

ЗЛИВКОВ В.Л.

кандидат психологічних наук, доцент, завідувач лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

ЛУКОМСЬКА С.О.

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

КОТУХ О.В.

науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

МЕЛЬНИК О.В.

науковий кореспондент Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, психотерапевт Черкаського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни

**МІЖНАРОДНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ТРАВМИ (ІТQ):
АДАПТАЦІЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ
ВИКОРИСТАННЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ КОМПЛЕКСНОГО І
ВІДТЕРМІНОВАНОГО ПТСР**

Зливков В.Л., Лукомська С.О., Котух О.В., Мельник О.В. Міжнародний опитувальник травми (ІТQ): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР. Дану статтю присвячено результатам адаптації україномовної версії Міжнародного опитувальника травми. Методика містить дві діагностичні частини – ПТСР і ПТСР-комплексний, які охоплюють три кластери симптомів даного розладу – повторне переживання травматичної події, уникнення думок і переживань, пов'язаних із травмою та надмірне відчуття загрози (гіперпильність). Нашими дослідженнями підтверджено можливості використання даного опитувальника для діагностики відтермінованого ПТСР, оскільки перед тестування учасник бойових дій зазначає, коли відбулася травматична подія (від дня тому до 20 років тому). ПТСР діагностується за наявності критеріїв ПТСР та при відсутності порушень самоорганізації, натомість для комплексного – важливі як критерії ПТСР, так і показники порушення самоорганізації, при відтермінованому ПТСР критерії уникнення, інтрузій та гіперпильності виражені, однак порушення самоорганізації часто не спостерігається. За результатами мета-аналізу встановлено, що відтермінований ПТСР провокується численними травматичними, стресовими подіями у повоєнному житті, тобто, його появу провокують сильні стреси, кризові ситуації, які сталися через значний час після травматичної події, при цьому травматичні події дитинства його практично не зумовлюють.

Ключові слова: ПТСР, ПТСР комплексний, ПТСР відтермінований, травматична подія, мета-аналіз, учасники бойових дій.

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими практичними завданнями. Питання посттравматичних розладів та профілактики психічних порушень, що виникають в наслідок впливу на людину екстремальних факторів, вивчаються багатьма науковцями. Натепер критерії посттравматичного розладу відомі та чітко визначені у класифікаторі DSM-5, втім із введенням у 2021 році в медичну документацію Міжнародної класифікації хвороб 11-ої редакції (МКХ-11), питання діагностики ПТСР та його різновидів знову стає актуальним. Крім того, в результаті плідної співпраці співробітників лабораторії з Черкаським обласним клінічним госпіталем ветеранів війни, де лікуються не лише учасники бойових дій на Сході України, а й воїни-афганці, в останніх було виявлено симптоми ПТСР, які, попри значну давність травматичної події, суттєво порушують функціонування бійців навіть через двадцять років після воєнних подій. Відповідно, натепер існує нагальна потреба не лише у діагностиці посттравматичних стресових реакцій, а й прогнозуванні можливих варіантів його появи у бійців у короткостроковій та довгостроковій перспективі, за таких умов проблема визначення критеріїв і особливостей перебігу відтермінованого ПТСР видається нам актуальною. Втім нині в Україні відсутні методики діагностики даного виду посттравматичного розладу, тоді як з 2017 року в англійських країнах з цією метою використовується Міжнародний опитувальник травми, створений на базі МКХ-11, відповідно, у даній статті представлено результати адаптації опитувальника до україномовної вибірки та можливості його використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР.

Останні дослідження і публікації, виділення невирішених питань загальної проблеми, якій присвячується стаття. ПТСР і розлад адаптації є одними з найбільш широко використовуваних діагнозів в системі надання психіатричної та медико-психологічної допомоги у всьому світі. Однак підходи до діагностики цих станів протягом тривалого часу залишаються предметом серйозних суперечок в силу відсутності адресності багатьох клінічних проявів, труднощів з розмежуванням хворобливих станів з нормальними реакціями на стресові події, наявністю значних культуральних особливостей в реагуванні на стрес та ін. Багато критичних зауважень було висловлено на адресу критеріїв для цих розладів в МКХ-10, DSM-IV і DSM-5. Так, наприклад, на думку членів робочої групи МКХ-11, розлад адаптації є психічним розладом з однією із найгірших дефініцій, оскільки не має чітко визначених критеріїв і тому, його можна ставити будь-якій особі, діагностувати яку доволі складно. Діагноз ПТСР критикується за широке поєднання різних кластерів симптомів, низький діагностичний поріг, високий рівень коморбідності, а щодо критеріїв DSM-IV за те, що більше 10 тисяч різних комбінацій з 17 симптомів можуть призводити до постановки цього діагнозу. Все це стало причиною для досить серйозної переробки критеріїв даної групи розладів в проекті МКБ-11 (G. M. Reed, M. B. First) [15].

За МКХ-11 ПТСР має чотири діагностичні критерії:

1) *повторне переживання травматичної події в теперішньому часі у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, що супроводжуються страхом або жахом, флешбеками або нічними кошмарами;*

2) *уникання думок і спогадів про подію, або уникання діяльності чи ситуацій, що її нагадують;*

3) *суб'єктивне відчуття загрози у вигляді гіперпильності або посилених реакцій страху;*

4) *симптоми повинні тривати не менше кількох тижнів і викликати значне погіршення функціонування.*

Комплексний ПТСР – це нова діагностична категорія, що змінює категорію МКХ-10 F62.0 «Стійка зміна особистості після переживання катастрофи», *виникає слідом за важким пролонгованим стресом, множинними або повторюваними небажаними подіями, уникнути впливу яких неможливо (наприклад, сексуальне насильство над дітьми, перебування дітей на війні, жорстоке побутове насильство, тортури, полон або рабство).*

Тобто, якщо у випадку ПТСР травматична подія (А+) одна, то у випадку комплексного ПТСР їх декілька або одна подія відбувається протягом тривалого часу.

Пролонгована реакція горя – розлад, при якому *через 6 місяців* після смерті близької людини зберігаються стійкий смуток, емоційний біль і туга за померлим або постійна заглибленість в думки про нього, що суттєво порушує функціонування людини. Розлад діагностується, якщо симптоми на кшталт провини, смутку, гніву, заперечення втрати, неприйняття смерті, відчуття втрати частини власного «Я», неможливість переживати позитивні емоції, труднощі соціальної і професійної взаємодії зберігаються через шість місяців після втрати. Ключовим у діагностиці є не симптоми, а їх затяжна тривалість.

Натомість гостра стресова реакція в МКХ-11 вже не вважається психічним розладом, а натомість розуміється як нормальна реакція на екстремальний стресор [1].

Традиційно вважається, що симптоми ПТСР проявляються до шести місяців після травми, однак наші спостереження, проведені спільно з психологічною службою Черкаського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни дають підстави стверджувати, що ПТСР у військових виявляється й після піврічного терміну, особливо яскравим прикладом є учасники війни в Афганістані, у яких ПТСР проявився через десятиліття. У цьому контексті Р. А. Bryant [6] наголошує, що віддалений або запізнілий прояв симптомів ПТСР (відтермінований ПТСР) характерний саме для військових, а не для цивільних, тобто бойова травма частіше за ДТП, згвалтування, стихійні лиха проковує відтермінування появи посттравматичних симптомів. Р. А. Bryant наводить цьому три пояснення, два з яких є гіпотетичними, а третє – емпірично підтвердженим. 1) Одразу після травми завдяки захисним механізмам психіки, всі негативні реакції заперечуються та витісняються у підсвідоме, однак через деякий час яскраво проявляються у вигляді ПТСР. 2) Безпосередньо після травматичної події

люди більше зайняті нагальними потребами (такими як біль, зміна дислокації тощо), які відволікають їхню увагу від стресових реакцій. 3) Після травматичної події людина потрапляє у безпечне середовище, де її підтримують, надають допомогу, тим самим створюючи ілюзію безпеки, втім ілюзорна захищеність поступово поступається місцем постійному відчуттю загрози, що призводить до ПТСР. Каталізатором появи симптомів ПТСР у всіх трьох припущеннях є травматичні події у посттравматичному періоді та брак ресурсів для вправлення з ними (наприклад, смерть близької людини спровокувала ПТСР зумовлений бойовою травмою, отриманою три роки тому) [2].

Перші згадки про відтермінований ПТСР виявлено серед виживших у концтаборах, після атомного бомбардування в Японії, у ветеранів бойових дій Другої світової війни та В'єтнаму (H. C. Archibald, R. D. Tuddenham) [4]. Дослідження цих популяцій показали, що в багатьох випадках наслідки травми не були очевидними. Багато людей, які пережили ці катастрофічні події, добре справлялися зі своїм повсякденним життям, а через багато років потому у них розвинулися симптоми, схожі на ПТСР (H. Hendin, A. P. Naas, P. Singer) [10].

Зазначимо, що відтермінований ПТСР вважався діагностичною категорією у DSM-III, але у наступних редакціях виключений з класифікатора, через недостатню кількість статистично підтверджених емпіричних даних.

Формулювання цілей і постановка завдань статті. Метою даної статті є висвітлення результатів адаптації Міжнародного опитувальника травми до україномовної вибірки, визначення його діагностичних можливостей у діагностиці комплексного та відтермінованого ПТСР.

Виклад методики і результатів досліджень. Для реалізації мета-дослідження ми проаналізували англomовну електронну базу даних медичних і біологічних публікацій PubMed (116 публікацій), реферативну базу Американської психологічної асоціації PsycINFO (5 публікацій), біомедичну та фармакологічну бібліографічну базу EMBASE (3 статті). У базі PubMed за запитом «Delayed-onset PTSD» виявлено 116 публікацій, з них лише у 20 наявні емпіричні дослідження даного явища, у інших – лише дефініція та особливості перебігу. У PsycINFO знайдено 5 публікацій, з них одна монографія, одна стаття, одна доповідь і дві презентації. В EMBASE виявлено 3 статті за даною тематикою. Результати мета-аналізу представлено у табл. 1.

Таблиця 1

Мета-аналіз відтермінованого ПТСР (Delayed-onset PTSD, DPTSD)

Автори	Стислий зміст дослідження
Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. [3]	DPTSD може виражатися в окремих симптомах, насамперед в уникненні та інтрузіях. Для DPTSD характерна емоційна анестезія – неможливість переживати позитивні емоції. У ветеранів DPTSD виявляється через 2-18 років

Ruzich, M. J., Looi, J. C. L., & Robertson, M. D. [16]	DPTSD у літньому віці зумовлений психосоціальним стресом, пов'язаним із втратою рідних і друзів та недовірою до лікарів, небажанням лікувати хронічні хвороби
Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Yeager, D. E., & Magruder, K. M. [9]	DPTSD не слід вважати окремим медичним діагнозом, натомість більше діагнозом соціальним, коли ветерани симптомами DPTSD маскують потребу у вторинній вигоді (отримання пенсій, інвалідності, поваги, інших пільг)
Solomon, Z., Mikulincer, M., Waysman, M., & Marlowe, D. H. [17]	DPTSD суттєво порушує соціальне функціонування, однак ніяк не впливає на оцінку ветераном свої ролі у бойових діях. На відміну від затриманих реакцій горя, перебіг DPTSD легший, ніж у випадку безпосередньої реакції, одразу після травми. Для ветерана важливо те, що він вижив, що в нього сформувалася військова ідентичність, тому всі реакції на травму на полі бою жорстко засуджуються військовою спільнотою, тоді як через значний час після травми – навпаки, вважаються проявом повоєнної ідентичності («ми ж воювали!») і навіть схвалюють суспільством. На полі бою УБД схильні до мінімізації страждань (дисимуляції), тоді як після війни – до виставляння їх на показ (часто – симуляції)
Frommberger, U., Frommberger, H., & Maercker, A. [8]	DPTSD, а саме – окремі симптоми ПТСР, які виявляються у різний період після травми, але не порушують функціонування людини. Частіше зустрічається серед військових, на відміну від цивільних (38,2% і 15,3% відповідно)
Wintermann, G. B., Rosendahl, J., Weidner, K., Strauß, B., & Petrowski, K. [21]	Хронічні хвороби провокують появу DPTSD. При цьому факторами ризику є: тяжкість соматичної хвороби, суб'єктивний страх померти у відділенні інтенсивної терапії, кількість травматичних спогадів про відділення інтенсивної терапії та наявність ішемічної хвороби серця
Mota, N., Tsai, J., Kirwin, P. D., Harpaz-Rotem, I. [14]	У одного із 10 ветеранів у похилому віці виявлено DPTSD, який переважно пов'язаний із соціальною ізоляцією, браком підтримки, порушенням спілкування
Waller, M., Charlson, F. J., Ireland, R. E. E., Whiteford, H. A., & Dobson, A. J. [19]	Чим більше стресових ситуацій у житті людини, тим вища ймовірність виникнення у неї DPTSD, при цьому окремі симптоми під впливом стресів з часом можуть посилюватися і часто – з'являтися нові, насамперед інтрузії. Вживання алкоголю не впливає на розвиток DPTSD, однак це припущення ще потребує підтверджень

<p>Utzon-Frank, N., Breinegaard, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentott, M., ... & Bonde, J. P. [18]</p>	<p>DPTSD виявлено у 50% амбулаторних та 35% стаціонарних пацієнтів через шість років після повернення із зони бойових дій. Пацієнти стаціонару – це особи, які регулярно звертаються за медичною допомогою та лікуються у спеціалізованих закладах для ветеранів. Поява симптомів зумовлена погіршенням соматичного здоров'я та численними стресовими ситуаціями у повоєнному житті</p>
<p>Karstoft, K-I., Armour, C., Elklit, A., & Solomon, Z. [12]</p>	<p>Існує чотири траєкторії життя після травми: резилентність, відновлення, затримка появи симптомів ПТСР і хронічний ПТСР. Брак соціальної підтримки найбільше позначається на хронізації ПТСР та затримці появи симптомів ПТСР</p>
<p>Goodwin, L., Jones, M., Rona, R. J., Sundin, J., Wessely, S., & Fear, N. T. [7]</p>	<p>DPTSD зумовлений вживанням алкоголю та наркотичних речовин і не залежить від проблем у сімейному та професійному житті (за винятком смерті близької людини)</p>
<p>Herrmann, N., & Eryavec, G. [11]</p>	<p>DPTSD не досліджувався у ветеранів Другої світової війни. Описано два випадки посттравматичного стресового розладу у ветеранів Другої світової війни, чий ПТСР затягнувся на понад 30 років. Ці ветерани мали типові стреси людей похилого віку, соціальну ізоляцію та хронічні медичні хвороби</p>

Дослідження, охарактеризовані у мета-аналізі, проведені переважно на вибірках учасників бойових дій США, Австралії, Ізраїлю та Великобританії, встановлено, що відтермінований ПТСР характерний для учасників війни у В'єтнамі, виявлено також культуральну специфіку даного розладу, зокрема те, що у військових Ізраїлю формується так звана бойова ідентичність, коли проявляти слабкість, у тому числі психічні порушення на полі бою вважається неприпустимим, тоді як після демобілізації – цілком схвалюється соціальним оточенням. Для проведення подібних лонгітюдних досліджень використано такі діагностичні методики як PTSD inventory (за DSM-III), Solomon and Flum's Life Events Questionnaire, The Trauma Assessment for Adults – Self Report Version (TAA), CAPS, Short-Form Health Survey (SF-36), Impact of Events Scale (IES), SCL-90, Perceived Self-Efficacy in Combat (PSE).

В Україні натепер лише проводяться поодинокі дослідження ПТСР в учасників бойових дій на Сході України, рекомендованою методикою діагностики згідно медичних протоколів є PCL-5. Так, за даними С.О.Лукомської та О.В. Мельник [13], найменше симптоми ПТСР виражені у досліджуваних віком 31-45 років (5,42), а найбільше – у молодших за 30 років (7,54), в учасників бойових дій старших за 45 років сумарний показник складає 6,06 балів. За методикою PCL-5 травматичну подію (критерій А)

найчастіше зазначали учасники бойових дій молодші 30 років (66,3%) і від 31 до 45 років (79,8%), а рідше – найстарші учасники бойових дій (19,5%). Достатній рівень адаптації спостерігається у 87,7% досліджуваних незалежно від віку, однак для 11,4% учасників бойових дій старших 45 років, попри відсутність травматичної події та виражені симптоми ПТСР, характерне порушення адаптації. Зазначимо, що дане дослідження проводилося через рік-два після травматичної події, враховуючи нестабільну соціально-політичну ситуацію в нашій країні, недоступність якісної медико-психологічної допомоги для УБД та продовження бойових дій, існує велика ймовірність того, що відтермінований ПТСР проявиться через декілька років.

Наш досвід роботи з учасниками бойових дій та можливість довготривалого періодичного їх спостереження дає підстави стверджувати, що після демобілізації військові скаржаться на проблеми у чотирьох базових галузях – родини (наприклад, розлучення), роботи (звільнення, неможливість працевлаштування), здоров'я (серйозна хвороба) та особисті події (нещасний випадок), однак у більшості з них наявні адаптивні копінги, що дозволяють успішно справлятися із зазначеними проблемами, до того ж високий і помірний рівень посттравматичного зростання забезпечують учасників бойових дій від посттравматичних розладів на ранніх етапах після демобілізації. Водночас, нами доведено, що найкращий рівень адаптації спостерігається у бійців віком від 20 до 45 років, а у старших – суттєво знижується. Все це дає підстави припускати ймовірність появи відтермінованого ПТСР у ветеранів старших 60 років.

Однією з сучасних методик діагностики ПТСР є *Міжнародний опитувальник травми* (The International Trauma Questionnaire, ITQ), розроблений у 2017 р. М. Cloitre, С. R. Brewin [5]. Методика містить дві діагностичні частини – ПТСР і ПТСР-комплексний, які охоплюють три кластери симптомів даного розладу – повторне переживання травматичної події, уникнення думок і переживань, пов'язаних із травмою та надмірне відчуття загрози (гіперпильність), для діагностики вираженості кластерів симптомів достатньо того, аби щонайменше один із симптомів отримав оцінку більшу за 2. Діагностика комплексного ПТСР окрім трьох базових симптомів інтрузій, уникнення та гіперпильності вимагає наявності так званого DSO-кластеру – порушення самоорганізації, який складається із порушення емоційної саморегуляції, негативної Я-концепції та порушень у стосунках з іншими людьми. Досліджуваний оцінює кожне твердження опитувальника за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – дуже часто. Ми зазначаємо, що дана методика призначена не лише для діагностики ПТСР і ПТСР-комплексного, а й для відтермінованого ПТСР, оскільки на початку опитувальника досліджуваний зазначає, коли травматична подія сталася (від дня тому до 20 років тому). Діагноз ПТСР ставиться при наявності критеріїв ПТСР та при відсутності порушень самоорганізації. Комплексний ПТСР діагностується якщо виражені і критерії ПТСР і критерії порушення самоорганізації.

Вибірка. У дослідженні, проведеному з метою адаптації Міжнародного опитувальника травми (ІТQ) до україномовної вибірки взяли участь 118 учасників бойових дій, з них 74 (62,71%) чоловічої та 44 (37,29%) жіночої статі. Середній вік досліджуваних становить $41,9 \pm 10,27$. Практично всі учасники бойових дій вже демобілізовані – 111 (94,07%) і лише 7 осіб (5,93%) продовжують служити у лавах ЗСУ. Із 111 демобілізованих 69 (62,18%) продовжують працювати офіційно, 17 (1,53%) не працюють, мають 1-2 групи інвалідності, отримують пенсійне забезпечення та 25 (36,29%) працюють не офіційно або ж займаються волонтерською діяльністю.

Методики. Для україномовної адаптації Міжнародного опитувальника травми ми використали також наступні методики: PCL-5, LEC-5, Діагностика міжособистісних стосунків (тест Т.Лірі в адаптації Л. Собчик), Опитувальник самоствалення (В. Столін, С.Пантисєв).

PCL-5 (F. W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane, 2013) [20]. Дані методики спрямовані на моніторинг симптомів посттравматичного стресового розладу в процесі медико-психологічної реабілітації і часто використовується для попередньої постановки діагнозу ПТСР. Опитувальник PCL-M містить 17 пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою (наскільки часто симптоми, подані в методиці, у нього виявлялися протягом останнього місяця, де 0 – ніколи, 4 – дуже часто). Опитувальник PCL-5 складається із 20-пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою, де 0 – ніколи, 4 – дуже часто, аналогічно до PCL-M оцінюється вираженість симптомів протягом останнього місяця.

LEC-5. Самозвіт, спрямований на визначення потенційно травматичних подій у житті респондента (F.W.Weathers, D.D.Blake, P.P.Schnurr, D.G.Kaloupek, B.P.Marx, T.M.Keane, 2013) [1], [20]. Використовується як для оцінки загальної кількості потенційно травматичних подій у житті людини, так і для кращого визначення проблем респондента, окреслених у методиці CAPS. Анкета містить 16 категорій потенційно психотравматичних подій і пунктів, де респондент може самостійно описати найбільш значущу психотравматичну подію у своєму житті. Потенційно психотравматичними подіями вважаються: природне лихо, пожежа/вибух, нещасний випадок на роботі чи вдома, отруєння токсичними речовинами, збройний напад, згвалтування/примус до сексу, бойовий досвід, позбавлення волі, хвороба, травма, сильний біль, раптова насильницька чи випадкова смерть близької людини, матеріальна та фізична шкода, заподіяна іншими людьми.

Діагностика міжособистісних стосунків (тест Т.Лірі в адаптації Л. Собчик). Опитувальник містить 128 оціночних суджень, в кожному з яких є 8 типів відносин утворюються 16 пунктів, упорядкованих за висхідною інтенсивністю. Методика побудована так, що судження, спрямовані на з'ясування певного типу відносин, розташовані не підряд, а особливим чином: вони групуються по 4 і повторюються через рівну кількість визначень. При обробці підраховується кількість відносин кожного типу. Згідно із Л. Собчик, дана методика спрямована на аналіз самооцінки

досліджуваних за вісьмома варіантами міжособистісних стосунків: владний-лідуючий, незалежний-домінуючий, прямолінійний-агресивний, недовірливий-скептичний, покірний-сором'язливий, залежний-слухняний, співробітницький-конвенціональний, відповідальний-великодушний. Перші чотири типи міжособистісних стосунків характеризуються переважанням домінантних тенденцій, тоді як останні чотири варіанти демонструють конформність у взаємодії з оточуючими.

Опитувальник самоствавлення (В. Столін, С.Пантилєєв). Методика містить 110 тверджень, які мають два варіанти відповідей – «згоден» і «не згоден». Всі твердження розподілено на 9 шкал: відкритість (внутрішня чесність), впевненість у собі, самокерівництво, дзеркальне Я (відображене самоствавлення), самоцінність, самоприйняття, самоприв'язаність, внутрішня конфліктність, самозвинувачення.

З метою визначення латентної структури опитувальника ICD-TQ і навантаження змінними його факторів було використано конфірматорний факторний аналіз (CFA), де сім альтернативних моделей оцінювалося відповідно до критеріїв ПТСР і ПТСР-комплексного. Кожна модель аналізувалася за допомогою моделі для *порядкових* змінних WLSMV, що базується поліхронічній кореляційній матриці змінних латентного континууму відповідей респондентів (табл. 2). За методикою PCL-5 ПТСР виявлено у 9,32% досліджуваних, натомість за ITQ – у 5,93%, до того ж констатовано комплексний ПТСР у 5,93%, відповідно за даними опитувальника ITQ ПТСР та комплексний ПТСР діагностовано у 9,32%, що відповідає результатам методики PCL-5. Кореляційний аналіз зазначених методик за критерієм Пірсона показав високі статистично значущі кореляції ($r=0,962$, $p=0,001$), які були підтверджені Cohen's kappa коефіцієнтом ($k=0,25$, $p=0,004$ $k=0,12$, $p=0,001$ для ПТСР і комплексного ПТСР відповідно). За методикою LEC-5 в середньому досліджувані зазначали 5 травматичних подій: участь у бойових діях (94,07%), вибух (75,42%), травма (72,88%), вбивство (60,07%), побиття (57,63%). Застосування Cohen's kappa коефіцієнту дозволило визначити зв'язок між LEC-5 і ITQ ПТСР і комплексним ПТСР ($k=0,16$, $p=0,001$ $k=0,18$, $p=0,001$ відповідно), тобто травматичні події зумовлюють як ПТСР, так і комплексний ПТСР, подібні результати отримані й у дослідженні О.В. Мельник, де умовою виникнення ПТСР є наявність травматичної події (А+ за DSM-5 і PCL-5) в анамнезі.

Таблиця 2

Моделі конфірматорного факторного аналізу опитувальника ITQ

Модель	χ^2	RMSEA	CFI	TLI
1	863,12 ($p<0,05$)	0,183	0,846	0,838
2	400,88 ($p<0,05$)	0,064	0,942	0,940
3	463,19 ($p<0,05$)	0,075	0,947	0,941
4	371,64 ($p<0,05$)	0,063	0,953	0,950
5	459,25 ($p<0,05$)	0,082	0,984	0,982
6	592,11 ($p<0,05$)	0,094	0,937	0,929

7	593,87 (p<0,05)	0,103	0,941	0,936
---	-----------------	-------	-------	-------

χ^2 – хі-квадрат критерій; RMSEA – середньоквадратична помилка апроксимації; CFI –індекс порівняльної відповідності; TLI – критерій Такера-Льюїса

Хоча хі-квадрат критерій статистично значущий для всіх семи моделей, він значною мірою зумовлений величиною вибірки, а тому не може використовуватися для визначення факторної структури без застосування інших критеріїв. За індексом порівняльної відповідності (CFI) та критерієм Такера-Льюїса (TLI) всі моделі також є прийнятними у визначенні факторної структури, однак за показником RMSEA для цього придатні лише друга, третя, четверта і п'ята моделі, при цьому друга і четверта моделі мають найнижчі індекси RMSEA. Застосування DIFFTEST (WLSMV) дозволило визначити четверту модель як найбільш доцільну у факторній структурі ITQ. Факторне навантаження четвертої моделі представлено у табл. 3.

Таблиця 3

Факторне навантаження четвертої моделі опитувальника ITQ

Твердження опитувальника	I	У	ГП	ПЕС	НЯ	ПС
P1. Вам часто сняться сни про травматичну подію?	0,76					
P2. Вам здається, що Ви знову переживаєте травматичну подію?	0,67					
P3. Ви уникаєте думок, почуттів, всього, що пов'язано із травматичною подією?		0,73				
P4. Ви уникаєте ситуацій, людей, розмов, які нагадують про травматичну подію?		0,79				
P5. Ви відчуваєте надмірну пильність?			0,69			
P6. Ви готові миттєво реагувати: бігти, ховатися, стріляти?			0,71			
C1. Коли я засмучений, мені потрібно багато часу щоб заспокоїтись				0,86		
C2. Мені складно відчувати різні емоції				0,73		
C3. Я відчуваю себе невдахою					0,91	
C4. Я відчуваю сильну дистанцію з іншими людьми, я – самотній					0,89	
C5. Мені складно виявляти позитивні емоції щодо інших людей, бути близьким із ними						0,75
C6. Чи вплинули ці проблеми на						0,82

Ваші стосунки та соціальне життя?						
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--

Шкали: І – інтрузії, У – уникнення, ГП – гіперпильність, ПЕС – порушення емоційної саморегуляції, НЯ – негативна Я-концепція, ПС – порушення стосунків.

Як видно з табл. 3, в результаті факторного аналізу було сформовано три шкали для діагностики ПТСР і три шкали для діагностики ПТСР комплексного, де ключовим є не посттравматичні симптоми (ПТС), а їх поєднання із порушенням самоорганізації (ПО). Кореляційний аналіз з використанням r -критерію Пірсона показав наявність позитивних статистично значущих кореляцій між шкалами ПТС і ПО ($r=0,899$, $p=0,002$), що свідчить про узгодженість шкал методики між собою.

У табл. 4 представлено результати кореляційного аналізу методик ITQ, PCL-5 і LEC-5 для ПТСР і відтермінованого ПТСР.

Таблиця 4

Результати кореляційного аналізу методик ITQ, PCL-5 і LEC-5

ITQ	r	PCL-5	r	LEC-5
ПТСР				
Інтрузії	0,907	Інтрузії	0,836	Вибух
Уникнення	0,988	Уникнення	0,920	Участь у бойових діях
			0,896	Вбивство
			0,711	Позбавлення волі
Гіперпильність	0,861	Збудливість	0,602	Вибух
			0,735	Травма
			0,909	Збройний напад
Функціональні порушення	0,508	Інтрузії	0,648	Вибух
	0,496	Уникнення		
	0,612	Збудливість	0,721	Участь у бойових діях
Відтермінований ПТСР				
Інтрузії	0,873	Інтрузії	0,925	Участь у бойових діях
			0,619	Побиття
Уникнення	0,916	Уникнення	0,911	Участь у бойових діях
			0,928	Вбивство
Гіперпильність	0,837	Збудливість	0,827	Збройний напад
			0,803	Вибух
			0,842	Травма
Функціональні	0,617	Інтрузії	0,816	Участь у

порушення	0.503	Уникнення		бойових діях
	0,528	Збудливість		

Всі кореляційні зв'язки статистично значущі при $p < 0,05$

Як видно з табл. 4 методики ITQ, PCL-5 і LEC-5 для ПТСР і відтермінованого ПТСР мають високі позитивні кореляції, однак, як свідчить наш досвід, ПТСР, комплексний і відтермінований ПТСР частіше діагностується при використанні опитувальника PCL-5 (табл. 5), насамперед це стосується симптому інтрузій, який за PCL-5 статистично значуще (за критерієм Манна-Вітні) вищий, ніж за ITQ (11,02% і 5,08% відповідно, $U=13,588$, $p=0,002$). Відмінності зумовлені визначеннями даними інтрузіям у DSM-5 і МКХ-11, а саме: За іншими симптомами відмінностей не виявлено. Стосовно переліку життєвих подій (LEC-5), то ПТСР пов'язаний із власне участю у бойових діях, збройним нападом, вибухом і відповідно – мінно-вибуховими травмами.

Таблиця 5

Відмінності у діагностиці ПТСР опитувальниками ITQ і PCL-5

Діагноз ПТСР	Чоловіки	Жінки	Загалом	χ^2 p
PCL-5 (DSM-5)	9 (7,63%)	4 (3,39%)	13 (11,02%)	30,06 (0,002)
ITQ (МКХ-11)	5 (4,23%)	1 (0,85%)	6 (5,08%)	37,11 (0,004)

Загалом, у даній вибірці лише 11,02% (5,08%) досліджуваних мають діагноз ПТСР за методиками та підтверджений лікарями-психіатрами, подібна тенденція виявлена і у роботі О.В. Мельник, де доведено, що серед учасників бойових дій ПТСР як медичний діагноз із вираженими усіма посттравматичними симптомами встановлено у менш як 10% досліджуваних. У табл. 6 представлено результати кореляційного аналізу методик ITQ та «Діагностика міжособистісних стосунків» (тест Т.Лірі, в адаптації Л.Собчик) та опитувальника самоствавлення (В. Столін, С.Пантилеєв). Якщо кореляції з PCL-5 дозволили вважати опитувальник ITQ доцільним для діагностики ПТСР, то із зазначеними методиками – уможливають діагностику ПТСР комплексного та відтермінованого, оскільки характеризують саме аспект порушення системи міжособистісних стосунків в наслідок дії психотравмуючих чинників.

Таблиця 6

Кореляційний зв'язок методик ITQ та «Діагностика міжособистісних стосунків» (тест Т.Лірі, в адаптації Л.Собчик) та опитувальника самоствавлення (В. Столін, С.Пантилеєв)

ITQ	r	ДМС	r	ОС
Порушення емоційної саморегуляції	0,612	Прямолійний-агресивний	-0,902	Відкритість
	0,603	Недовірливий-скептичний	-0,816	Самоприйняття
	0,579	Залежний-слухняний	0,910	Самозвинувачення

Негативна Я-концепція	0,624	Недовірливий-скептичний	0,736	Впевненість у собі
	-0,816	Владний-лідуючий	0,831	Самоприйняття
	0,859	Покірний-сором'язливий	0,739	Внутрішня конфліктність
Порушення стосунків	0,899	Недовірливий-скептичний	-0,730	Відкритість
	-0,874	Співробітницький-конвенціональний	-0,771	Самоприйняття

Отже, порушення самоорганізації негативно впливає на міжособистісні стосунки і ставлення учасників бойових дій до себе. Зокрема, формується негативне самосприйняття, людина замикається у собі, не довіряє іншим, дуже обережна у встановленні близьких і дружніх стосунків. Загалом, за даними нашого дослідження опитувальник ІТQ можна ефективно застосовувати для діагностики ПТСР, ПТСР відтермінованого і ПТСР комплексного.

На нашу думку, діагностика відтермінованого ПТСР має проводитися насамперед для учасників бойових дій різного віку, при цьому особливу увагу слід звертати на кількість складних життєвих ситуацій у повоєнному житті. Ми вважаємо, що слід з'ясувати, (а) чи пов'язана кількість життєвих подій (подій перед війною, на війні та у післявоєнному житті) із затримкою настання ПТСР? та (б) який відносний внесок різних видів життєвих подій (перед-, на війні та після війни) до затримки настання ПТСР?

Крім методик на ПТСР має проводитися опитування з приводу соматичних хвороб: онкології, діабету, проблем з ходінням, серцево-судинні, ендокринологічні, неврологічні хвороби, особливу увагу приділяють інсультам та інфарктам в повоєнному анамнезі. Крім того, слід вивчити, хто допомагає ветеранам справитися з соматичними хворобами: дружина, діти, брати/сестри, друзі, соціальні служби. В якості ресурсів визначаються основні хоббі ветеранів: рибалка, полювання, подорожі, читання тощо. Таким чином проблема відтермінованого ПТСР виходить за межі суто психологічної, а стає медико-соціальною, відповідно, до діагностики розладу та його корекції слід залучати як психологів, так і лікарів та соціальних працівників.

Висновки і подальші перспективи досліджень. Успішна адаптація учасників бойових дій до мирного життя визначається як продуктивність у різних галузях життя, зумовлена усвідомленням нових можливостей, набутих в результаті бойового досвіду.

За результатами мета-аналізу емпірично підтверджено гіпотезу про те, що відтермінований ПТСР провокується численними травматичними, стресовими подіями у повоєнному житті. Чим більше стресових подій, тим менший ресурс людини (тим швидше ресурс вичерпується) і, відповідно, вища ймовірність появи симптомів відтермінованого ПТСР. На відтермінований ПТСР найбільше впливають нещодавні негативні життєві

події, а найменше – події дитинства. Тобто, його появу провокують сильні стреси, кризові ситуації, які сталися через значний час після травматичної події.

Результати адаптації Міжнародного опитувальника травми (ITQ) до україномовної вибірки свідчать про можливість його ефективного застосування для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР учасників бойових дій. Враховуючи, що в усіх популярних нині в Україні методиках визначення ПТСР відсутній компонент порушення системи міжособистісних стосунків в наслідок дії психотравмуючих чинників, то опитувальником ITQ цей компонент враховано, до того в ньому враховано так званий проміжний між нормою та патологією стан функціональних порушень, що унеможливорює гіпердіагностику ПТСР, що особливо актуально в українських реаліях.

Перспективними подальших досліджень є лонгітюдне вивчення вікових особливостей адаптації учасників бойових дій до мирного життя, дослідження адаптації і дезадаптації у випадку повторної мобілізації після тривалого демобілізаційного періоду, довготривалого впливу медико-психологічної реабілітації на повоєнну реінтеграцію учасників бойових дій різного віку та статі.

Список використаних джерел

1. Євдокимова Н.О. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик / Н.О. Євдокимова, В.Л. Злишков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 229 с.
2. Anders S. L. Beyond criterion A1: The effects of relational and non-relational traumatic events / S. L. Anders, S. L. Shallcross, P. A. Frazier // *Journal of Trauma & Dissociation*. – 2012. – Vol. 13(2). – P. 134-151.
3. Andrews B. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence / B. Andrews, C. R. Brewin, R. Philpott, L. Stewart // *American Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164(9). – P. 1319-1326.
4. Archibald H. C. Persistent stress reaction after combat: A 20-year follow-up / H. C. Archibald, R. D. Tuddenham // *Archives of General Psychiatry*. – 1965. – Vol. 12(5). – P. 475-481.
5. Brewin C. R. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD / C. R. Brewin, M. Cloitre, P. Hyland // *Clinical Psychology Review*. – 2017. – Vol. 58. – P. 1-15
6. Bryant R. A. Post- traumatic stress disorder: a state- of- the- art review of evidence and challenges / R. A. Bryant // *World Psychiatry*. – 2019. – Vol. 18(3). – P. 259-269.
7. Goodwin L. Prevalence of delayed-onset posttraumatic stress disorder in military personnel: Is there evidence for this disorder? Results of a prospective UK cohort study / L. Goodwin, M. Jones, R. J.Rona // *The Journal of nervous and mental disease*. – 2012. – Vol. 200(5). – P. 429-437.
8. Frommberger U. Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): a pilot study / U.

Frommberger, R. D. Stieglitz, E. Nyberg // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. – 2004. – Vol. 8(1). – P. 19-23.

9. Frueh B. C. Delayed-onset post-traumatic stress disorder among war veterans in primary care clinics / B. C. Frueh, A. L. Grubaugh, D. E. Yeager, K. M. Magruder // *The British Journal of Psychiatry*. – 2009. – Vol. 194(6). – P. 515-520.

10. Hendin H. The reliving experience in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder / H. Hendin, A. P. Haas, P. Singer // *Comprehensive Psychiatry*. – 1984. – Vol. 25(2). – P. 165-173.

11. Herrmann N. Delayed onset post-traumatic stress disorder in World War II veterans / N. Herrmann, G. Eryavec // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 1994. – Vol. 39(7). – P. 439-441.

12. Karstoft K-I. Long-Term Trajectories of Posttraumatic Stress Disorder in Veterans: The Role of Social Resources / K-I. Karstoft, C. Armour, A. Elklit, Z. Solomon // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2013. – Vol. 74(12). – P. e1163-e1168

13. Melnik O. The post-traumatic growth of ATO combatants in the context of their social adaptation / O. Melnik // *Science Review*. – 2018. – №5(12). – P. 210-221

14. Mota N. Late-life exacerbation of PTSD symptoms in US veterans: results from the National Health and Resilience in Veterans Study / N. Mota, J. Tsai, P. D. Kirwin, I. Harpaz-Rotem // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2016. – Vol. 77(3). – P. 348-354.

15. Reed G. M. Innovations and changes in the ICD- 11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders / G. M. Reed, M. B. First, C. S. Kogan // *World Psychiatry*. – 2019. – Vol. 18(1). – P. 3-19.

16. Ruzich M. J. Delayed onset of posttraumatic stress disorder among male combat veterans: a case series / M. J. Ruzich, J. C. L. Looi, M. D. Robertson // *The American journal of geriatric psychiatry*. – 2005. – Vol. 13(5). – P. 424-427.

17. Solomon Z. Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder / Z. Solomon, M. Mikulincer, M. Waysman, D. H. Marlowe // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 1991. – Vol. 26(1). – P. 1-7.

18. Utzon-Frank N. Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies / N. Utzon-Frank, N. Breinegaard, M. Bertelsen // *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. – 2014. – P. 215-229.

19. Waller M. Time-course of PTSD symptoms in the Australian Defence Force: a retrospective cohort study / M. Waller, F. J. Charlson, R. E. E. Ireland, H. A. Whiteford, A. J. Dobson // *Epidemiology and psychiatric sciences*. – 2016. – Vol. 25(4). – P. 393-402.

20. Weathers F. Psychometric review of PTSD Checklist (PCL-C, PCL-S, PCL-M, PCL-PR) / F. Weathers, J. Ford // *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. – 1996. – Vol. 1. – P. 250-251.

21. Wintermann G. B. Risk factors of delayed onset posttraumatic stress disorder in chronically critically ill patients / G. B. Wintermann, J. Rosendahl, K.

References transliterated

1. Yevdokymova, N.O., Zlyvkov, V.L., Lukomska, S.O., Fedan, O.V. (2016) *Osobystist u kryzovykh sytuatsiakh: ohliad suchasnykh psykhotodiahnostychnykh metodyk* [Personality in crisis situations: a review of current psychodiagnostic techniques]. K. 229 p. (in Ukrainian)
2. Anders, S. L., Shallcross, S. L., & Frazier, P. A. (2012). Beyond criterion A1: The effects of relational and non-relational traumatic events. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(2), 134-151.
3. Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319-1326.
4. Archibald, H. C., & Tuddenham, R. D. (1965). Persistent stress reaction after combat: A 20-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 12(5), 475-481.
5. Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Somasundaram, D. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15
6. Bryant, R. A. (2019). Post- traumatic stress disorder: a state- of- the- art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3), 259-269.
7. Goodwin, L., Jones, M., Rona, R. J., Sundin, J., Wessely, S., & Fear, N. T. (2012). Prevalence of delayed-onset posttraumatic stress disorder in military personnel: Is there evidence for this disorder? Results of a prospective UK cohort study. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(5), 429-437.
8. Frommberger, U., Stieglitz, R. D., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fischer, U., Angenendt, J., ... & Berger, M. (2004). Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): a pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8(1), 19-23.
9. Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Yeager, D. E., & Magruder, K. M. (2009). Delayed-onset post-traumatic stress disorder among war veterans in primary care clinics. *The British Journal of Psychiatry*, 194(6), 515-520.
10. Hendin, H., Haas, A. P., Singer, P., Houghton, W., Schwartz, M., & Wallen, V. (1984). The reliving experience in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 25(2), 165-173.
11. Herrmann, N., & Eryavec, G. (1994). Delayed onset post-traumatic stress disorder in World War II veterans. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(7), 439-441.
12. Karstoft, K-I., Armour, C., Elklit, A., & Solomon, Z. (2013). Long-Term Trajectories of Posttraumatic Stress Disorder in Veterans: The Role of Social Resources. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(12), e1163-e1168
13. Melnik, O. (2018) The post-traumatic growth of ATO combatants in the context of their social adaptation. *Science Review*, 5(12), 210-221.

14. Mota, N., Tsai, J., Kirwin, P. D., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2016). Late-life exacerbation of PTSD symptoms in US veterans: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(3), 348-354.

15. Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., ... & Claudino, A. (2019). Innovations and changes in the ICD- 11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3-19.

16. Ruzich, M. J., Looi, J. C. L., & Robertson, M. D. (2005). Delayed onset of posttraumatic stress disorder among male combat veterans: a case series. *The American journal of geriatric psychiatry*, 13(5), 424-427.

17. Solomon, Z., Mikulincer, M., Waysman, M., & Marlowe, D. H. (1991). Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26(1), 1-7.

18. Utzon-Frank, N., Breinegaard, N., Bertelsen, M., Borritz, M., Eller, N. H., Nordentott, M., ... & Bonde, J. P. (2014). Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 215-229.

19. Waller, M., Charlson, F. J., Ireland, R. E. E., Whiteford, H. A., & Dobson, A. J. (2016). Time-course of PTSD symptoms in the Australian Defence Force: a retrospective cohort study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(4), 393-402.

20. Weathers, F. W. F. J., & Ford, J. (1996). Psychometric review of PTSD Checklist (PCL-C, PCL-S, PCL-M, PCL-PR). *Measurement of stress, trauma, and adaptation*, 250-251.

21. Wintermann, G. B., Rosendahl, J., Weidner, K., Strauß, B., & Petrowski, K. (2017). Risk factors of delayed onset posttraumatic stress disorder in chronically critically ill patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(10), 780-787.

Зливков В.Л., Лукомская С.А., Котух А.В., Мельник А.В.
Международный опросник травмы (ITQ): адаптация украиноязычной версии и возможности использования для диагностики комплексного и отложенного ПТСР. Данная статья посвящена результатам адаптации украиноязычной версии Международного опросника травмы. Методика содержит две диагностические части – ПТСР и ПТСР комплексный, охватывающие три кластера симптомов данного расстройства - повторное переживание травматического события, избегание мыслей и переживаний, связанных с травмой и чрезмерное ощущение угрозы (гипернастороженность). Нашими исследованиями подтверждено возможности использования данного опросника для диагностики отложенного ПТСР, поскольку перед тестированием участник боевых действий отмечает, когда произошёл травматическое событие (два дня назад и до 20 лет назад). ПТСР диагностируется при наличии критериев ПТСР и

при отсутствии нарушений самоорганизации, зато для комплексного - важны как критерии ПТСР, так и показатели нарушения самоорганизации, при отсроченном ПТСР критерии избегания, интрузий и гипернастороженности выражены, однако нарушения самоорганизации часто не наблюдаются. По результатам мета-анализа установлено, что отсроченный ПТСР провоцируется многочисленными травматическими, стрессовыми событиями в послевоенной жизни, то есть, его появление провоцируют сильные стрессы, кризисные ситуации, произошедшие спустя значительное время после травматического события, при этом травматические события детства его практически не вызывают.

Ключевые слова: ПТСР, ПТСР комплексный, ПТСР отсроченный, травматическое событие, мета-анализ, участники боевых действий.

Zlyvkov V.L., Lukomskaya S.O., Kotukh O.V., Melnyk O.V. International Trauma Questionnaire (ITQ): Adaptation of the Ukrainian-language version and its use for the diagnosis of complex and delayed PTSD.

This article is devoted to the results of the adaptation of the Ukrainian-language version of the International Trauma Questionnaire. The technique consists of two diagnostic parts, PTSD and PTSD, which cover three clusters of symptoms of the disorder - relapse of the traumatic event, avoidance of thoughts and feelings related to the trauma, and excessive feeling of threat (hyper-dust). Our research confirmed the possibility of using this questionnaire for the diagnosis of delayed PTSD, since before the test, the combatant indicates when a traumatic event occurred (from a day to 20 years ago). PTSD is diagnosed in the presence of PTSD criteria and in the absence of violations of self-organization, while for the complex - both the criteria of PTSD and indicators of impaired self-organization are important, with delayed PTSD the criteria of avoidance, intrusions and hyperpulse are expressed, but violations of self-organization are frequent. According to the results of the meta-analysis, it is established that delayed PTSD is provoked by numerous traumatic, stressful events in post-war life, that is, its occurrence is provoked by severe stresses, crises that occurred after a considerable time after the traumatic event, thus traumatic events of childhood practically do not cause it.

Key words: PTSD, complex PTSD, delayed PTSD, traumatic event, meta-analysis, combatants.