслау та колеги [28] була отримана репрезентативна вибірка щодо ключових характеристик для населення США 1990 року.

Загалом же, вказане Детройтське опитування травми є лише одним із серії так званих «детройтських досліджень», започаткованих в 1951 році в Мічиганському університеті та котрі проводилися майже щороку до 2004 року [30]. Мета цих опитувань полягала в тому, щоб забезпечити практичну підготовку з соціальних досліджень для науковців та отримати достовірні дані про громаду Детройта. Кожне опитування вивчало різні аспекти особистого та громадського

життя, економічної та політичної поведінки, політичних поглядів, професійного та сімейного життя та життєвого досвіду в столичному районі Детройта [76].

Різні конкретні проблеми, які досліджувалися кожного року, вибиралися виконавчим комітетом проекту, наприклад: «Взаємні відносини між гендерно-рольовими установками та шлюбом у ранньому дорослому віці» (Barber, J.S. and WG. Axinn., 1998); «Вплив між поколіннями на початок батьківства: уподобання матерів щодо сімейної та позасімейної поведінки (Barber, J.S., 2000); «Взаємозв'язок між політичною участю та соціально-політичною інтеграцією» (Belanoff, Sidney, 1954); «Фактори, пов'язані з протестантсько-католицьким шлюбом у районі Детройта: проблема соціального контролю» (Besanceney, Paul H. (Fr.), 1963); «Розлука, примирення та проживання далеко від партнера під час подружнього та спільного проживання» (Binstock, Georgina P. and ArlandThorton, 1999) та ін. [45].

Отже, повертаючись до шкали Бреслау для діагностики ПТСР зауважимо, що вибірка для розробки цього скринінг-методу була ретельно продуманою дослідниками та відповідала проблемі, яка перед ними постала.

Процедура розробки шкали Бреслау полягала у проведенні інтерв'ю з суб'єктами дослідження, яке розпочалося з переліку травматичних подій, що пережили суб'єкти протягом життя, на основі списку з 19 типів травм; так визначались стресори відповідно до DSM-IV [32]. Після підтвердження типу події йшли запитання про кількість подій такого типу та вік респондента. Прояви ПТСР оцінювали на основі випадково вибраною комп'ютером травмою зі списку травм, про які повідомив кожен респондент, а також в контексті найгіршої та найбільш ранньої травми людини [33].

Стратегія випадкового вибору однієї травми зі списку кожного респондента була розроблена для отримання неупередженої оцінки умовного ризику ПТСР (тобто ймовірності того, що вплив травматичних подій призведе до ПТСР).

Оцінка ПТСР здійснювалась за допомогою діагностичного інтерв'ю (DIS) на основі критеріїв DSM-IV Національного інституту психічного здоров'я [85] та Комплексного міжнародного діагностичного інтерв'ю ВООЗ (версія 2.1) [9].

Обидва інструменти дослідження є повністю структурованими інтерв'ю, призначеними для проведення досвідченими інтерв'юерами без клінічної підготовки. Дослідження перевірки, проведене на підмножині вибірки, виявило високу відповідність між структурованим інтерв'ю, проведеним неспеціалістами-інтерв'юерами, та незалежними клінічними повторними інтерв'ю (чутливість=95%, специфічність=71% і каппа=0,63) [26].

Мета аналізу полягала в тому, щоб вибрати коротку підмножину елементів (симптомів) із обох інтерв'ю, які б найбільш ефективно передбачили ПТСР.

До переліку цих симптомів належали критерії DSM-IV наведені у таблиці 1.4.

Таблиця 1.4

Критерії DSM-IV та симптоми ПТСР в дослідженні щодо розробки короткої скринінгової шкали *

Критерій DSM-IV	Симптом	Частота прояву у вибірці (%) **
В. Повторне переживання	Нав'язливі і сумні спогади, думки	48,2
	Сумні сни про травму	15,9
	Флешбеки	16,8
	Психологічний дистрес під час впливу сигналів, які символізують травму	44,5
	Фізіологічна реактивність на вплив сигналів, що символізують травму	36
С. Уникнення та оніміння	Зусилля спрямовані на уникнення думок, почуттів, пов'язаних з травмою	30,1
	Зусилля спрямовані на уникнення діяльності, місць, людей, які викликають спогади про травму	26,5
	Амнезія травми	1,6
	Знижений інтерес до діяльності	13,5
	Почуття відчуженості від інших	16,3
	Обмежені емоції	12
	Відчуття передбачуваного майбутнього	7,5
Д. Збудження	Проблеми зі сном	20,4
	Дратівливість, спалахи гніву	23,2
	Проблеми з концентрацією	25,8
	Гіпернастороженість	65
	Перебільшені реакції переляку	15,6

*дані подані за Бреслау та ін. (1999.) [24-26]

**Симптоми виявлені у 1830 суб'єктів вибірки дослідження, які повідомили про наявність травматичної події в їх житті

З 1957 опитаних респондентів, які повідомили про контакт із травматичними подіями, 152 відповідали критеріям ПТСР через випадкову травму або травму в якій суб'єкт не був впевнений [27]. Решта (1830 респондентів) відповідали усім 17 критеріальним симптомам ПТСР. Після проведення усіх етапів математичних та психометричних процедур (дет. див в першоджерелі Breslau et al., 1999 [30]) було розроблено остаточну версію шкали, яка є скороченим варіантом структурованого діагностичного інтерв'ю, яке, з незначними модифікаціями, точно відповідає розділам ПТСР DIS для DSM-IV і Composite International Diagnostic Interview, версія 2.1, яка моделюється за DIS. Скринінгова шкала призначена для вимірювання анамнезу ПТСР протягом життя в осіб, які зазнали травматичних подій, як визначено в DSM-IV. Історія впливу травматичних подій не охоплюється цією шкалою. Оцінка 4 або більше за семисимптомною скринінговою шкалою має такі характеристики для діагностики ПТСР DSM-IV: чутливість=80%, специфічність=97%, позитивна прогностична цінність=71% і негативна прогностична цінність=98%. Цю шкалу також можна використовувати як напівнеперервний предиктор ймовірності ПТСР [29].

Гранична межа в 4 бали за семисимптомною скринінговою шкалою для розділення суб'єктів із ПТСР і без нього є оптимальною з огляду на те, що вона мінімізує ймовірність пропуску справжніх випадків ПТСР за рахунок дещо підвищення ймовірності класифікації суб'єктів без розладу [32]. Цей компроміс особливо підходить для двофазних опитувань, у яких перша фаза призначена для збільшення кількості справжніх випадків ПТСР, а друга фаза, як очікується, перекласифікує тих, хто був помилково класифікований як хворий на цей розлад.

Водночас шкала має певні обмеження у використанні, як зазначають самі автори. Так, варто враховувати, що дані надходили з одного регіону Сполучених Штатів і обмеженого вікового діапазону (18–45 років). Також, дані, на основі яких проводився аналіз, базувалися на випадково вибраних травмах, по одній зі списку кожного респондента [33].

Отже, коротка шкала скринінгу Бреслау є ефективним методом скринінгу ПТСР в епідеміологічних і клінічних дослідженнях, враховуючи обмеження ресурсів і навантаження на респондентів (оригінальна робоча версія шкали Бреслау подана до ознайомлення у Додатку А). Особливо ефективною ця шкала є для роботи в закладах надання первинної медичної допомоги [64]. Про це свідчать дослідження наступників Бреслау та колег, зокрема, дослідження Р. Кімберлінг та ін. [63] а також А. Вінінга [100], котрі застосовували шкалу Бреслау в більш сучасних умовах американських медичних закладів та мешканців інших регіонів США (окрім м. Детройт, штату Мічиган).

Однак, окрім розробки короткої скринінгової шкали для діагностики ПТСР, Бреслау з колегами отримали ряд й інших важливих наукових результатів [33].

Так, було встановлено, що поширеність впливу однієї або більше травматичних подій протягом життя, визначена згідно з DSM-IV, становила 89,6% серед опитаних осіб. Найпоширенішою травмою була раптова несподівана смерть близького родича чи друга (60%) [31].

Агресивне насильство було вищим серед небілих (nonwhite) чоловіків та осіб із низьким соціально-економічним статусом; інші класи травм показали слабкий або відсутній зв'язок з расою та соціально-економічним статусом. При цьому, агресивне насильство мало найвищий ризик ПТСР, тоді як раптова несподівана смерть близької людини спричиняла ПТСР лише у 31% випадків [42].

У більшості випадків (74%) ПТСР тривав понад 6 місяців, а сама тривалість була довшою у жінок, ніж у чоловіків, і у випадках, спричинених безпосередньо пережитою травмою, ніж звісткою про травму чи раптову смерть близької людини. Окрім цього, ризик ПТСР у жінок після травми був приблизно в 2 рази вищий, ніж у чоловіків [31]. Таку статеву диференціацію не можна пояснити різницею в типі або кількості травм, які переживають чоловіки та жінки, і вона радше свідчить про більшу вразливість до ПТСР внаслідок травми у жінок [32].

Дослідники також виявили, що період високого ризику піддатися агресивному насильству обмежується пізньою юністю та ранньою дорослістю [30]. З точки зору етіологічних подій, які прискорюють розлад, а також його перебіг, то вони можуть змінюватися з віком. ПТСР у пізньому підлітковому та юнацькому віці може частіше, ніж у наступних вікових періодах, виникати внаслідок переживання агресивного насильства та мати більш тривалий характер, то в старшому віці ПТСР може частіше виникати внаслідок раптової несподіваної смерті близької людини та мати набагато меншу тривалість [29]. Крім того, в той час як інші класи травм не були пов'язані з расою та соціальним класом, агресивне насильство було більш імовірним для небілих та осіб з нижчих соціальних класів [44].

Отже, коротка шкала скринінгу Бреслау вважається ефективним методом скринінгу ПТСР дослідженнях різного типу передусім в клінічних. Процедура розробки цієї методики засвідчує її всякої психометричні показники та є гарантією достовірності отриманих результатів. Водночас ця методика має певні обмеження: період проведення дослідження (1999 рік) та місцевість (м. Детройт, штат Мічиган, США), що впливає на можливість поширення результатів отриманих дослідниками на більшу генеральну сукупність.

Висновки до розділу 1

Клінічний діагноз ПТСР з'явився лише в 1980 році й має не таку тривалу історію дослідження порівняно з іншими психічними розладами. І якщо спочатку дослідження з цієї теми існували радше як практична проблема, що потребувала клінічних та наукових дослідницьких ініціатив, то невдовзі база знань з цієї теми стала налічувати сотні тисяч досліджень. Станом на зараз, ПТСР – це офіційний діагноз, який входить до класифікатора хвороб DSM-V (2013) та визначається як розлад, що складається з чотирьох кластерів симптомів, до яких належать: нав'язливі та повторювані спогади про травму; уникнення травми та пов'язаних із нею стимулів; оніміння і/або негативні зміни в настрої чи поведінці, що стосується травми; зміни реактивності та збудження.

Чинним класифікатором хвороб у версії DSM-V (2013) діагноз ПТСР визначається на основі повного виконання груп діагностичних критеріїв (A—H). Так, причиною ПТСР вважається критерій A (катастрофічний стресор, травма) – певний зовнішній фактор, що значно перебільшує адаптивні можливості психіки нормальної людини. Сама ж хвороба проявляється в одночасній наявності в індивіда симптомів з усіх чотирьох кластерів (B – E): B) вторгнення спогадів (так звані, флеш-беки); C) уникання пацієнтом думок, спогадів, подій, що нагадують про травму (тригерів); D) негативні думки та настрої; E) гіперзбудливість, гіперреактивність, порушення сну. Постановка діагнозу відбувається за правилом «шести симптомів», що потребує не менше як два симптоми у категорії D та E, які тривали понад 1 місяць (критерій F) та спричинили значне страждання людини або порушення її діяльності (критерій G). Також має бути виключено існування будь-якого іншого розладу (критерій H).

Процедура діагностики ПТСР є комплексним процесом, який подібно до діагностики будь-якої хвороби часто потребує збору анамнезу хвороби, інформації про пацієнта, яка може прямо не стосуватись травматичної події, однак бути важливою для постановки діагнозу. Для психологічної діагностики

ПТСР використовують значне різноманіття інструментів, методик, тестів та скринінгових експрес засобів. Існує понад 42 опитувальники, що використовуються для діагностики посттравматичних розладів, які дозволяють провести скринінг, встановити діагноз (оцінити прояви симптомів, синдромів), здійснити диференціальну психодіагностику, оцінити реакції на попередній досвід, що мав психологічний вплив, а також визначити цілі психокорекції / психотерапії.

Однією із поширених та рекомендованих до застосування методик є шкала Бреслау для скринінгу ПТСР на первинному етапі надання медичної допомоги постраждалим від травми. Вона була розроблена в 1999 році Н. Бреслау та колегами для скринінгу семи симптомів ПТСР, відповідно до критеріїв DSM-IV; п'ять із симптомів були з групи уникнення та заціпеніння, а два - з групи підвищеного збудження.

Ця методика визнана ефективним методом скринінгу ПТСР в епідеміологічних і клінічних дослідженнях, враховуючи обмеження ресурсів і навантаження на респондентів. Оцінка 4 або більше за цією шкалою визначала позитивні випадки ПТСР із чутливістю 80%, специфічністю 97%, позитивною прогностичною цінністю 71% і негативною прогностичною цінністю 98%, що є свідченням високих психометричних властивостей цієї методики (для англomовного варіанту вибірки з респондентів США). В Україні методика належить до переліку рекомендованих для діагностики ПТСР на первинній ланці надання медичної допомоги, а також часто використовується дослідниками під час проведення психодіагностичних досліджень через свою зручність та швидкість оцінки.

РОЗДІЛ 2. АПРОБАЦІЯ КОРОТКОЇ СКРИНІНГОВОЇ ШКАЛИ БРЕСЛАУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПТСР У ДОРΟΣЛИХ УКРАЇНЦІВ

2.1. Підготовка та проведення пілотажного дослідження короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців

Ідея кількісного вимірювання різних показників виникла у 1884 році у Френсіса Гальтона, батька психологічного тестування. Найбільшим проривом на початку наступного століття став Тест вимірювання інтелекту і саме тести вимірювання інтелекту були головним інструментом психологічного скринінгу в американській армії під час Першої світової війни. На період Другої світової війни скринінгова процедура включала «психіатричну складову», що викликало запитання щодо її ефективності та можливості передбачити довгострокову психологічну придатність військових до виконання своїх обов'язків під час активних бойових дій. Обговорювалися якісні та кількісні показники, які були отримані в результаті проведення тестів, що вимагало зусиль, затрат часу та значного людського ресурсу у вигляді кваліфікованих психологів, які могли б обробляти отримані результати. Скринінг нейропсихіатричних особливостей був визнаний неефективним у його можливості передбачити розвиток психіатричних розладів у військових у майбутньому, втім гарно показував наявні психіатричні розлади.

На сьогоднішній день згідно керівництва, розробленого Американською психологічною асоціацією скринінг:

- використовується для ранньої ідентифікації осіб з потенційно високим ризиком конкретного стану або розладу;
- може вказувати на необхідність подальшої оцінки або попереднього втручання;
- як правило, короткий і чіткий за змістом;

- може здійснюватися під час планового клінічного візиту;
- використовується для моніторингу прогресу лікування, результатів чи зміни симптоматики;
- може проводитися клініцистами, персоналом, який пройшов спеціальне навчання чи може бути виконаним самостійно;
- повинен проводитися згідно протоколу, оцінка узгоджується і визначається як позитивна, якщо відповідає умовам керівництва (протоколу);
- не є остаточним показником конкретного стану або розладу [61].

Проблема нашого дослідження полягає у тому, що вказана скринінгова шкала уже повсюдно використовується психологами та клініцистами з метою діагностики ПТСР, однак у відкритих джерелах [2; 10; 11; 16; 18] не знаходимо офіційної інформації про її апробацію та психометричні показники. Відтак, метою цієї частини роботи є апробація перекладеного українською мовою варіанту скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців. Особливість дослідження полягає у тому, що одним із варіантів перекладу буде той, що зараз рекомендований та використовується в загаданих переліках документів.

Для досягнення цієї мети необхідно реалізувати декілька завдань:

- 1) Здійснити специфікацію методики з урахуванням наявної інформації про структуру досліджуваного конструкту її проведення, ключі для обрахунку відповідей та інтерпретацію результатів;
- 2) Ухвалити рішення про доцільність розроблення альтернативного варіанту перекладу методики новий (інший) варіант перекладу методики; за необхідності розробити новий варіант перекладу;
- 3) Сформуванати набір питань для проведення пілотажного дослідження;
- 4) Сформуванати репрезентативну вибірку дослідження (з урахуванням реальних можливостей дослідників);
- 5) Оцінити та відібрати завдання для остаточної версії методики;

6) Визначити основні психометричні властивості методик: валідність, дискримінативність та надійність;

7) Сформулювати загальні висновки дослідження.

Розробка специфікації методики передбачає виокремлення ключового компонента (маніфестації), на який спрямований текст методики. В випадку зі шкалою Бреслау, маніфестацією вважаємо симптоми ПТСР, відповідно до критеріїв DSM-IV. В оригінальній методиці Н. Бреслау міститься 7 питань, а інтерпретація результатів здійснюється шляхом підсумовування позитивних відповідей на питання. Результат у понад 4 бали вважається підставою для постановки діагнозу ПТСР. В процесі апробації англomовного варіанту методики та перевірки якості вже наявного варіанту, ми будемо дотримуватись такої специфікації методики.

Розробка перекладу методики передбачає розробку альтернативних варіантів перекладу оригінальної англomовної методики. Першим варіантом перекладу буде той, що вже використовується та подається як рекомендований, зокрема, в Протоколі надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, в методичному посібнику Міністерства оборони України щодо психологічної роботи з військовослужбовцями на етапі відновлення тощо.

Другим варіантом перекладу буде наш авторський, як альтернативний вже наявному (Додаток А). Задля розробки якісного варіанту такого перекладу ми звертались за консультацією до фахівців-філологів та перекладознавців (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1

Версії перекладу опитувальника скринінгу ПТСР (Н. Бреслау)

№	Оригінальне запитання	Варіант 1 (наявний)	Варіант 2 (авторський)
1.	In your life, have you ever had any experience that was so frightening, horrible, or upsetting that <i>in the past month</i> ...	Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення	Чи був у вашому житті настільки моторошний, жахливий або засмучуючий досвід, що за останній місяць...

	Did you avoid being reminded of this experience by staying away from certain places, people, or activities?	певних місць, людей або діяльності?	Ви уникали будь-яких нагадувань про цей досвід, тримаючись подалі від певних місць, людей або видів діяльності?
2.	Did you lose interest in activities that were once important or enjoyable?	Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	...Ви втратили інтерес до цієї діяльності, яка колись вам подобалась і була важливою?
3.	Did you begin to feel more isolated or distant from other people?	Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?	...Ви почали відчувати себе більш ізольованими або віддаленими від інших людей?
4.	Did you find it hard to have love or affection for other people?	Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	...Вам стало важко відчувати любов або прихильність до інших людей?
5.	Did you begin to feel that there was no point in planning for the future?	Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	...у Вас з'явилося відчуття, що немає сенсу планувати своє майбутнє?
6.	After this experience were you having more trouble than usual falling asleep or staying asleep?	Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?	...Після цього досвіду у вас виникло більше труднощів із засипанням або якістю сну, ніж раніше?
7.	Did you become jumpy or get easily startled by ordinary noises or movements?	Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	... Ви стали дратівливими або легко лякаєтесь звичайних звуків чи рухів?

Набір питань для пілотажного дослідження, які включають два послідовні варіанти перекладу представлені в таблиці 2.1., та *версію опитувальника для пілотажного дослідження* подано в Додатку Б. Опитування проходило в онлайн-форматі із використанням Google Forms протягом вересня-жовтня 2023 року.

Вибірка дослідження. Вибірка була сформована стихійним способом з генеральної сукупності студентської молоді та працівників Національного університету «Острозька академія». Загальний обсяг вибірки становив 150 осіб ($M_{\text{внк}}=36,8$). Вік учасників дослідження був ключовим критерієм відбору учасників, адже методика надалі буде призначена для дорослих українців. Щодо відбору учасників за критерієм статі, зауважимо, що він теж був ключовим, адже відомо, що існують статеві відмінності у прояві та частоті розвитку ПТСР. Відтак, ми намагались залучити представників обох статей в рівній кількості.

Детальніше віковий та статевий розподіл учасників дослідження поданий на діаграмі рис. 2.1.

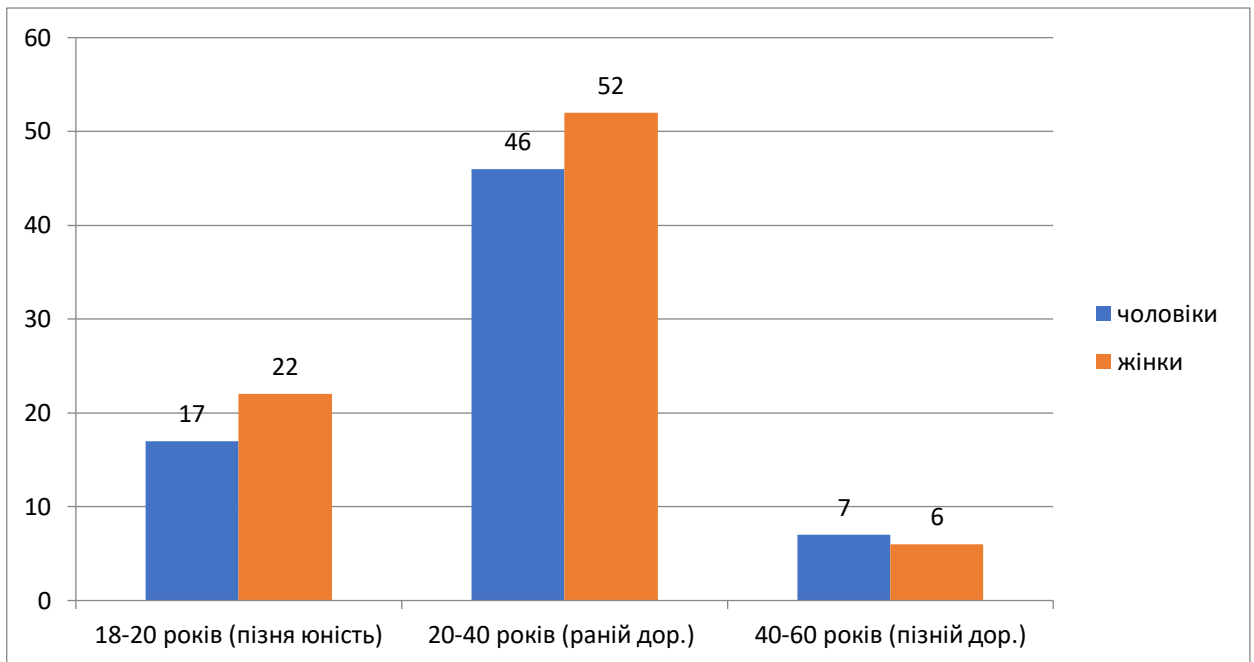


Рис. 2.1 Розподіл вибірки за статевою та віковою ознаками

Як бачимо, більшість респондентів були у віці 20-40 років, що відповідає періоду ранньої дорослості (30,6% чоловіків та 34,6% жінок), трохи менше було осіб, котрі фактично є дорослими, але належать до періоду пізньої юності (11,3% чоловіків та 14,6% жінок), а найменше було осіб пізнього дорослого віку від 40 до 60 років (4,6% чоловіків та 4% жінок).

Враховуючи критерії формування вибірки, поширення результатів дослідження доцільно проводити на сукупність людей, котрі будуть задовольняти ці критерії.

Після проведення пілотажного дослідження наступним завданням в процесі апробації є *оцінка та відбір завдань для остаточної версії опитувальника*. Наше завдання на цьому етапі роботи полягало у оцінюванні та аналізі показників ефективності та дискримінантності кожного окремого питання. Ціль такого аналізу полягала у відборі найбільш ефективних запитань та відкиданні найменш ефективних.

Спочатку ми вираховували *індекс ефективності завдань* як співвідношення між кількістю тих, хто відповів відповідно до ключа методики, та загальною кількістю відповідей (рис. 2.2).

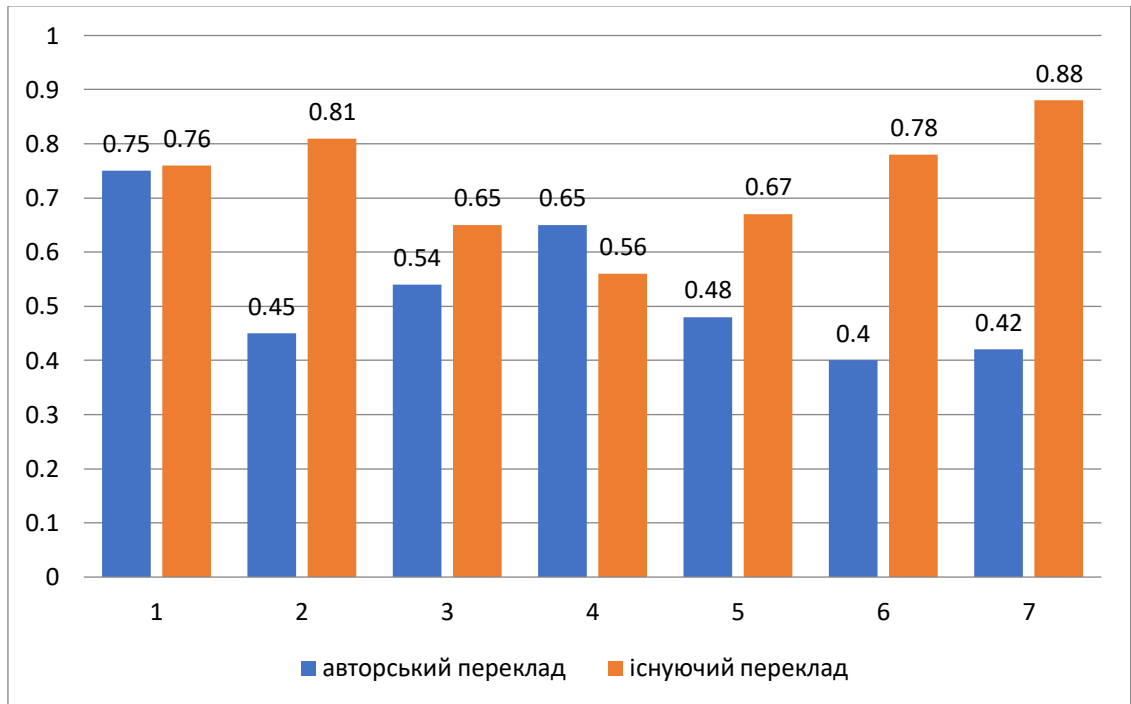


Рис. 2.2 Індеси ефективності питань пілотажного варіанту опитувальника

Ідеальним показником індексу ефективності завдань прийнято вважати такий, що перебуває в діапазоні від 0,25 до 0,75, наближаючись в середньому до значення 0,5 для всього тесту. Значення індексу ефективності, менше, ніж 0,25, показує, що завдання неефективно, тому що мало респондентів відповідають на нього правильно. При цьому, значення індексу вище 0,75 вказує на те, що на дане завдання одержано забагато правильних відповідей [1].

Як бачимо з рис. 2.2 питання в авторському варіанті перекладу мають індекс ефективності завдань від 0,4 до 0,75, що в середньому для тесту становить 0,53. Питання вже наявного варіанту перекладу мають індекс ефективності завдань в інтервалі від 0,56 до 0,88, що в середньому для тесту становить 0,73.

При цьому відзначаємо, що в питанні №4 маємо кращий показник індексу ефективності питання в наявному варіанті перекладу, ніж в авторському.

На цьому етапі аналізу можемо зробити проміжний підсумок, що в цілому питання в авторській версії перекладу є більш ефективними, ніж у вже наявному варіанті перекладу (окрім питання №4).

Наступним кроком є обрахунок показників *індексу дискримінативності* (коефіцієнт точково-бісеріальної кореляції) як характеристики, що вказує на ступінь однорідності складу завдань щодо вимірюваної тестом якості, здібності або способу поведінки. Критерій внутрішньої узгодженості є важливим елементом конструктної валідності тесту, оскільки він визначає завдання за їх спрямованістю на певний конструкт, вимірює важливість кожного пункту (завдання або питання) для відображення досліджуваної психологічної властивості. Відбір завдань за критерієм внутрішньої узгодженості забезпечує найбільшу прагматичну ефективність тесту. Завдяки такому критерію, як правило, методика комплектується переважно такими завданнями, що максимально пов'язані з досліджуваним показником.

Коефіцієнт точково-бісеріальної кореляції для дихотомічної шкали опитувальника) за формулою:

$$r_{pbis} = \frac{x_i - \bar{x}}{\delta} * \sqrt{\frac{p_i}{q_i}}$$

де x_i — середнє значення індивідуальних балів тих тестованих, які відповіли на n -е завдання правильно;

\bar{x} — середнє значення індивідуальних балів усієї вибірки тестованих;

δ — стандартне відхилення індивідуальних балів усієї вибірки тестованих;

p_i — рівень складності завдання, що характеризуються часткою правильних відповідей;

$q_i = 1 - p_i$ — частка неправильних відповідей.

При інтерпретації значення точково-бісеріального коефіцієнта кореляції слід враховувати, що чим вищий є коефіцієнт кореляції, тим вища дискримінативність завдання, тим краще завдання:

- до 0,19 – завдання необхідно вилучити;
- від 0,20 до 0,29 – завдання потрібно додатково проаналізувати на придатність у тесті;
- більше або дорівнює 0,3 – задовільний показник якості завдання;
- більше чи дорівнює 0,4 – завдання загалом ефективне [3].

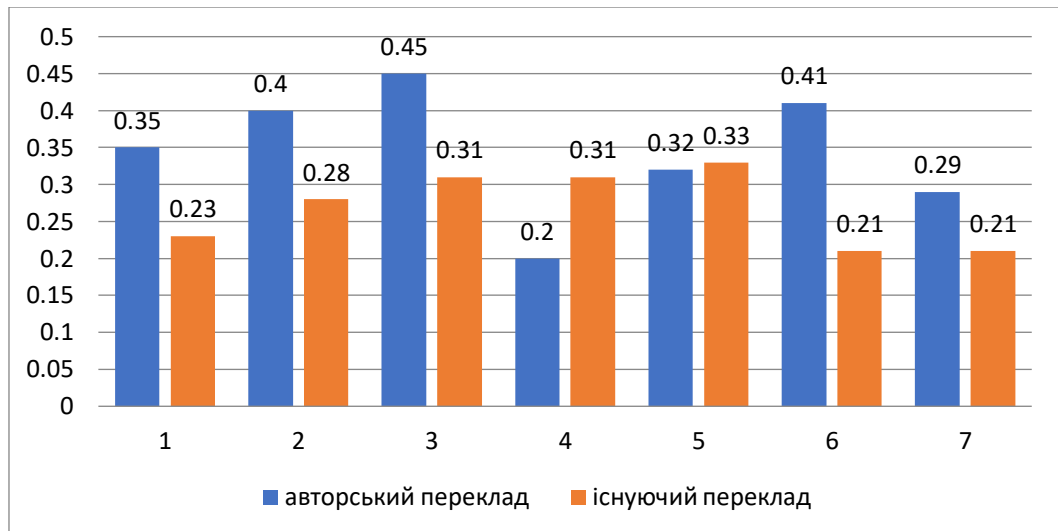


Рис. 2.3 Індекси дискримінативності питань пілотажного варіанту опитувальника

З рис. 2.3. бачимо, що в авторській версії перекладу загалом питання мають дещо вищі середні показники індексу дискримінативності (від 0,2 до 0,45), ніж в наявному варіанті перекладу (від 0,21 до 0,33).

Однак більш важливим є аналіз щодо кожного питання: питання №1, №2, №3, №6 і №7 мають вищі показники індексу дискримінативності авторської версії перекладу, тоді як у питанні №4 кращим є показник індексу дискримінативності саме в наявній версії перекладу (0,31 проти 0,2). Можемо зробити інший проміжний висновок, що в цілому питання в авторській версії перекладу мають кращі показники індексу дискримінативності, ніж у вже наявному варіанті перекладу (окрім питання №4).

Таблиця 2.2

Порівняння показників індексу ефективності та дискримінативності завдань в обох версіях перекладу опитувальника

№ питання	Індекс ефективності завдання	Індекс дискримінативності завдання

	<i>авторський переклад</i>	<i>наявний переклад</i>	<i>авторський переклад</i>	<i>наявний переклад</i>
1	0,75*	0,76	0,35*	0,23
2	0,45*	0,81	0,4*	0,28
3	0,54*	0,65	0,45*	0,31
4	0,65	0,56*	0,2	0,31*
5	0,48*	0,67	0,32	0,33*
6	0,4*	0,78	0,41*	0,21
7	0,42*	0,88	0,29*	0,21

Примітка. Символом «» позначено кращий показник індексу.*

Порівнявши та проаналізувавши показники індексу ефективності дискримінативності завдань в обох версіях перекладу опитувальника (табл. 2.2) можемо зробити висновок, що в *остаточний варіант опитувальника* варто включити питання № 1, 2, 3, 5, 6, 7 з авторського перекладу та питання № 4 з наявного варіанту перекладу. Остаточна версія опитувальника подана в Додатку В.

Отже, результатом реалізації підготовчих етапів процедури апробації англomовної методики Н. Бреслау для діагностики ПТСР стала розробка остаточної версії перекладу цієї методики на основі аналізу індексів ефективності та дискримінативності завдань.

2.2. Визначення психометричних характеристик короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців

Визначення психометричних характеристик короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців передбачало визначення показників валідності, дискримінативності та надійності остаточного варіанту опитувальника.

Надійність опитувальника за внутрішньою узгодженістю обчислювалась за допомогою коефіцієнта К'юдера – Річардсона, який призначений для дихотомічних шкал. Формула обрахунку коефіцієнта наступна:

$$r_{kr} = \frac{k}{k-1} * \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma_y^2}\right)$$

де k – кількість завдань тесту,

p – частка досліджуваних, які дали ключові відповіді на запитання,

$q=(1-p)$ – частка 2-го варіанта відповіді на запитання.

Показник надійності опитувальника становив $r_{kr} = 0,788$, що відповідає вимогам надійності тесту [1].

Перевірка *ретестової надійності* цього опитувальника не проводилась в зв'язку з її недоцільністю, адже показник тесту є коректним та адекватним для поточної оцінки симптомів ПТСР за короткий останній період часу. Очікувано, що через 6-12 місяців (як це необхідно для перевірки ретестової надійності) показник за тестом буде іншим, однак не через недостатню надійність тесту, а через природу досліджуваного явища.

Визначення дискримінативності опитувальника вимірювалось за допомогою показника δ Фергюсона за формулою:

$$\delta = \frac{(n+1) \times (N^2 - \sum f_i^2)}{nN^2}$$

,де N – кількість випробовуваних;

n - кількість завдань;

f_i – частота появи кожного показника.

Показник δ Фергюсона має максимальне значення $\delta=1$ (при рівномірному розподілі) і мінімальне $\delta=0$ (коли всі випробовувані отримали однакові оцінки). В нашому випадку $\delta=0,93$, що свідчить про досить високу дискримінативність опитувальника та його здатність максимально диференціювати досліджуваних.

Визначення валідності (конструктивної) опитувальника проводилась шляхом перевірки 2 конструктивних гіпотез:

1. Шкала Бреслау буде демонструвати сильну (0,8 і вище) кореляцію з Опитувальником скринінгу ПТСР О. А. Блінова;
2. Шкала Бреслау не повинна демонструвати кореляції з опитувальником мотивації Реана.

В результаті застосування коефіцієнта множинної кореляції Пірсона ми отримали наступні дані:

- Показники респондентів за опитувальником ПТСР О. А. Блінова демонструють сильний зв'язок з показниками за шкалою Бреслау ($r=0,891$, $p=0,0001$).
- Результати респондентів за опитувальником Реана не корелюють з показниками за шкалою Бреслау ($r=0,212$, $p=0,781$)

Отже, можемо підсумувати, що шкала Бреслау в нашому варіанті перекладу співвідноситься з іншими змінними так, що можемо з високою ймовірністю передбачати належну конкурентну валідність шкали. Оскільки вибірка дослідження не зовсім відповідає стандарту у мін. 200 осіб, можлива певна похибка вимірювань, проте оцінюємо її як несуттєву з огляду на те, що все таки вибірка значна, що робить її адекватним інструментом для оцінки симптомів ПТСР.

Що ж до оцінки інших видів валідності, зокрема, прогностичної та очевидної, то в нашому випадку їх вивчення є не інформативним. Прогностична цінність шкали належним чином обґрунтована дослідженнями Бреслау та колег. В цьому сенсі валідність розробленого ним конструкту сумніву не підлягає. Питання було тільки в тому, чи переклад коректно відображає зміст критеріїв Бреслау. Оскільки зміст діагностичних критеріїв відображено коректно, нагальної необхідності вивчати прогностичну валідність методики немає. Проте, дані, системно зібрані в процесі застосування шкали в лікарнях і т.д. можуть в перспективі показати, наскільки висока прогностична цінність шкали Бреслау для вибірки українців.

Очевидна валідність опитувальника також не є інформативною, адже в нашому випадку не так важлива «здатність» респондентів здогадатись для чого призначений тест, скільки його правдивість та можливості визначення істинних даних щодо симптоматики ПТСР. Окрім цього, соціальна бажаність відповідей буде мінімальною, адже респондент не зацікавлений в постановці діагнозу ПТСР. Фабрикування відповідей також є не виправданим з точки зору пацієнта, який

переживає негативні симптоми хвороби та потребує допомоги, лікування; в більшості випадків пацієнт налаштований на комплаєнс в стосунках з клініцистом та самостійно звертається за допомогою, адже результат тестування в першу чергу має значення для нього самого [24-36; 79-81; 99].

Отже, результатом цього етапу процедури апробації методики для дослідження ПТСР Н. Бреслау стало визначення психометричних показників перекладеного остаточного варіанту цієї методики. Так, було встановлено, що остаточний варіант опитувальника має хороший рівень надійності ($r_{\text{kr}} = 0,788$), дискримінативності ($\delta = 0,93$) та валідності (сильний зв'язок з релевантними методиками ($r = 0,891$, $p = 0,0001$) та відсутність зв'язку з нерелевантними ($r = 0,212$, $p = 0,781$). Це робить методику доступною та ефективною для використання з метою діагностики ПТСР у дорослих українців.

Важливим аспектом в контексті розуміння та аналізу отриманих психометричних показників є їх порівняння з результатами для інших вибірок респондентів.

Як зазначають автори Н. Бреслау з колегами, оцінка у 4 бали та більше за цією скринінговою шкалою визначала позитивні випадки ПТСР із чутливістю 80%, специфічністю 97%, позитивною прогностичною цінністю 71% і негативною прогностичною цінністю 98% [29]. Окрім цього, дослідження з метою перевірки виявило високу відповідність між структурованим інтерв'ю, проведеним неспеціалістами-інтерв'юерами, та незалежними клінічними повторними інтерв'ю (чутливість=95%, специфічність=71% і каппа=0,63) [28].

Оригінальна процедура розробки методики Н. Бреслау, яка передбачала оцінку та розрахунок значень коефіцієнта детермінації, розрахованих у покроковій множинній регресії для найкращих п'яти комбінацій симптомів ПТСР для різних довжин шкали, показала збільшення коефіцієнта детермінації зі збільшенням довжини шкали, досягаючи плато на 6-8 симптомах (коефіцієнт детермінації=0,54). За результатами проведених досліджень, дослідники дійшли висновку, що саме семисимптомна шкала для скринінгу ПТСР є найбільш інформативною та точною, а оцінка 4 або більше балів виявляється найкращою

загальною межею з точки зору чутливості, специфічності та позитивного і негативного прогностичного значення методики. Використовуючи цей показник як межу для скринінгу на ПТСР, Н. Бреслау з колегами виявили, що менше ніж 2% «справжніх» випадків ПТСР були пропущені, тоді як 29% суб'єктів без ПТСР були помилково ідентифіковані як такі, що мають цей розлад [28].

Після оприлюднення остаточної версії скринінгової шкали Н. Бреслау, інші дослідники Р. Кімерлінг та ін. проводили власне дослідження методики для використання в закладах надання первинної медичної допомоги. Так, 134 учасники їх дослідження пройшли опитування за допомогою шкали Бреслау та шкали CAPS. Дослідники дійшли висновку, що шкала має хороший показник ретестової надійності ($r=0,84$), а також відношення правдоподібності (LR коливається від 0,04 до 13,4) [62]. Такі показники добре співвідносяться з результатами нашого дослідження.

2.3. Результати психодіагностичного дослідження ПТСР у дорослих українців із використанням скринінгової шкали Бреслау

За результатами проведеної апробації скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців було отримано показники за цією методикою, якій важливо презентувати та проаналізувати в цьому дослідженні.

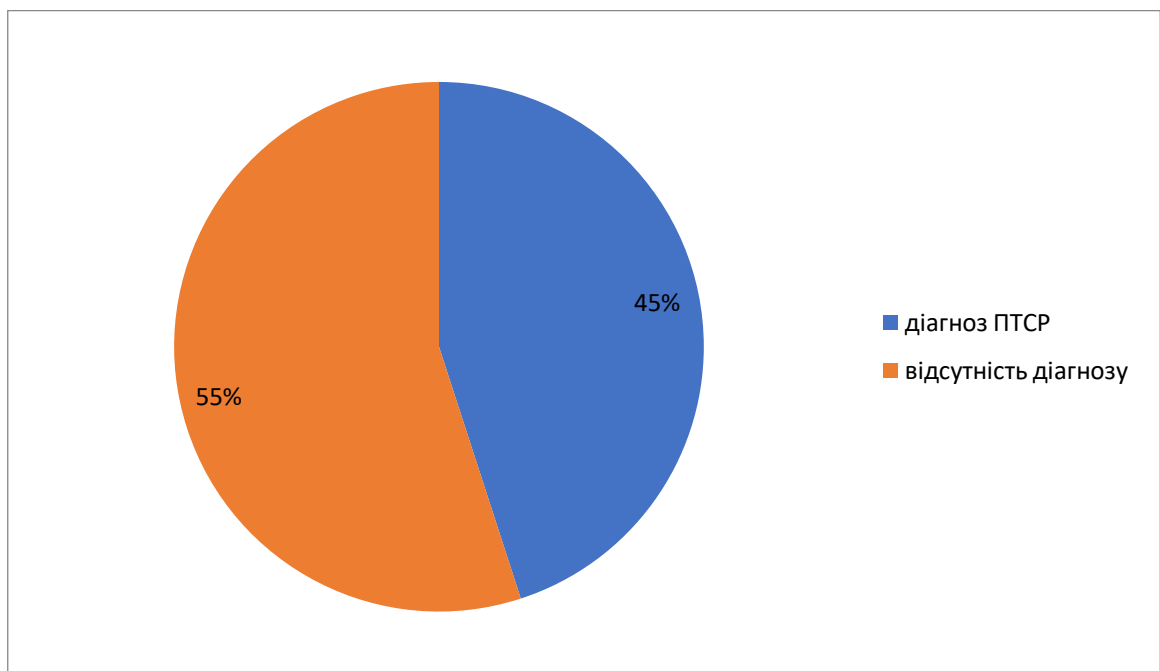


Рис. 2.4 Розподіл респондентів дослідження за шкалою Бреслау

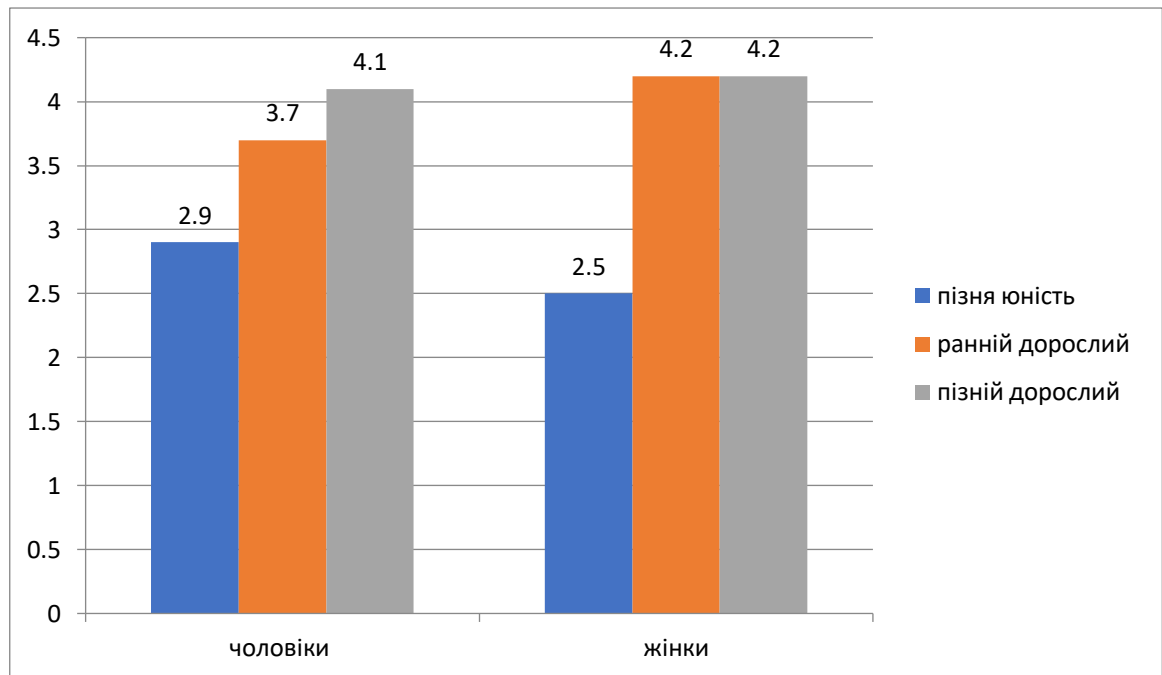


Рис. 2.5 Середні показники ПТСР за шкалою Бреслау за віком та статтю у вибірці дослідження

Зазначимо, що відповідно до ключів методики понад 45% респондентів отримали понад 4 бали, що відповідає потенційному діагнозу ПТСР. В контексті віку та статі бачимо, що найбільший середній бал за методикою мають групи жінок у віці 20-40 та 40-60 років ($M=4,2$), дещо менше – група чоловіків у віці 40-60 років ($M=4,1$) та у віці 20-40 років ($M=3,7$). Найнижчий показник за методикою мають жінки пізнього юнацького віку ($M=2,5$) та відповідно чоловіки ($M=2,9$).

Відтак, з представлених даних можна виокремити певну тенденцію: в Україні ПТСР частіше зустрічається у дорослих жінок, при цьому з віком частота появи ПТСР зростає. Таке припущення поки має лише характер спостереження, хоча й підкріплюється теоретичними розвідками в цій темі [24-26; 51; 58; 61; 65; 85]. Втім, для математичної перевірки такого припущення використаємо однофакторний дисперсійний аналіз (табл.2.3).

Результати однофакторного дисперсійного аналізу свідчать про існування статистично значимих відмінностей у показника ПТСР залежно від статі та віку респондентів ($F=1,546$, $p=0,034$).

Таблиця 2.3

Результати однофакторного дисперсійного аналізу

Підгрупи		Рівень значимості (p)	Підгрупи	Рівень значимості (p)	
чол, 18-20	чол, 20-40	,352	жін, 18-20	чол, 18-20	,434
	чол, 40-60	,009*		чол, 20-40	,009*
	жін, 18-20	,434		чол, 40-60	,043*
	жін, 20-40	,001*		жін, 20-40	,002*
	жін, 40-60	,005*		жін, 40-60	,003*
чол, 20-40	чол, 18-20	,352	жін, 20-40	чол, 18-20	,001*
	чол, 40-60	,680		чол, 20-40	,003*
	жін, 18-20	,009*		чол, 40-60	,867
	жін, 20-40	,003*		жін, 18-20	,002*
	жін, 40-60	,002*		жін, 40-60	,703
чол, 40-60	чол, 18-20	,009*	жін, 40-60	чол, 18-20	,005*
	чол, 20-40	,680		чол, 20-40	,002*
	жін, 18-20	,043*		чол, 40-60	,346
	жін, 20-40	,867		жін, 18-20	,003*
	жін, 40-60	,346		жін, 20-40	,867
чоловіки (усі)	жінки (усі)	,004*	жінки (усі)	чоловіки (усі)	,004*

Примітка. Символом «*» позначено статистично значимі відмінності.

Зокрема, існують відмінності між чоловіками 18-20 років та чоловіками 40-60 років ($p=0,009$), а також між юнаками та жінками 20-40 років ($p=0,001$) й жінками 40-60 років ($p=0,005$). Окрім цього, є відмінності між чоловіками різного віку (20-40 та 40-60 років) та жінками юнацького віку ($p=0,009$; $p=0,043$ відповідно). Також зафіксовано відмінність між показниками ПТСР у жінок 40-60 років та чоловіками 20-40 років ($p=0,002$). Інакше кажучи, чоловіки мають відмінності в частоті появи ПТСР залежно від віку: чим чоловік старший, тим частота виникнення ПТСР є вищою; у жінок вікові відмінності частоти виникнення ПТСР теж проявляються, однак саме на межі юнацького та дорослого віку, тоді як в дорослому віці вони стабільно високі. При цьому також фіксуємо статистично значимі відмінності в контексті статі: в чоловіків середній показник ПТСР ($M_{\text{чол}}=3,57$) нижчий і статистично відрізняється від середнього показника жінок ($M_{\text{жін}}=3,63$) ($p=0,004$).

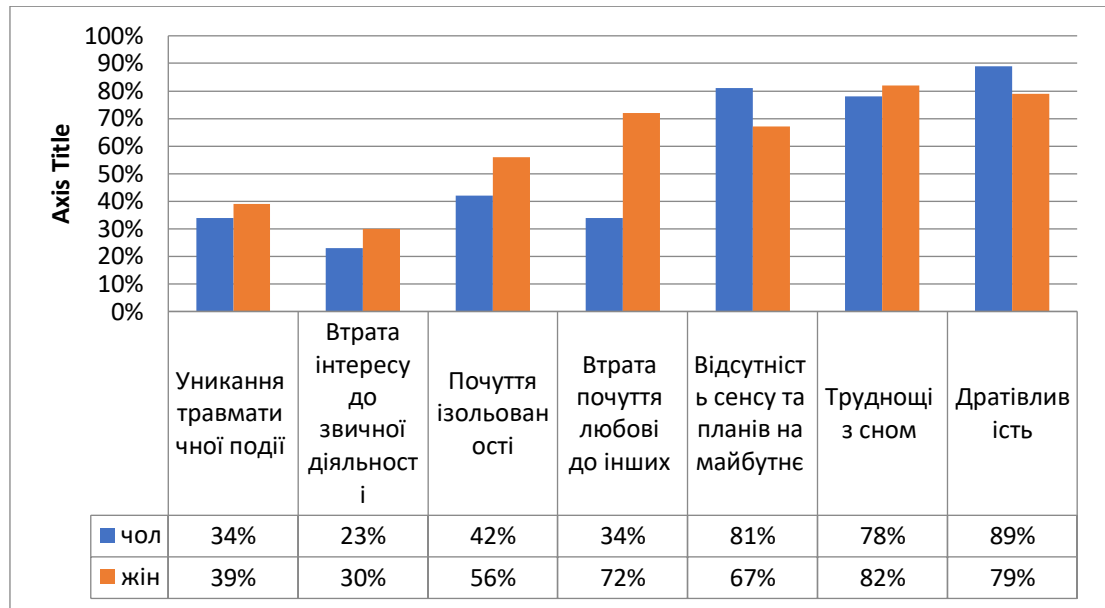


Рис. 2.6 Частота прояву симптомів ПТСР відповідно до шкали Бреслау у чоловіків та жінок

Аналіз частоти прояву симптомів ПТСР (відповідних питань та критеріїв, які закладені в основу шкали Бреслау) показує, що найчастішим симптомом ПТСР є дратівливість (для обох чоловіків та жінок), а також відсутність планів на майбутнє у чоловіків (81%) та труднощі зі сном у жінок (78%). Найрідше респонденти скаржаться на втрату інтересу до звичної діяльності (23% чоловіків та 30% жінок), а також на уникання досвіду травматичної події (34% чоловіків та 39% жінок). Цікаво, що найбільший розрив у частоті скарг фіксуємо за таким симптомом ПТСР як втрата почуття любові до інших: у жінок він зустрічається майже в два рази частіше (72%), ніж у чоловіків (34%).

Отже, за результатами проведеного дослідження можемо зробити висновок, що скринінгові ознаки ПТСР зафіксовано у понад 45 % респондентів дослідження ($n=150$; $M_{\text{вік}}=36,8$). При цьому існують як вікові, так і статеві відмінності у частоті прояву ПТСР у дорослих українців: чим чоловік старший, тим частота виникнення ПТСР є вищою; у жінок дорослого віку показники ПТСР стабільно вищі, ніж у юнацькому віці ($p=0,004$). Існують також певні відмінності у скаргах: найчастішим симптомом ПТСР є дратівливість (для обох чоловіків та жінок), а також відсутність панів на майбутнє у чоловіків (81%) та труднощі зі сном у жінок (78%).

Для остаточного підсумовування та аналізу отриманими результатами важливо порівняти наші показники з результатами для інших вибірок респондентів, зокрема, з початковими даними авторів методики.

Деякі дослідження повідомляють, що частка ПТСР серед дорослих біженців (зокрема, сирійських біженців у Швеції та Німеччині) фіксується на рівні 29,9%. Однак Р. Кеслер зазначає, що умовний ризик ПТСР після травми становив 9,2% [60].

Аналізуючи травматичні ситуації, які можуть слугувати причиною для розвитку ПТСР, Р. Кеслер зазначає, що найвищий ризик пов'язаний з агресивним насильством (20,9%), а також раптова несподівана смерть близької людини (31%). Загалом, з тих 15-24% дорослих американців, котрі зазнавали впливу тієї чи іншої травматичної події, понад 8% переживав ПТСР у певний час свого життя [60].

Цікавими є результати досліджень з приводу статевих та вікових особливостей частоти та причин ПТСР у дорослих. Так, у дослідженнях дорослого американського населення, проведених Н.Бреслау, Р. Кеслером, Г. Чілкоатом, зазначається, що жінки мали вищий ризик ПТСР, ніж чоловіки, з урахуванням типу травми. Якщо поширеність будь-якої травми протягом життя становила 89,6% (SE=0,8), то середня кількість однозначно травматичних подій становила 4,8 (SE=0,1) і була значно вищою у чоловіків, ніж у жінок – 5,3 проти 4,3 відповідно ($t=5,6$ за Стьюдентом, $p<0,001$) [33].

Порівняння за критерієм статі та конкретним типом травми показало, що в межах класу агресивного насильства жінки частіше, ніж чоловіки, повідомляють про зґвалтування (9,4% проти 1,1%) та інше сексуальне насильство (9,4% проти 2,8%), тоді як чоловіки частіше, ніж жінки, повідомляють про інші види агресивного насильства, включаючи грабіж або погрози зброєю (34,0% проти 16,4%), поранення або ножові поранення (8,2% проти 1,8%) і сильні побиття (13,1% проти 9,8%) [27].

Як зазначається у цьому ж таки дослідженні, частота травматизації різко досягає піку у віці від 16 до 20 років. Проте помітні відмінності спостерігалися

між класами травм у характері показників протягом життя респондентів. Імовірність насильства різко знизилася після 20 років, продовжувала знижуватися на третьому та четвертому десятиліттях життя та залишалася низькою до 45 років. Навпаки, ймовірність інших класів травм, які також знизилися після 20 років, не продовжувала знижуватися в наступні роки. Раптова несподівана смерть близької людини була єдиною травмою, яка залишалася на високому рівні, починаючи від 16-20 років до 40 років і досягла кульмінації між 41 і 45 роками [30].

Р.Кеслер зазначає, що приблизно 26% випадків ПТСР пройшли через 6 місяців, а 40% – у період до 12 місяців. При цьому, прояви ПТСР зберігались довше у жінок, ніж у чоловіків (log-rank $\chi^2_{21}=10,568$, $P=0,002$), із середньою тривалістю 48,1 місяця у жінок проти 12,0 місяців у чоловіків. ПТСР зберігався довше у випадках, спричинених безпосередньо пережитими травмами, порівняно з інформацією про травми близької людини або раптову несподівану смерть близької людини (log-rank $\chi^2_{21}=6,534$, $P=0,01$) із середньою тривалістю 48,1 місяця проти 12,1 місяця відповідно [31].

Н. Бреслау, Г. Чілкоат та ін. не знайшли підтверджень тому, що вік суб'єкта на момент індексної травми впливав на ризик ПТСР. Незважаючи на інтуїтивну важливість віку під час травми як фактора ризику ПТСР, попередні звіти респондентів містили мало інформації на цю тему. Опитування загального населення повідомляли про поширеність ПТСР за віком під час опитування, а не за віком під час травми [27]. Так, Б. Грін, М. Грейс та ін. відзначали, що молодший вік під час військової служби у В'єтнамі був значним прогностичним фактором ПТСР, пов'язаного з бойовими діями у періоді понад 10 років після війни [28]. Не повідомлялося про зв'язок між віком під час служби та ПТСР, пов'язаним з бойовими діями протягом усього життя, залишаючи відкритою можливість того, що вік під час травми може бути пов'язаний із хронізацією ПТСР, а не з ризиком ПТСР. Аналіз даних Національного дослідження коморбідності, у якому використовувався вік на момент зазнання травми, не виявив впливу віку на ризик ПТСР [30].

Що ж до конкретних симптомів, то за нашими даними серед українців найчастішим симптомом ПТСР є дратівливість (для обох чоловіків та жінок), а також відсутність планів на майбутнє у чоловіків (81%) та труднощі зі сном у жінок (78%) [59]. Натомість Н. Бреслау в рамках аналізу даних детройтського опитування травми повідомляє, що у понад 80% респондентів фіксували сильний страх, безпорадність, жах [30]. Представлена інформація з попередніх досліджень в цілому узгоджується з результатами наших досліджень та підтверджує тезу Н. Бреслау про те, що попередній вплив травматичних подій пов'язаний із більшою вразливістю до наслідків ПТСР після наступної травми [30].

Отже, основні висновки розглянутих досліджень можна звести до таких наступних тез: травматичні події в житті дорослої людини є досить поширеними (у понад 89,6%), а серед конкретних травм найчастішою є раптова несподівана смерть близького родича чи друга (60%); умовна ймовірність виникнення ПТСР після впливу травми становила 9,2% і цей показник є у 2 рази вищим у жінок, ніж у чоловіків, що свідчить про вищу частоту розладу у жінок. Такі результати в цілому узгоджуються з результатами отриманими в ході нашого дослідження ПТСР у дорослих українців та суттєво доповнюють їх.

Висновки до розділу 2

Результатом дослідження є переклад та апробація скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців.

Розроблено варіант опитувальника для діагностики ПТСР у дорослих українців, в якому показники ефективності знаходяться в діапазоні 0,53 для тесту та від 0,4 до 0,75 для кожного питання, а індекс дискримінативності пунктів - від 0,2 до 0,45.

Визначення психометричних показників перекладеного остаточного варіанту методики Бреслау показало, що наш остаточний варіант перекладу володіє хорошим рівнем надійності ($r_{\text{кр}} = 0,788$), дискримінативності ($\delta = 0,93$) та валідності (сильний зв'язок з релевантними методиками ($r = 0,891$, $p = 0,0001$) та відсутність зв'язку з нерелевантними ($r = 0,212$, $p = 0,781$). Це робить методику доступною та ефективною для використання з метою скринінгу ПТСР у дорослих українців.

В результаті психодіагностичного дослідження ПТСР у дорослих українців із використанням апробованої скринінгової шкали Бреслау, було встановлено, що понад 45% респондентів мають діагноз ПТСР відповідно до ключів методики. Найвищий показник мають групи жінок у віці 20-40 та 40-60 років ($M = 4,2$), дещо менше – група чоловіків у віці 40-60 років ($M = 4,1$) та у віці 20-40 років ($M = 3,7$). Найнижчий показник за методикою мають жінки пізнього юнацького віку ($M = 2,5$) та відповідно чоловіки ($M = 2,9$).

Результати однофакторного дисперсійного аналізу свідчать про існування статистично значимих відмінностей у показника ПТСР залежно від статі та віку респондентів ($F = 1,546$, $p = 0,034$). Так, чим чоловік старший, тим частота виникнення ПТСР є вищою; у жінок вікові відмінності частоти виникнення ПТСР теж проявляються, однак саме на межі юнацького та дорослого віку, тоді як в дорослому віці вони стабільно високі. При цьому також фіксуємо статистично значимі відмінності в контексті статі: в чоловіків середній показник ПТСР ($M_{\text{чол}} = 3,57$) нижчий і статистично відрізняється від середнього показника жінок ($M_{\text{жін}} = 3,63$) ($p = 0,004$).

Результати аналізу показали також, що існують певні відмінності у скаргах: найчастішим симптомом ПТСР є дратівливість (для обох чоловіків та жінок), а також відсутність панів на майбутнє у чоловіків (81%) та труднощі зі сном у жінок (78%).

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного теоретичного та емпіричного дослідження було отримано наступні результати відповідно до поставлених завдань:

2) теоретичний аналіз поняття ПТСР та його діагностичних критеріїв показав, що в сучасній науці ПТСР – це офіційний діагноз, який входить до класифікатора хвороб DSM-V (2013) та визначається як розлад, що складається з чотирьох кластерів симптомів, до яких належать: нав'язливі та повторювані спогади про травму; уникнення травми та пов'язаних із нею стимулів; оніміння і/або негативні зміни в настрої чи поведінці, що стосується травми; зміни реактивності та збудження. Діагноз ПТСР фіксується тоді, коли є повне виконання груп діагностичних критеріїв А-Н за правилом «шести симптомів», що потребує не менше як два симптоми у категорії D та E, які тривали понад 1 місяць (критерій F) та спричинили значне страждання людини або порушення її діяльності (критерій G). Також має бути виключено існування будь-якого іншого розладу (критерій H);

3) теоретичний огляд процедурних особливостей діагностики ПТСР показав, що процедура діагностики ПТСР є комплексним процесом зі збором анамнезу, аналізом життя та діяльності хворого тощо, в ході якого використовують ряд психологічних методик та тестів, а також скринінгових експрес засобів. Одним із таких засобів є шкала Бреслау, розроблена в 1999 році Н. Бреслау та колегами для скринінгу семи симптомів ПТСР, відповідно до критеріїв DSM-IV. Ця методика визнана ефективною для скринінгу ПТСР в епідеміологічних і клінічних дослідженнях, враховуючи обмеження ресурсів і навантаження на респондентів. Оцінка 4 або більше за цією шкалою визначає позитивні випадки ПТСР із чутливістю 80%, специфічністю 97%, позитивною прогностичною цінністю 71% і негативною прогностичною цінністю 98%, що є свідченням високих психометричних властивостей цієї методики (для англomовного варіанту американської вибірки респондентів). В Україні методика належить до переліку рекомендованих для діагностики ПТСР на

первинній ланці надання медичної допомоги, а також часто використовується дослідниками під час проведення психодіагностичних досліджень через свою зручність та швидкість оцінки;

4) в результаті проведення пілотажного дослідження із використанням короткої скринінгової шкали Бреслау для скринінгу ПТСР у дорослих українців як початкового етапу в процедурі апробації вказаної методики, було проаналізовано показники індексу ефективності (0,53 для тесту та від 0,4 до 0,75 для кожного питання) та дискримінативності (від 0,2 до 0,45) завдань опитувальника. В ході пілотажного дослідження було здійснено фактичне порівняння різних варіантів перекладу методики з відбором якісніших завдань. Відбір учасників дослідження та поширення результатів зумовлене критеріями формування вибірки ($n=150$ осіб; $M=36,8$ років). Специфікація тесту відповідає початковому формату: 7 питань та ключ до інтерпретації результатів;

5) визначення психометричних показників перекладеного остаточного варіанту методики Бреслау показало, що такий варіант опитувальника володіє хорошим рівнем надійності ($r_{kr}= 0,788$), дискримінативності ($\delta=0,93$) та валідності (сильний зв'язок з релевантними методиками ($r=0,891$, $p=0,0001$) та відсутність зв'язку з нерелевантними ($r=0,212$, $p=0,781$). Це дає підстави вважати запропонований варіант перекладу ефективним для застосування з метою скринінгу ПТСР у дорослих українців;

б) в результаті психодіагностичного дослідження ПТСР у дорослих українців із використанням апробованої скринінгової шкали Бреслау, було встановлено, що понад 45% респондентів мають діагноз ПТСР. Найвищий показник мають групи жінок у віці 20-40 та 40-60 років ($M=4,2$), дещо менше – група чоловіків у віці 40-60 років ($M=4,1$) та у віці 20-40 років ($M=3,7$). Найнижчий показник за методикою мають жінки пізнього юнацького віку ($M=2,5$) та відповідно чоловіки ($M=2,9$).

Було встановлено, що існують статистично значимі відмінності у показниках ПТСР залежно від статі та віку респондентів ($F=1,546$, $p=0,034$). Так, чим чоловік старший, тим частота виникнення ПТСР у нього є вищою; у жінок

вікові відмінності частоти виникнення ПТСР теж проявляються, однак саме на межі юнацького та дорослого віку, тоді як в дорослому віці вони стабільно високі. Зафіксовані статистично значимі відмінності в контексті статі полягають в тому, що в чоловіків середній показник ПТСР ($M_{\text{чол}}=3,57$) нижчий, ніж у жінок ($M_{\text{жін}}=3,63$) ($p=0,004$).

Результати аналізу показали також, що існують відмінності у скаргах щодо ПТСР: найчастішим симптомом ПТСР є дратівливість (для обох чоловіків та жінок), а також відсутність панів на майбутнє у чоловіків (81%) та труднощі зі сном у жінок (78%), тоді як найрідше зустрічається втрата інтересу до звичної діяльності (23% чоловіків та 30% жінок) та уникання досвіду травматичної події (34% чоловіків та 39% жінок). Серед конкретних травм найчастіше значимою є раптова несподівана смерть близького родича чи друга (60%); умовна ймовірність виникнення ПТСР після впливу травми становила 9,2% і цей показник є у 2 рази вищим у жінок, ніж у чоловіків, що підтверджує думку про вищу частоту розладу у жінок.

Отримані результати дозволили досягти поставленої мети дослідження та здійснити апробацію короткої скринінгової шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців на основі відомостей про ПТСР як предмет психодіагностичного дослідження. Втім, ця тема має значний потенціал для подальших наукових розвідок. Так, до перспектив подальшого вивчення відносимо проведення процедури стандартизації методики та аналіз необхідності перегляду тестових норм для різних вибірок дослідження. Також важливим аспектом дослідження є просвітницька та психоедукативна робота щодо інформування населення та вразливих груп щодо ПТСР, його симптомів, проявів та методів допомоги, самопомоги в випадках наявності такої хвороби.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз тестових завдань на основі статистичної обробки результатів тестування. *Вісник Київського університету. Серія: фізико-математичні науки*. 2010. № 2. URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/1605/Glybovets_Ostapenko_Tests%20analysis.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. Блінов О.А., Максименко С.Д., Черненко І.О. Опитувальник скринінгу посттравматичного стрессового розладу (ОС ПТСР): наук.-метод. Видання. К.: Талком, 2019. 23 с. <http://surl.li/nlbaq>
3. Бурлачук Л. Ф. Словник-довідник з психодіагностики. / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. СПб.: Пітер, 1999. – 528 с.
4. Використання статистичних методів для створення когнітивних тестових завдань. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2018. Т. 28. № 8. URL: https://nv.nltu.edu.ua/Archive/2018/28_8/26.pdf.
5. Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни»: препринт. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2022. С. 46. URL: <http://surl.li/nlbaх>
6. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації. Київ ; Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 67 с.
7. Карачевський А. Б. Адаптація шкал та опитувальників українською та російською мовами щодо посттравматичного стрессового розладу. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Київ, 2016. С. 607–620.
8. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
9. МКХ-10 – онлайн-довідник Міжнародна Класифікація Хвороб. МКБ-10. URL: <https://mkh10.com.ua/>

10. Наказ МОЗ України від 23.02.2016 р. № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» / Міністерство охорони здоров'я України. 2016. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-94058-algoritm-dii-likarya-pri-nadanni-medichnoi-dopomogi-xvorim-iz-posttravmatichnim-stresovim-rozladom
11. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
12. Посттравматичний стресовий розлад / Державний Експертний центр МОЗ України. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad/>
13. Посттравматичний стресовий розлад: [навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. МОЗ України / Венгер О. П. та ін.] ; ДВНЗ «Тернопіл. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України». Тернопіль: ТДМУ, 2016. 260 с.
14. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О. П., Ястремська С. О., Рега Н. І. та ін. Тернопіль : ТДМУ, 2016. 264 с.
15. Про рекомендації для працівників закладів дошкільної освіти на період дії воєнного стану в Україні : Лист МОН № 1/3845-22 від 02.04.22. Міністерство освіти і науки України. URL: <https://ru.osvita.ua/legislation/doshkilna-osvita/86206/>
16. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості: метод. посіб. / В. Є. Харченко, М. А. Шугай. Острог: Острозька академія, 2015. 160 с.
17. Руденко О. В., Хараджі Л. О. Специфіка прояву ознак посттравматичного стресового розладу особистості військовослужбовців – учасників операції об'єднаних сил. *Вчені записки Таврійського Національного Університету імені В.І. Вернадського Серія: Психологія*. Том 31 (70). № 4, 2020. URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/4_2020/12.pdf
18. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий

розлад.

URL:

http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_YKPMO_PTZR.doc

19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author. 2013. 947 p.
20. Antony M.M., Orsillo S.M., Roemer L. Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety. Kluwer Academic Publishers New York, Boston, Dordrecht, London. 2013. 503 p.
21. Benjet C., Bromet E., Karam E. G., Kessler R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*. 2016. Vol. 46. Number 2. 327–343.
22. Bisson J, Andrew M: Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* (3) : CD003388, 2007. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
23. Blanco C., Hoertel N., Wall M. M., Franco S., Peyre H., Neria Y. Toward understanding sex differences in the prevalence of posttraumatic stress disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2018. Vol. 79(2). P. 116-136.
24. Bohnert K. M, Breslau N. Assessing the performance of the short screening scale for posttraumatic stress disorder in a large nationally-representative survey. *International Journal of Methods of Psychiatric Researches*. 2011. Vol. 20(1). <https://doi.org/10.1002/mpr.331>.
25. Breslau N. Davis G.C., Andreski P., Peterson E.L., Schultz L. R. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1997. Vol. 54. P. 1044-1048.
26. Breslau N., Davis G. C., Andreski P., Peterson E. L. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*. 1991. Vol. 48. P. 216-222.

27. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 1998; Vol. 55. P. 626-632.
28. Breslau N, Peterson EL, Kessler RC, Schultz LR. Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1999. 156. P. 908-911.
29. Breslau N. Trauma and mental health in US inner-city populations (editorial). *General Hospital Psychiatry*. 2009. Vol. 31. P. 501–502.
30. Breslau N., Chilcoat H. D., Kessler R. C., Davis G. C. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *The American Journal of Psychiatry*. 1999. Vol. 156(6). P. 902–907. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.902>
31. Breslau N., Kessler R. C. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*. 2001. Vol. 50. P. 699–704.
32. Breslau N., Kessler R.C., Peterson E.L. PTSD assessment with a structured interview: reliability and concordance with a standardized clinical interview. *International Journal of Methods of Psychiatric Researches*. 1998. Vol. 7. P. 121–127
33. Breslau N., Peterson L. E, Kessler R. S., Schultz L. Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1999. Volume 156. Issue 6. P. 813-986. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.908>
34. Brewin C. R., Andrews B., & Rose S. Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*. 2000. Vol. 13. P. 499–509.
35. Brewin C. R., Gregory J. D., Lipton M., Burgess N. Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*. 2010. Vol. 117. P. 210–232.
36. Brewin C. R, Rose S., Andrews B. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2002. 181. P. 158-162.

37. Bromet E. J., Karam E. G., Koenen K. C., Stein D. J. Trauma and posttraumatic stress disorder: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2018. 341 p.
38. Brunet A. Suicide risk among active and retired Canadian soldiers: the role of posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 59 (9). P. 457–459.
39. Bryant R. A., Marosszeky J. E., Crooks J., Gurka J. A. Posttraumatic stress disorder after severe traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 157. P. 629–631.
40. Burgess A. W., Holmstrom L. L. Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 1974. Is. 131. P. 981–986.
41. Castro A. Suicides in the military: the post-modern combat veteran and the Hemingway effect. *Current Psychiatry Reports*. 2014. Vol. 16 (8). P. 460.
42. Cohen L.E., Felson M. Social change and crime rate trends: a routine activity approach. *American Social Reviews*. 1979. P.445-488.
43. Creamer M., McFarlane A. C., Burgess P. Psychopathology following trauma: The role of subjective experience. *Journal of Affective Disorders*. 2005. Vol. 86. P. 175–182.
44. Crum R. M., Lillie-Blanton M., Anthony J. C. Neighborhood environment and opportunity to use cocaine in late childhood and early adolescence. *Drug Alcohol Depend*. 1996. Vol. 43. P. 155-161.
45. Detroit Area Study 1952 - 2001 Celebrating 50Years./ ed. A. Abro. The University of Michigan ; Survey Research Center; Institute for Social Research; The University of Michigan; Michigan. P. 148 URL: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/51439/00000007.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Figley C. R. Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder . 1985. (Vol. 1). New York: Brunner/Mazel. P. 165-178.

47. Fo E. B., McLean C. P., Zang Y., Zhong J., Rauch S. A., Porter K. Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment*. 2016. 28(10). P. 1159–1165.
48. Fox A. B., Walker B. E., Smith B. N., King D. W., King L. A., Vogt D.. Understanding how deployment experiences change over time: Comparison of female and male OEF/OIF and Gulf War veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*/ 2015. Vol. 8(2). P. 135.
49. Franklin C. L., Sheeran T., Zimmerman M. Screening for trauma history, posttraumatic stress disorder (PTSD) and subthreshold PTSD in psychiatric outpatients. *Psychological Assessment*. 2002. Vol. 14. P. 467-471.
50. Freedy J.R., Steenkamp M.M., Magruder K.M.. Post-traumatic stress disorder screening test performance in civilian primary care. *Family Practice*. 2010. Vol. . *Psychosomatics*. 1981. Vol. 22(11). P. 931–943.
51. Goldstein R. B., Smith S. M., Chou S. P., Saha T. D., Jung J., Zhang, H. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016. Vol. 51. P. 1137–1148.
52. Gray J. D., Cutler C. A., Dean J. G., Kempe C. H. Prediction and prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*. 1977. Vol.1 P. 45–58.
53. Horowitz, M. Post-traumatic stress disorder. *Behavioral Science and Law*. 1983. Vol. 1. Pp. 9-20.
54. Howard R, Berry K, Haddock G: Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2022. Vol. 29(2). P. 373-399. doi: 10.1002/cpp.2642
55. Karam E. G., Andrews G., Bromet E., Petukhova M., Ruscio A. M., Salamoun M. The role of criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 2010. Vol. 68. P. 465–473.

56. Kaysen D., Resick P. A., Wise D. Living in danger: The impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2003. Vol. 4(3). P. 247–264.
57. Keane T. M., Solomon S. MMH-National Center for PTSD assessment standardization conference. Paper presented at the 12th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. San Francisco, CA. 1996.
58. Kessler R.C. Sonnega A., Bromet E., Nelson C. B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995. Vol. 52. P. 1048- 1060.
59. Khachatryan D, Groll D, Booij L: Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*. 2016. Vol. 39. P. 46-52. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.10.007
60. Kilpatrick D. G., Badour C. L., Resnick H. S. Trauma and posttraumatic stress disorder prevalence and sociodemographic characteristics. / In S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge*. 2013. P. 63–85.
61. Kimerling R, Ouimette P, Prins A, et al. Brief report: Utility of a short screening scale for DSM-IV PTSD in primary care. *Journal of General Internationa Medicine*. 2006. Vol. 21(1). P. 65-67. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00292.x>.
62. Kimerling R., Ouimette P., Prins A., Nisco P., Lawler C., Cronkite R., Moos R. H. Brief report: Utility of a short screening scale for DSM-IV PTSD in primary care. *Journal of general internal medicine*. 2006. Vol. 21(1). P. 65–67. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00292.x>
63. Kinzie J. D., Leung P. Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1989. Vol. 177. Number 9. P. 546-550.

64. Korte K. J., Allan N. P., Gros D. F., Acierno R. Differential treatment response trajectories in individuals with subclinical and clinical PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016. Vol. 38. P. 95–101.
65. Lanius R. A., Williamson P. C., Bluhm R. L., Densmore M., Boksman K., Neufeld R. W. Functional connectivity of dissociative responses in posttraumatic stress disorder: A functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry*. 2005. Vol. 57. P. 873–884.
66. Lehavot K., Katon J. G., Chen J. A., Fortney J. C., Simpson T. L. Post-traumatic stress disorder by gender and veteran status. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018. Vol. 54(1). P. 1–9.
67. Litz B. T., Gray M. J. Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: Current and future research directions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 36. P. 198–294.
68. Liu H., Petukhova M. V., Sampson N. A., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Andrade L. H. Association of DSM-IV posttraumatic stress disorder with traumatic experience type and history in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74(3). P. 270.
69. Magruder K. M., Yeager D. E. The prevalence of PTSD across war eras and the effect of deployment on PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Annals*. 2009. Vol. 39. P. 778–788.
70. Maia T. V. Two-factor theory, the actor-critic model, and conditioned avoidance. *Learning and Behavior*. 2010. Vol. 38. Pp. 50–67
71. Marmar C. R., Schlenger W. E., Henn-Haase C., Qian M., Purchia E., Li M. Course of posttraumatic stress disorder 40 years after the Vietnam war: Findings from the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*. 2015. Vol. 72, p. 875–881.
72. McNally R. J. Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety*. 2009. Vol. 26, P. 597–600.

73. Mille M. W., Resick P. A. Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behavior Therapy*. 2007. Vol. 38. P. 58–71.
74. Miller D., Katz D., Kahn R., Willard R. Detroit Area Studies Series URL: <https://www.icpsr.umich.edu/web/ICPSR/series/151>
75. Moscicki E. K., Clarke D. E., Kuramoto S. J., Kraemer H. C., Narrow W. E., Kupfer D. J. Testing DSM-5 in routine clinical practice settings: Feasibility and clinical utility. *Psychiatric Services*. 2013. Vol. 64(10). P. 952–960.
76. Nugent N. R., Saunders B. E., Williams L. M., Hanson R., Smith D. W., Fitzgerald, M. M. Posttraumatic stress symptom trajectories in children living in families reported for family violence. *Journal of Traumatic Stress*. 2009. Vol. 22(50). P. 460-466.
77. O'Donnell M. L., Creamer M., McFarlane A. C., Silove D., Bryant R. A. Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Research*. 2002. Vol. 176. P. 257–260.
78. Orcutt H. K., Erickson D. J., Wolfe J. The course of PTSD symptoms among Gulf War veterans: A growth mixture modeling approach. *Journal of Traumatic Stress*. 2004. Vol. 17(3). P. 195-202.
79. Ouimette P., Cronkite R., Henson B. R., Prins A., Gima K., Moos R. H. Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. *Journal of Traumatic Stress*. 2004. Vol. 17 P. 19.
80. Pietrzak R. H., Goldstein R. B., Southwick S. M., Grant, B. F. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011. Vol. 25. P. 456–465.
81. Ramchand R., Rudavsky R., Grant S., Tanielian T. L., Jaycox L. H. Prevalence of risk factors for, and consequences of, posttraumatic stress disorder and other mental problems in military populations deployed to Iraq and Afghanistan. *Current Psychiatric Reports*. 2015. Vol. 17(5). P. 35–37.

82. Regier D. A., Narrow W. E., Clarke D. E., Kraemer H. C., Kuramoto S. J., Kuhl E. A. DSM-5 field trials in the United States and Canada: Part II. Test–retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 170. P. 59–70.
83. Resick P. A., Miller, M. W. Posttraumatic stress disorder: Anxiety or traumatic stress disorder? *Journal of Traumatic Stress*. 2009. Vol. 22. P. 384–390.
84. Robins L. N, Cottler L., Bucholz K., Compton W. Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV. St Louis, Washington University, 1995. 234 p.
85. Robins L. N. Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Archives of General Psychiatry*. 1985. Vol. 42. P. 918–924.
86. Rothbaum B.O., Foa E.B., Riggs D.S., Murdock T. Walsh W. A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 2012. Vol. 5. P. 455-475.
87. Sar V., Koyuncu A., Ozturk E., Yargic L., Kundakci T., Yazici A. Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General Hospital Psychiatry*. 2007. Vol. 29. P. 45–50.
88. Schmitt B. D., Kempe C. H. Prevention of child abuse and neglect. *Current Problems in Pediatrics*. 2010. Vol. 5. P. 35–45.
89. Schnurr P. P., Ford J. D., Friedman M. J., Green B. L., Dain B. J., Sengupta A. Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. Is. 68. P. 258–268.
90. Seedat S., Scott K. M., Angermeyer M. C., Berglund P., Bromet E. J., Brugha T. S. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*. 2009. 66(7). P. 785.
91. Selye H. Forty years of stress research: Principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*. 1976. Vol. 115. Pp. 53–56.
92. Shalev, A. Y., Gevonden, M., Ratanatharathorn, A., Laska, E., Mei, W. F. van der, Qi, W., et al. (2019). Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors:

Results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP). *World Psychiatry*, 18(1), 77–87.

93. Shrout P. E, Skodol A. E, Dohrenwend B. P. A two-stage approach for case identification and diagnosis: first-stage instruments, in *Mental Disorders in the Community: Progress and Challenge*. / Edited by Barrett JE, Rose RM. New York, Guilford Press, 1986. P. 286–303.

94. Spitzer R.L., Kroenke K, Linzer M, Hahn S.R., Williams J.B., de Gruy F.V., Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders: results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*. 2006. Vol. 274. P.1511–1517.

95. Susskind O, Ruzek JI, Friedman MJ. The VA/DOD Clinical Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress (update 2010): development and methodology. *Journal of Rehabilitation Research Development*. 2012. Vol. 49(5): xvii–xxviii. DOI:10.1682/jrrd.2011.12.0241.

96. van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press, 2006. 596 p.

97. Weathers F. W., Keane T. M, Davidson J. R. Clinician-administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*. 2001. Vol. 13. P.132-156.

98. Weathers F. W., Bovin M. J., Lee D. J., Sloan D. M., Schnurr P. P., Kaloupek D. G. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5: Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*. 2018. Vol. 30(3). P. 383–395.

99. Weathers F.W., Blake D.D., Schnurr P.P., Kaloupek D.G., Marx B.P., Keane T.M. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). 2013. URL: www.ptsd.va.gov

100. Wilson G, Farrell D, Barron I, et al: The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress

disorder—A systematic narrative review. *Frontiers of Psychology*. 2018. Vol. 9. P. 923. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00923

101. Winning A., Gilsanz P., Koenen K. C., Roberts A. L., Chen Q., Sumner J. A., Rimm E. B., Maria Glymour M., Kubzansky L. D. Post-traumatic Stress Disorder and 20-Year Physical Activity Trends Among Women. *American Journal of preventive medicine*. 2017. Vol. 52(6). P. 753–760. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.040>

ДОДАТКИ

Додаток А

Англомовна версія шкали Бреслау

Item	Test-retest κ
In your life, have you ever had any experience that was so frightening, horrible, or upsetting that, <i>in the past month</i> . . .	
1. Did you avoid being reminded of this experience by staying away from certain places, people, or activities?	0.54
2. Did you lose interest in activities that were once important or enjoyable?	0.72
3. Did you begin to feel more isolated or distant from other people?	0.81
4. Did you find it hard to have love or affection for other people?	0.50
5. Did you begin to feel that there was no point in planning for the future?	0.74
6. After this experience were you having more trouble than usual falling asleep or staying asleep?	0.78
7. Did you become jumpy or get easily startled by ordinary noises or movements?	0.63

Responses are YES=1 or NO=0. The scale is scored by summing all responses. Scale scores may range from 0 to 7.

PTSD, posttraumatic stress disorder.

Джерело: Kimerling, R., Ouimette, P.C., Prins, A., Nisco, P., Lawler, C., Cronkite, R., & Moos, R.H. (2005). Brief report: Utility of a short screening scale for DSM-IV PTSD in primary care. *Journal of General Internal Medicine, 21*, 65-67.

Наявний варіант перекладу шкали Бреслау

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (Бреслау та співавт. (1999))

№	Запитання	Варіанти відповіді
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		так

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

Дата _____

Оцінка результату і подальші заходи

1. Формулювання попереднього діагнозу: позитивна відповідь на 4 і більше питань дає підстави поставити посттравматичний стресовий розлад під питанням.
2. Інформування пацієнта: виявлені у нього зміни можуть бути проявом реакції на стрес, що потребує спеціалізованої психотерапевтичної/психіатричної допомоги, а також про те, де саме така допомога може бути на 1 дана пацієнту.
3. Позитивна відповідь на запитання № 2 (Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?) зобов'язує провести подальшу діагностику депресивного розладу та визначити тяжкість з використанням опитувальника PHQ-9 (вище); або скерувати на вторинний рівень до психіатра.
4. Позитивна відповідь на запитання № 5 (Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?) зобов'язує провести опитування на предмет прихованих суїцидальних думок (Додаток 9 до цього Стандарту); залучити родичів, близьких до психологічної підтримки; направити на консультацію до психіатра.
5. У випадку, якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих - термінове направлення у заклад охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Джерело: Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_YKPMR_PTZR.doc

Версія опитування для пілотажного дослідження

Інструкція:

Уважно прочитайте питання нижче. Керуючись своїми відчуттями, дайте відповідь на кожне питання «так» або «ні».

№	Питання	Відповідь
	Чи був у вашому житті настільки моторошний, жахливий або засмучуючий досвід, що <i>за останній місяць...</i>	
1	...Ви уникали будь-яких нагадування про цей досвід, тримаючись подалі від певних місць, людей або видів діяльності?	так ні
2	...Ви втратили інтерес до тієї діяльності, яка колись вам подобалась і була важливою?	так ні
3	...Ви почали відчувати себе більш ізольованими або віддаленими від інших людей?	так ні
4	...Вам стало важко відчувати любов або прихильність до інших людей?	так ні
5	...у Вас з'явилося відчуття, що немає сенсу планувати своє майбутнє?	так ні
6	...Після цього досвіду у вас виникло більше труднощів із засипанням або якістю сну, ніж раніше?	так ні
7	...Ви стали дратівливими або легко лякаєтесь звичайних звуків чи рухів?	так ні
8	Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?	так ні
9	Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	

		так ні
10	Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізолюваним від інших людей?	так ні
11	Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	так ні
12	Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	так ні
13	Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?	так ні
14	Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	так ні

Додаток В

Остаточна версія шкали Бреслау для діагностики ПТСР у дорослих українців

	Чи був у вашому житті настільки моторошний, жахливий або засмучуючий досвід, що за останній місяць...	
1	...Ви уникали будь-яких нагадування про цей досвід, тримаючись подалі від певних місць, людей або видів діяльності?	так ні
2	...Ви втратили інтерес до тієї діяльності, яка колись вам подобалась і була важливою?	так ні
3	...Ви почали відчувати себе більш ізольованими або віддаленими від інших людей?	так ні
4	...Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	так ні
5	...у Вас з'явилося відчуття, що немає сенсу планувати своє майбутнє?	так ні
6	...Після цього досвіду у вас виникло більше труднощів із засипанням або якістю сну, ніж раніше?	так ні
7	...Ви стали дратівливими або легко лякаєтесь звичайних звуків чи рухів?	так ні

Результат у більше або рівно 4 бали дає підстави поставити діагноз ПТСР під питанням.