

І. І. Приходько, Я. В. Мацегора, Н. С. Кучеренко

«ОПИТУВАЛЬНИК ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ»: МОДИФІКАЦІЯ, АПРОБАЦІЯ, ПСИХОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ

Описано процедуру розроблення і стандартизації психодіагностичної методики «Опитувальник диференціації посттравматичного стресу». Наведено особливості створення опитувальника, його апробацію на вибірці українських військовослужбовців після участі в інтенсивних бойових діях. Визначено показники внутрішньої погодженості структури опитувальника (α -Кронбаха та взаємкореляція), його валідності (кореляція зі шкалами психодіагностичних методик). Здійснено нормування опитувальника для військовослужбовців після участі в інтенсивних бойових діях. Використання опитувальника дає змогу визначати і диференціювати гострі стресові реакції, ознаки посттравматичного стресового розладу та моральної травми в особистості після впливу травмівної події з урахуванням певного періоду часу.

Ключові слова: *посттравматичний стрес, гостра стресова реакція, посттравматичний стресовий розлад, моральна травма, психологічне відновлення, військовослужбовці.*

Постановка проблеми. З початком широкомасштабних бойових дій і залученням до них великої кількості українських військовослужбовців гостро постало питання діагностики і профілактики бойового стресу. Це пов'язано з тим, що практично всі комбатанти відчують бойовий стрес [1]. Бойовий стрес проявляється у вигляді гострих стресових реакцій, афективних і тривожних розладів, адиктивної та делінквентної поведінки, розладів адаптації, вчинення суїцидів [2]. Ці прояви можуть мати негайні, довгострокові та відстрочені ментальні наслідки. Прояви бойового стресу, які переживають військовослужбовці, мають багато спільних рис. Проте відомі різні прогнози щодо стійкості негативних наслідків для особистості військовослужбовця, тому є потреба у різних підходах до надання психологічної допомоги, вихідною точкою якої є диференційна діагностика таких проявів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Після проходження базової загальновійськової підготовки у мобілізованих військовослужбовців, які вперше потрапили у бойові умови, часто виникає посттравматичний стрес з різними ознаками [3]. У деяких випадках для їх подолання військовослужбовців направляють до пунктів психологічної допомоги або до реабілітаційних центрів відновлення боєздатності, які розташовані безпосередньо близько до зони бойових дій, з установкою на невідворотність повернення до подальшого виконання бойових завдань. Вважається, що формування такої установки допомагає військовослужбовцю мобілізувати внутрішні ресурси й актуалізувати здатність до саморегуляції, підвищити стресостійкість, яка була сформована у ході базової загальновійськової підготовки, але це потребує тимчасового припинення дії факторів бойового стресу [4].

Під час аналізу негативних психічних реакцій і станів учасників бойових дій, які потрапляють до центрів психологічного відновлення, перше, що спадає на думку, – це необхідність діагностики симптоматики посттравматичного стресового реагування. І дійсно, вже понад 40 років як доведено, що частота й інтенсивність бойових дій лінійно пов'язані з ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і спричиненими ним психічними порушеннями у ветеранів [4]. Проте бойові дії не є єдиним джерелом небезпеки, конфлікту чи серйозного стресу у зоні бойових дій або необхідною і достатньою причиною виникнення ПТСР, пов'язаного із службою в армії. Спостереження масових руйнувань цивільної інфраструктури, страждань цивільного населення, особливо жінок і дітей, також підвищують ризик виникнення ПТСР [5]. Травматичні втрати співслужбовців можуть бути виключно руйнівними і спричиняти синергетичний синдром ПТСР [6]. Було доведено, що фізичні травми, отримані внаслідок нещасних випадків чи насильства, є одним із найбільш вагомих предикторів хронічного ПТСР [7]. Крім того, втрата кінцівок, опіки та спотворення виснажують ті ресурси, які дають змогу здолати ситуацію, ставлять під загрозу функціонування та можуть істотно вплинути на здатність ветеранів відновитися після психологічної травми, отриманої в зоні бойових дій [8]. Також автор публікації [8] визначив, що хоча фізична травма в зоні бойових дій є надійним предиктором хронічного ПТСР, у більшості військовослужбовців, що дістали травми у зоні бойових дій, не розвивається явний ПТСР.

Було доведено, що ПТСР серед діючих військовослужбовців після участі у бойових діях можуть викликати занепокоєння. Проте не у всіх військовослужбовців, що знаходилися в зоні бойових дій, виникатиме хронічний ПТСР [4]. Проведені дослідження адаптації до травми показали, що траєкторія реакцій військовослужбовця на травми, які він дістає у зоні бойових дій, є нестабільною, і рівень поширеності з часом знижується [8]. Є доволі високий відсоток військовослужбовців, які самостійно відновлюються від наслідків пережитої загрози смерті і не потребують професійного втручання. Ще одним суттєвим джерелом виникнення порушень ментального здоров'я є досвід вчинення вбивств під час бою: для деякого моральний конфлікт, сором, провина, які виникають унаслідок вбивства, які вчинені навіть під час бою, можуть залишити «моральний шрам» на все життя [8].

В останні десятиріччя, на думку дослідників, у клінічному науковому товаристві дуже мало уваги приділялося тривалому впливу психологічної травми, яка була забарвлена моральним конфліктом у ветеранів війни [9]. Водночас психіатри-клініцисти повідомляли, що моральний конфлікт є важливим елементом страждань багатьох солдат [10]. Зазначимо, що деякі автори не прагнуть змінити концепцію ПТСР, і навіть не воліють внести категорію «моральна травма» у Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ) або її американський аналог DSM. Проте вони прагнуть сформувати концепцію, яка б охоплювала певні види страждання засобами, що відхиляються від домінуючого клінічного розуміння ПТСР. Ці дослідники наголошують, що хоча ПТСР і моральна травма мають спільні риси, в іншому моральна травма є унікальним явищем, центральне місце в якому займають почуття провини і сорому. У той час як ПТСР зосереджений на загрозі життю та впливі насилля, моральна травма є наслідком морального конфлікту, який може як містити, так і не містити загрози життю [9].

Серед засобів профілактики хронічного перебігу ПТСР найпоширенішим в арміях багатьох країн був аналіз стресу при критичних інцидентах (CISD) або психологічний дебрифінг. Це одинична психоосвітня сесія, яка проводиться після травми (протягом 24–72 годин) з компонентами управління стресом і спільного переживання травми з групою людей із загальною травмою чи професійним досвідом [11]. Так, CISD є однією зі стратегій, яку використовували групи контролю бойового стресу (CSCT), що були розгорнуті в Іраку та Афганістані, для забезпечення вторинної профілактики військовослужбовців, хто мав ознаки потенційно тяжкого посттравматичного стресу в зоні бойових дій [12]. Команди CSCT були уповноважені Міністерством оборони США для «забезпечення запобігання бойовому стресу та управління ним, щоб зберегти ефективність місії та бойових дій, а також мінімізувати короткострокові та довгострокові несприятливі наслідки бойових дій для фізичного, психологічного, інтелектуального та соціального здоров'я військовослужбовців» [11]. Однак на сьогодні є обґрунтовані сумніви щодо ефективності методики CISD, що передбачала розбір психотравматичної події надто скоро після її переживання. Сучасні дослідники схиляються до думки про використання першої психологічної допомоги як профілактичного заходу. Вона передбачає надання людської, емпатичної та ненав'язливої підтримки, а також інформації про те, що можуть очікувати люди, які пережили травму, у найближчі дні та тижні, та про долю інших людей, які постраждали [13, 14]. Тому у зоні бойових дій надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям, що серйозно постраждали внаслідок бойової травми, може здійснюватися як для їхньої психологічної підтримки і допомоги, щоб вони не почувалися себе стигматизованими, так і для досягнення інших цілей – забезпечення їжею, відпочинком тощо.

У разі хронічного перебігу негативних наслідків психологічної травматизації доволі поширеним є звернення до когнітивної моделі психологічної безпеки особистості військовослужбовця [15] і когнітивно-поведінкових методів лікування ПТСР [12]. Проте для подолання моральної травми потрібне ключове коригування підходу – зміщення морального конфлікту у центр і розгляд його як доречного, а не патологічного [9]. Військовослужбовці, які зазнали моральної травми, не потребують переконання, що вони чинили правильно або під впливом непереборних обставин. Поганий вчинок має розглядатися як такий, проте необхідним є допомога у розумінні контексту і прийняття недосконалості свого «Я». За таких умов кінцевою метою лікування є «формування ідеї у ветерана про здатність творити добро і можливості самовибачення, навіть якщо вони і не приймають цю ідею спочатку» [9].

З огляду на наведене вище в реабілітаційних центрах психологічного відновлення, до яких направляють військовослужбовців на підставі різних показань, гостро постає питання диференціації психологічної допомоги. Це військовослужбовці, які потребують: а) лише переключення з бойових умов, відпочинку та відновлення психологічних і фізичних ресурсів з подальшим виконанням

бойових завдань; б) першої психологічної допомоги з усуненням на певний час травматичного стимулу з широкою можливістю отримання групових та індивідуальних психологічних консультацій у разі усвідомлення невідворотності повернення для продовження виконання бойових завдань; в) більш глибоких засобів психологічної та психіатричної допомоги з можливістю подальшого переведення у підрозділи забезпечення.

Метою статті є розроблення опитувальника для визначення і диференціації гострої стресової реакції, посттравматичного стресового розладу, моральної травми та перевірка його психометричних характеристик.

Підґрунтям для розроблення опитувальника були психодіагностичні методики «Міссісіпська шкала визначення ПТСР» (автори Т. Кін, Дж. Кедделл, К. Тейлор), «Опитувальник травматичного стресу» (автор І. Котенев), «Дезадаптивність» (автори І. Приходько, Я. Мацегора, О. Колесніченко, М. Байда), які всі є похідними від методики ММРІ [16]. Під час формулювання змісту шкал, що описують симптоматику гострої стресової реакції (ГСР) і ПТСР, автори цієї статті також орієнтувалися на такі методики, як «Шкала оцінки впливу травматичності подій» (22 пункти, що описують «Вторгнення», «Уникнення» та «Збудливість») і «Шкала дисоціації» (DES). Описи шкали «Депресія» порівнювали зі «Скринінговою шкалою самооцінки депресії» (PHQ-9, що складається із 9 пунктів) [16].

Сьогодні для діагностики ПТСР через свою компактність найбільш поширеною є методика «Міссісіпська шкала визначення ПТСР». Однак, хоча в неї і закладені твердження для діагностики симптоматики повторного переживання події, уникнення, гіперактивності, почуття провини та схильності до суїциду, але вона діє як єдина шкала і не дає змоги здійснювати диференційну оцінку інтенсивності окремих проявів симптоматики посттравматичного стресу (ПТС). Також вона призначена для психодіагностики ветеранів, отже, необхідні для діагностики ПТСР передумови «подія травми» і «відтерміновані наслідки» у ній окремо не визначаються, а вважаються такими, що й апріорі притаманні статусу ветерана війни. Зазначимо, що вона має високі показники надійності для вибірки військовослужбовців, які проходили програму психологічного відновлення (α -Кронбаха = 0,893) [17].

На відміну від «Міссісіпської шкали визначення ПТСР», «Опитувальник травматичного стресу» призначений для діагностики як ПТСР, так і ГСР, які визначаються відповідно до МКХ або DSM за сукупністю симптомів, та встановлення вихідної точки діагностики – «Події травми». Зокрема, для ПТСР в «Опитувальнику травматичного стресу» необхідним є встановлення «Події травми», а також наявність таких симптомів: «Повторне переживання травми», «Уникнення», «Гіперактивація» і «Дистрес та дезадаптація». Для ГСР характерною є наявність таких симптомів: «Подія травми», «Дисоціативні симптоми», «Повторне переживання травми», «Уникнення», «Гіперактивація» і «Дистрес та дезадаптація». Крім того, використання «Опитувальника травматичного стресу» дає інформацію про наявність симптоматики депресії, надпильності, приглушення емоцій, агресивності, тривожності, нападів люті, зловживання наркотичними та лікарськими препаратами, небажані спогади та галюцинаторні переживання, почуття провини, порушення сну тощо. За всіх переваг «Опитувальник травматичного стресу» не має значної поширеності серед військових психологів, яким часто доводиться діяти у польових умовах і моніторити стан значної кількості військовослужбовців, насамперед через великий обсяг опитувальника, який містить 110 тверджень. Його недоліками також є складна система обчислення балів, що передбачає підрахунок контрольних шкал (щирості, агравації, дисимуляції) і переведення «сирих» балів у Т-бали для визначення рівня сформованості ПТСР і ГСР. Тим більше, що встановлення діагнозу ПТСР є виключно прерогативою лікарів-психіатрів після стаціонарного обстеження, а психолог може лише направити військовослужбовця, в якого спостерігається відповідна симптоматика, на поглиблене вивчення і консультацію лікаря-психіатра.

Крім того, в останній редакції DSM «Дисоціативні симптоми» визнаються необов'язковими, що зміщує акценти у диференціації ПТСР і ГСР саме на «Подію травми», в якій чітко вказується на строк прояву відповідної симптоматики, що повинна бути не менше ніж через 1 місяць після події травми. На жаль, «Опитувальник травматичного стресу» не дає змогу враховувати цей важливий аспект диференціації «Події травми» для ГСР і ПТСР. Поряд із цим запропонована шкала «Події травми» для вибірки військовослужбовців, які проходили програму відновлення, як показали результати досліджень авторів, мала доволі низький показник надійності (α -Кронбаха = 0,452).

Стосовно інших симптомів варто зазначити, що згідно з показниками α -Кронбаха на вибірці військовослужбовців, які проходили програму психологічного відновлення, «Опитувальник травматичного стресу» досить надійно діагностує «Дисоціативні симптоми» (α -Кронбаха = 0,748), «Повторне переживання травми» (α -Кронбаха = 0,774), має незадовільні показники для шкали «Уникнення» у разі ГСР (в шкалу входять лише 3 твердження; α -Кронбаха = 0,352) та цілком прийнятні показники «Уникнення» для ПТСР (α -Кронбаха = 0,743). Також авторами були встановлені високі показники надійності для шкали «Гіперактивація» (α -Кронбаха = 0,815), а показники надійності «Дистресу та дезадаптації» виявилися менш задовільними (α -Кронбаха = 0,572), крім того, в цю шкалу входило лише 4 твердження, частина з яких знижувала надійність шкали.

У більшості шкал, призначених для діагностики симптомів, можна було виділити до 7 спільних тверджень для ГСР і ПТСР, і тому під час створення «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» вирішено брати за основу ці спільні твердження та загальну структуру «Опитувальника травматичного стресу». Зроблено доповнення шкал, в яких були твердження, що знижували надійність, і їх доцільно було замінити, а шкала «Дистрес та дезадаптація» потребувала взагалі повної редакції. Шкалу, яка описує дисоціацію, попри задовільні показники α -Кронбаха, було скориговано відповідно до спогадів учасників бойових дій, які описували свої переживання про дисоціативні стани під час роботи з військовими психологами в центрі психологічного відновлення. Як своєрідних «донорів» було використано деякі твердження методик «Міссісіпська шкала визначення ПТСР» та «Дезадаптивність»; остання у дослідженнях авторів використовувалася для диференціації деяких аспектів моральної травми [18]. Для цього у наведених методиках було також розраховано показники α -Кронбаха як для кожної методики в цілому, так і для їхніх окремих шкал. Крім того, було розраховано показник α -Кронбаха у разі виключення твердження зі шкали, щоб оцінити важливість кожного твердження для визначення показників ПТСР, дезадаптивності та їх окремих аспектів.

На підґрунті проведеного аналізу були відібрані найкращі статистичні варіанти тверджень замість тих, яких не вистачало. Варто зауважити, що окремі твердження було прямо перенесено. Наприклад, це твердження № 17 методики «Дезадаптивність» («Часом у мене виникає відчуття, що я зробив щось не те або навіть щось погане») та твердження № 14 методики «Міссісіпська шкала визначення ПТСР» («Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати»). Також деякі твердження було частково змінено відповідно до змісту симптомів.

До конструктивних особливостей «Опитувальника травматичного стресу» слід віднести те, що одні й ті ж самі твердження можуть бути використані для підрахунку різних аспектів, наприклад, для визначення симптомів шкал «Вторгнення», «Уникнення», «Дезадаптація» та показника «Депресія». Цю особливість структури у розроблюваному «Опитувальнику диференціації посттравматичного стресу» було збережено. Також крім шкали «Депресія», з використаного набору тверджень вдалося виділити шкали «Ціннісний дисонанс» та «Порушення сну», до яких було також віднесено по 7 тверджень. Виділення шкали «Ціннісний дисонанс» відповідає сучасним уявленням про необхідність уважно ставитися до диференціації ПТСР, що виникає внаслідок страху втратити життя, а «Моральна травма» (МТ) є наслідком втрати гідності, дисонансу ціннісної сфери. Тому алгоритм підрахунку введених додаткових шкал є важливим для визначення особливостей надання психологічної допомоги в реабілітаційних центрах відновлення військовослужбовців після їхньої участі у бойових діях. З огляду на те, що концепція «Моральної травми» ще не набула свого закріплення у МКХ або DSM, підрахунок за шкалами, що до неї належить, можна вважати формуванням ПТСР, який ускладнений моральною травмою. Виділення самостійної шкали «Порушення сну» також є важливим через те, що таке порушення призводить до швидкого виснаження опірних можливостей військовослужбовців, тому його теж варто враховувати під час проведення відновлення. Автори сподіваються, що закладення у методику таких особливостей сприятиме розвитку уявлень про психологічну травматизацію військовослужбовця під час бойових дій та її наслідки.

Нижче наведено таблицю 1 із твердженнями, які використовувалися для діагностики окремих симптомів ПТС.

Таблиця 1 – Твердження блоків, що визначають окремі ПТС

№ пор.	Зміст тверджень «Опитувальника травматичного стресу»	Показник α -Кронбаха* у разі виключення твердження зі шкали
Дисоціативні симптоми (*α-Кронбаха = 0,748)		
6	Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення	0,724
4	Мені необхідно докладати зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі	0,719
103	Я відчуваю розгубленість	0,715
7	Світ, який мене оточує, здається нереальним (змінено на «Бувало, що я «втрачав час» – годину чи частину дня, про які не міг хоч щось пригадати» за спогадами учасників бойових дій)	0,716
34	Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби (змінено на «Було, що я відчував втрату контакту зі своїм тілом, ніби моє тіло було не моїм» за спогадами учасників бойових дій)	0,700
44	Я відчуваю, що стаю іншою людиною	0,723
43	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно	0,731
Повторне переживання травми (*α-Кронбаха = 0,774)		
48	Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати	0,729
14	Я часто бачу один і той же страшний сон	0,730
35	Я прокидаюся від раптового страху	0,710
52	Мені кажуть, що я скрикую уві сні	0,762
–	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	–
–	Я не можу змусити себе взятися за деякі справи, які нагадують мені про пережите	–
90	Є речі, які я не можу собі пробачити	0,751
Уникнення (*α-Кронбаха = 0,743)		
–	Часом мені хочеться заснути і не прокинутися	–
79	У житті мені довелося пережити таке, що краще не згадувати	0,730
43	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно	0,710
26	Багато речей втратили для мене інтерес	0,691
31	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене	0,693
42	Я відчуваю самотність	0,696
81	Мені здається, що я втратив здатність радіти життю	0,712
Гіперактивація (*α-Кронбаха = 0,815)		
41	Мені важко заснути	0,803
16	Дурниці дратують мене	0,790
32	Мені необхідно краще контролювати емоції	0,793
85	Сторонні звуки відволікають мене	0,790
8	Я здригаюся від раптового шуму	0,777
12	Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека	0,790
107	Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух	0,791
Дистрес та дезадаптація (*α-Кронбаха = 0,573)		
–	Відпочинок не дає відчуття поновлення сил	–
36	Мені доводиться докладати великих зусиль, щоб працювати у колишньому ритмі	0,418

№ пор.	Зміст тверджень «Опитувальника травматичного стресу»	Показник α -Кронбаха* у разі виключення твердження зі шкали
57	Останнім часом мій настрій погіршився	0,411
–	Часом я вживаю алкоголь (снодійні препарати чи інше), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, що я змушений був робити	–
–	Останнім часом переживаю настільки сильні приступи злості, що хочу (можу) вдарити чи образити словами когось	–
–	Часом у мене виникає відчуття, що я зробив щось не те або навіть щось погане	–
–	Мені властиво так сильно переживати розчарування, що я не можу змусити себе не думати про них	–
ДОДАТКОВІ ПЕРЕХРЕСНІ ШКАЛИ		
Депресія (*α-Кронбаха = 0,784)		
6	Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення	0,754
26	Багато речей втратили для мене інтерес	0,762
36	Мені доводиться докладати великих зусиль, щоб працювати у колишньому ритмі	0,759
42	Я відчуваю самотність	0,751
57	Останнім часом мій настрій погіршився	0,738
81	Мені здається, що я втратив здатність радіти життю	0,743
Ціннісний дисонанс		
44	Я відчуваю, що стаю іншою людиною	–
90	Є речі, які я не можу собі пробачити	–
31	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене	–
–	Часом я вживаю алкоголь (снодійні препарати чи інше), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, що я змушений був робити	–
–	Останнім часом переживаю настільки сильні приступи злості, що хочу (можу) вдарити чи образити словами когось	–
–	Часом у мене виникає відчуття, що я зробив щось не те або навіть щось погане	–
–	Мені властиво так сильно переживати розчарування, що я не можу змусити себе не думати про них	–
Порушення сну		
14	Я часто бачу один і той же страшний сон	–
35	Я прокидаюсь від раптового страху	–
52	Мені кажуть, що я скрикую уві сні	–
–	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	–
41	Мені важко заснути	–
–	Відпочинок не дає відчуття поновлення сил	–
–	Часом я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, що я змушений був робити	–

Примітка. *Показник α -Кронбаха вказаний для кожної шкали та у разі виключення зі шкали твердження за даними «Опитувальника травматичного стресу». Показники α -Кронбаха у разі виключення доданих питань з інших методик в цю таблицю не вносилися, проте вони були не нижче за 0,750.

Розроблення шкал для діагностики як окремих основних симптомів (зокрема, «Дисоціативні симптоми», «Повторне переживання травми», «Уникнення», «Гіперактивація», «Дистрес та дезадаптація»), так і додаткових (зокрема, «Депресія», «Порушення сну» та «Ціннісний дисонанс»), було здійснено під час укладання «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу». Навіть введення такої шкали, як «Ціннісний дисонанс», входить в ці межі, оскільки більшість нових шкал для неї було взято зі шкали «Порушення моральної нормативності» методики «Дезадаптивність», яку вже було апробовано як один із критеріїв диференціації моральної травми [18]. Утім в «Опитувальнику травматичного стресу» не пропонується задовільного підходу до визначення «Події травми», за допомогою якого можна диференціювати ПТСР і ГСР. У самих DSM і МКХ єдиним аспектом, який розрізняє ПТСР від ГСР, є термін в 1 місяць. З урахуванням змісту події травми, який відповідає ГСР, ПТСР та МТ, як це описано у науковій літературі, було складено відповідний перелік тверджень.

Таблиця 2 – Твердження блоку «Подія травми – відтермінування» «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» для диференціації ГСР, ПТСР та МТ

№	Показник	Подія травми
1	Подія травми	Була подія, яка цілком зруйнувала мої уявлення про можливості захиститися чи уникнути небезпеки
2	Подія травми	Я відчуваю, що не можу більше терпіти безперервний потік небезпек, мабуть, я не маю шансів вибратися із цього пекла
3	Подія травми	Була подія, яка показала мені, як мало я здатен зробити для забезпечення власної безпеки, близьких чи товаришів по службі
4	Подія травми	У моєму житті була настільки шокуюча подія, що я в ній почувався ніби не собою, ніби то було не моє тіло
5	Подія травми	Була ситуація, яка шокувала мене настільки, що з'явилося відчуття, ніби то було не зі мною
Відтермінування наслідків [понад місяць (ПМ)]		
6	ПМ-ПТСР	Понад місяць минув з тих подій, після яких мене не відпускає думка, що я міг загинути
7	ПМ-ПТСР	Уже більше місяця пройшло з тієї події, яка зробила мене надзвичайно чутливим до всього, що потенційно може загрожувати моєму життю
8	ПМ-ПТСР	Останні місяці (більше ніж один) я постійно думаю про те, як багато небезпек навколо, як легко можна втратити життя
9	ПМ-МТ	Пережите (події, яким уже понад місяць) цілком зруйнувало мої уявлення про себе, про стійкість моїх моральних переконань
10	ПМ-МТ	Пройшло вже чимало часу (більше одного місяця) з тих подій, після яких я втратив упевненість у правильності своїх вчинків, їх відповідності цілям мого життя
11	ПМ-МТ	Уже доволі довго (понад місяць) я не можу позбавитися почуття провини

Отже, подія травми була поділена на два складники: безпосередньо подія травми та відтермінування наслідків на місяць. Саме ці складники допомагають диференціювати ГСР і ПТСР. Такий принцип було поширено і на МТ і ПТСР, який може бути ускладнений МТ. Утім це було «додатковим навантаженням» під час розроблення «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу», роботою на випередження, зважаючи на потреби військових психологів у диференціації ПТСР і МТ та певну необґрунтованість теоретичної парадигми для розроблення комплексного підходу до такої диференціації.

Слід висновити, що ГСР передбачає лише «Подію травми» і відсутність позитивних відповідей на твердження шкали «Відтермінування наслідків»; ПТСР передбачає як «Подію травми», так і відтермінування специфічних наслідків, характерних для ПТСР; МТ також передбачає «Подію травми» та відтерміновані наслідки, характерні для МТ. При цьому наслідки, що характерні для ПТСР, були пов'язані з думками про власну смертність, а наслідки, характерні для МТ, – з думками про втрату власної гідності, внутрішній конфлікт.

Спочатку був задум використовувати складну систему підрахунку, коли симптоми, які свідчать про умовно протилежний симптомокомплекс у дихотоміях «ГСР-ПТСР» та «ПТСР-МТ», додавалися зворотними балами і відповідно для кожного із симптомокомплексів за шкалою «Подія травми – відтермінування» могло бути нараховано від 0 до 11 балів. Передбачалося, що диференціація симптомокомплексів здійснювалася за порівнянням цих балів: найбільший бал свідчив про наявний симптомокомплекс, а точніше, про сформовану вихідну точку цього симптомокомплексу, а всі інші, що набирали менше балів, вважалися незначущими, тобто такими, що не мали братися до уваги у діагностичному плані. Так, під час розрахунку вихідної точки для ГСР показники «Події травми» підкріплювалися зворотним підрахунком показників «Відтермінування наслідків» (ПМ-ПТСР+МТ). Показники ПТСР містили «Подію травми», відповіді «Так» на «ПМ-ПТСР» та зворотний підрахунок (відповіді «Ні») «ПМ-МТ». Показники МТ містили «Подію травми», відповіді «Так» на «ПМ-МТ» та зворотний підрахунок (відповіді «Ні») «ПМ-ПТСР».

Проте психометрична оцінка показників, підрахованих таким чином за шкалою «Подія травми – відтермінування», показала недоцільність цієї процедури, коли було отримано незадовільні показники α -Кронбаха. Тому було прийнято рішення про просте додавання «необхідної» симптоматики і врахування наявності протилежної. Отже, під час підрахунку загального показника ГСР додаються показники лише за шкалами «Подія травми» + «Дисоціативна симптоматика» + «Повторне переживання травми» + «Уникнення» + «Гіперактивація» + «Дистрес та дезадаптація». У зв'язку із цим психолог має зважати на те, що всі шкали «Відтермінування наслідків» повинні мати нульове значення. Якщо є позитивні відповіді і на «Подію травми», і на «Відтермінування наслідків», що характерні при ПТСР/МТ, то діагностуються відповідно ПТСР чи МТ. Окремо ПТСР передбачає відсутність позитивних відповідей на «ПМ-МТ». Окремо МТ передбачає відсутність позитивних відповідей на «ПМ-ПТСР». Однак можливим є варіант ПТСР, ускладненого моральною травмою, для якого характерними є і «Подія травми», і відповіді «Так» на твердження шкал «ПМ-ПТСР» та «ПМ-МТ». Уведення таких умов хоч дещо і спростило розрахунок, однак потребує уваги від психолога під час визначення сформованості вихідної точки симптомокомплексу як підстави для наявності/відсутності/диференціації симптомокомплексів ГСР, ПТСР, МТ чи ПТСР, який ускладнений МТ.

Отже, до остаточного варіанта розробленого «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» увійшло 46 тверджень, за допомогою яких можна диференціювати ГСР, ПТСР, «Моральну травму» та «Депресію», а також інтенсивність відповідної їм симптоматики. З огляду на те, що «Опитувальник диференціації посттравматичного стресу» розроблявся для потреб центрів реабілітації та відновлення військовослужбовців, які через втому чи виснаження зазвичай мають труднощі з виконанням складних інструкцій, для опитувальника було використано спрощену шкалу відповідей (Так/Ні), а всі твердження опитувальника є прямими, тобто діагностично значущою є відповідь «Так». За такої структури опитувальника тяжкі випадки психологічного травмування будуть очевидними і без диференційованого підрахунку за шкалами.

У таблиці 3 наведено зміст «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» з кодами питань щодо їхньої належності до основних і додаткових шкал.

Таблиця 3 – Зміст «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» з кодами питань щодо їхньої належності до основних і додаткових шкал

№ пор.	Код основної шкали	Код додаткової шкали	Твердження
1	Дисоціативна симптоматика	Депресія	Я приймаю їжу машинально, не відчуючи при цьому задоволення
2	Повторне переживання травми	Порушення сну	Я часто бачу один і той же страшний сон
3	Уникнення	Депресія	Мені здається, що я втратив здатність радіти життю
4	Подія травми	–	Була подія, яка показала мені, як мало я здатен зробити для забезпечення власної безпеки та безпеки близьких мені людей
5	Гіперактивація	Порушення сну	Мені важко заснути
6	Дистрес та дезадаптація	Депресія	Останнім часом мій настрій погіршився
7	Дисоціативна симптоматика	–	Мені необхідно докладати зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі
8	ПМ-ПТСР	–	Останні місяці (понад місяць) я постійно думаю про те, як багато небезпек навколо, як легко можна втратити життя
9	Повторне переживання травми	Порушення сну	Мені кажуть, що я скрикую уві сні
10	Уникнення	–	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно
11	Гіперактивація	–	Дурниці дратують мене
12	Подія травми	–	У моєму житті була настільки шокуюча подія, що я в ній почувався ніби не собою, ніби то було не моє тіло
13	Дистрес та дезадаптація	Ціннісний дисонанс	Часом у мене виникає відчуття, що я зробив щось не те або навіть щось погане
14	Дисоціативна симптоматика	–	Я відчуваю розгубленість
15	Повторне переживання травми	–	Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати
16	Подія травми	–	Я відчуваю, що не можу більше терпіти безперервний потік небезпек, мабуть, я не маю шансів вибратися із цього пекла
17	Уникнення	–	Часом мені хочеться заснути і не прокинутися
18	Гіперактивація	–	Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух
19	Дистрес та дезадаптація	Ціннісний дисонанс	Мені властиво так сильно переживати розчарування, що я не можу змусити себе не думати про них
20	ПМ-МТ	–	Пройшло вже чимало часу (понад місяць) з тих подій, після яких я втратив впевненість у правильності своїх вчинків, їх відповідності цілям мого життя
21	Дисоціативна симптоматика	–	Було таке, що я відчував втрату контакту зі своїм тілом, ніби моє тіло було не моїм

№ пор.	Код основної шкали	Код додаткової шкали	Твердження
22	Повторне переживання травми	–	Я не можу змусити себе взятися за деякі справи, які нагадують мені про пережите
23	Уникнення	Депресія	Я відчуваю самотність
24	Подія травми	–	Була подія, яка цілком зруйнувала мої уявлення про можливості захиститися чи уникнути небезпеки
25	Гіперактивація	–	Мені необхідно краще контролювати емоції
26	Дистрес та дезадаптація	Депресія	Мені доводиться докладати великих зусиль, щоб працювати у колишньому ритмі
27	Дисоціативна симптоматика	–	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно
28	ПМ-ПТСР	–	Уже більше місяця пройшло з тієї події, яка зробила мене надзвичайно чутливим до усього, що потенційно може загрожувати моєму життю
29	Повторне переживання травми	Порушення сну	Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати
30	Уникнення	Депресія	Багато речей втратили для мене інтерес
31	Гіперактивація	–	Я здригаюся від раптового шуму
32	ПМ-МТ	–	Пережите (події, яким уже понад місяць) цілком зруйнувало мої уявлення про себе, про стійкість моїх моральних переконань
33	Дистрес та дезадаптація	Порушення сну	Відпочинок не дає мені відчуття поновлення сил
34	Дисоціативна симптоматика	–	Бувало, що я «втрачав час» – годину чи частину дня, про які не міг хоч щось пригадати
35	Повторне переживання травми	Ціннісний дисонанс / Депресія	Є речі, які я не можу собі пробачити
36	Уникнення	–	У житті мені довелося пережити таке, що краще не згадувати
37	ПМ-ПТСР	–	Понад місяць минув з тих подій, після яких мене не відпускає думка, що я міг загинути
38	Гіперактивація	–	Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.
39	Дистрес та дезадаптація	Ціннісний дисонанс	Останнім часом переживаю настільки сильні приступи злості, що хочу (можу) вдарити чи образити словами когось.
40	Дисоціативна симптоматика	Ціннісний дисонанс	Я відчуваю, що стаю іншою людиною.
41	ПМ-МТ	–	Уже доволі довго (понад місяць) я не можу позбавитися почуття провини.
42	Повторне переживання травми	Порушення сну	Я прокидаюсь від раптового страху.
43	Уникнення	Ціннісний дисонанс	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.
44	Гіперактивація	–	Сторонні звуки відволікають мене.
45	Подія травми	–	Була ситуація, яка шокувала мене настільки, що з'явилося відчуття, нібито це було не зі мною.
46	Дистрес та дезадаптація	Ціннісний дисонанс / Порушення сну	Часом я вживаю алкоголь (снодійні препарати чи інше), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, що я змушений був робити.

У таблиці 4 наведено ключі для визначення «Події травми – відтермінування» як вихідної точки диференційного діагнозу та результатів для підрахунку проявлення ПТС по шкалах «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу».

Таблиця 4 – Ключі для визначення диференціації та результатів для підрахунку проявлення ПТС по шкалах «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу»

Шкали «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу»	Номери підрахунку у разі відповіді «Так»
«Подія травми»*	4, 12, 16, 24, 45
«ПМ-ПТСР»*	8, 28, 37
«ПМ-МТ»*	20, 32, 41
«ПМ-ПТСР+МТ»*	8, 20, 28, 32, 37, 41
Основні шкали симптомів ГСР і ПТСР	
«Дисоціативна симптоматика»	1, 7, 14, 21, 27, 34, 40
«Повторне переживання травми»	2, 9, 15, 22, 29, 35, 42
«Уникнення»	3, 10, 17, 23, 30, 36, 43
«Гіперактивація»	5, 11, 18, 25, 31, 38, 44
«Дистрес та дезадаптація»	6, 13, 19, 26, 33, 39, 46
Додаткові перехресні шкали	
«Депресія»	1, 3, 6, 23, 26, 30, 35
«Порушення сну»	2, 5, 9, 29, 33, 42, 46
«Ціннісний дисонанс»	13, 19, 35, 39, 40, 43, 46

Примітка. *Саме за показниками «Подія травми» та «ПМ-...» здійснюється диференціація ГСР, ПТСР, МТ та ПТСР, який ускладнений МТ.

Підрахунок загального балу інтенсивності симптоматики ПТС:

$ГСР = \text{«Подія травми»} + \text{«Дисоціативна симптоматика»} + \text{«Повторне переживання травми»} + \text{«Уникнення»} + \text{«Гіперактивація»} + \text{«Дистрес та дезадаптація»}$, якщо «Подія травми» > 0 і «ПМ-ПТСР+МТ» = 0.

$ПТСР = \text{«Подія травми»} + \text{«ПМ-ПТСР»} + \text{«Повторне переживання травми»} + \text{«Уникнення»} + \text{«Гіперактивація»} + \text{«Дистрес та дезадаптація»}$, якщо «Подія травми» > 0, «ПМ-ПТСР» > 0 та «ПМ-МТ» = 0.

$МТ = \text{«Подія травми»} + \text{«ПМ-МТ»} + \text{«Ціннісний дисонанс»} + \text{«Повторне переживання травми»} + \text{«Уникнення»} + \text{«Гіперактивація»} + \text{«Дистрес та дезадаптація»}$, якщо «Подія травми» > 0, «ПМ-МТ» > 0, «Ціннісний дисонанс» > 0 та «ПМ-ПТСР» = 0.

$ПТСР, \text{ який ускладнений } МТ = \text{«Подія травми»} + \text{«ПМ-ПТСР+МТ»} + \text{«Ціннісний дисонанс»} + \text{«Повторне переживання травми»} + \text{«Уникнення»} + \text{«Гіперактивація»} + \text{«Дистрес та дезадаптація»}$, якщо «Подія травми» > 0, «ПМ-МТ» > 0 та «ПМ-ПТСР» > 0.

Визначення психометричних характеристик «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу»

Визначення психометричних характеристик розробленої методики реалізовувалося на вибірці військовослужбовців, які проходили програму психологічного відновлення і були цільовою вибіркою. З етичних і професійно-психологічних міркувань було неможливо збільшувати навантаження на військовослужбовців, які перебували у центрах психологічного відновлення, і тому встановлення психометричних характеристик здійснювалося у кілька етапів. На кожному етапі залучалося в середньому по 150 військовослужбовців, яким до загальної психодіагностичної батареї додавалося 2-4 додаткові психодіагностичні методики. Загальна кількість учасників дослідження становила 484 військовослужбовці.

Результати проведеного дослідження показали, що розроблена методика має задовільні показники надійності (таблиця 5).

Таблиця 5 – Показники надійності «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» ($n = 242$ військовослужбовці)

Блоки шкал опитувальника	Шкали опитувальника та загальні показники ПТС	Показник α -Кронбаха
«Подія травми – відтермінування»	«Подія травми»	0,720
	«ПМ-ПТСР»	0,753
	«ПМ-МТ»	0,713
	«ПМ-ПТСР+МТ»	0,749
Основні шкали симптомів ГСР і ПТСР	«Дисоціативна симптоматика»	0,729
	«Повторне переживання травми»	0,737
	«Уникнення»	0,726
	«Гіперактивація»	0,749
	«Дистрес та дезадаптація»	0,730
Додаткові перехресні шкали	«Депресія»	0,722
	«Порушення сну»	0,724
	«Ціннісний дисонанс»	0,741
Загальні показники ПТС	«Загальний показник ГСР»	0,939
	«Загальний показник ПТСР»	0,933
	«Загальний показник МТ»	0,944
	«Загальний показник ПТСР, який ускладнений МТ»	0,948

Виключення будь-якого пункту з окремих шкал чи загального показника не збільшувало α -Кронбаха. Це свідчить про те, що немає необхідності коригування або заміни будь-яких тверджень розробленого опитувальника.

Показники кореляційних взаємозв'язків шкал «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» наведено у таблиці 6, а показники кореляційних взаємозв'язків шкал розробленого опитувальника та «Опитувальника травматичного стресу» – у таблиці 7.

Як бачимо з таблиці 6, всі шкали мають задовільні показники кореляційних взаємозв'язків, які свідчать і про внутрішню погодженість методики, і про їхню диференційну здатність.

У шкалах «Загальний показник ГСР», «Загальний показник ПТСР», «Загальний показник МТ» та «Загальний показник ПТСР, який ускладнений МТ» установлені надто щільні показники кореляції, що мали б свідчити про низьку диференційну здатність методики ($r = 0,99$ для всіх взаємодіючих блоку «Загальні шкали»). Проте опитувальник розроблений таким чином, що рішення про наявний симптомокомплекс (диференціацію) приймається на етапі розрахунку «вихідної точки» – «Події травми – відтермінування». Тому під час проведення розробленої методики з кожним конкретним опитуваним розраховується лише один загальний показник, який відповідає додатковим умовам, указаним для розрахунку загального показника. Інші загальні шкали не розраховуються, оскільки вони не можуть відповідати альтернативним умовам.

Ще одним показником надійності є ретестова надійність. Проте розроблювана методика призначена для діагностики станів, для яких характерною є певна динаміка. Крім того, в реабілітаційних центрах усі військовослужбовці проходять індивідуальну і групову програму психологічного відновлення, відповідно проводити процедуру ретестової надійності із зазначеною цільовою групою не стало можливим. Утім планується, що використання опитувальника проходитиме подальшу апробацію на вибірці військовослужбовців, яких виведено із зони бойових дій на відновлення боєздатності або ротацію, що дасть змогу надалі уточнити деякі психометричні характеристики методики.

Для визначення валідності методики її дані порівнювалися як із даними методики «Опитувальник травматичного стресу», структуру якої було взято за основу «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу», так і з даними методик «Міссісіпська шкала визначення ПТСР», «Дезадаптивність», «Шкала оцінки впливу травматичності подій», РНQ-9, «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» та «Оцінка негативних психічних реакцій та станів у військовослужбовців».

Таблиця 6 – Показники кореляційних взаємозв'язків шкал «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» ($n = 242$ військовослужбовці)

Шкали	«Подія травми»	«ПМ-ПТСР»	«ПМ-МТ»	«ПМ-ПТСР+МТ»	«Дисоціативна симптоматика»	«Повторне переживання травми»	«Уникнення»	«Гіперактивація»	«Дистрес та дезадаптація»	«Депресія»	«Порушення сну»	«Ціннісний дисонанс»	Загальний показник ГСР	Загальний показник ПТСР	Загальний показник МТ	Загальний показник ПТСР, який ускладнений МТ
«Подія травми»	1,00 **	0,55 **	0,59 **	0,66 **	0,72 **	0,62 **	0,68 **	0,65 **	0,68 **	0,66 **	0,57 **	0,67 **	0,82 **	0,82 **	0,81 **	0,81 **
«ПМ-ПТСР»		1,00 **	0,51 **	0,87 **	0,60 **	0,55 **	0,58 **	0,63 **	0,59 **	0,52 **	0,54 **	0,58 **	0,67 **	0,73 **	0,67 **	0,72 **
«ПМ-МТ»			1,00 **	0,86 **	0,62 **	0,65 **	0,53 **	0,58 **	0,61 **	0,57 **	0,60 **	0,58 **	0,69 **	0,69 **	0,73 **	0,73 **
«ПМ-ПТСР+МТ»				1,00 **	0,70 **	0,69 **	0,64 **	0,70 **	0,69 **	0,63 **	0,65 **	0,67 **	0,78 **	0,82 **	0,81 **	0,83 **
«Дисоціативна симптоматика»					1,00 **	0,73 **	0,75 **	0,73 **	0,77 **	0,78 **	0,73 **	0,78 **	0,90 **	0,86 **	0,86 **	0,86 **
«Повторне переживання травми»						1,00 **	0,67 **	0,68 **	0,70 **	0,71 **	0,86 **	0,70 **	0,85 **	0,85 **	0,85 **	0,84 **
«Уникнення»							1,00 **	0,69 **	0,74 **	0,87 **	0,64 **	0,76 **	0,87 **	0,87 **	0,86 **	0,86 **
«Гіперактивація»								1,00 **	0,75 **	0,71 **	0,73 **	0,70 **	0,87 **	0,88 **	0,86 **	0,86 **
«Дистрес та дезадаптація»									1,00 **	0,82 **	0,77 **	0,89 **	0,89 **	0,89 **	0,91 **	0,91 **
«Депресія»										1,00 **	0,69 **	0,76 **	0,87 **	0,86 **	0,87 **	0,86 **
«Порушення сну»											1,00 **	0,67 **	0,83 **	0,82 **	0,82 **	0,82 **
«Ціннісний дисонанс»												1,00 **	0,86 **	0,86 **	0,90 **	0,90 **
Загальний показник ГСР													1,00 **	0,99 **	0,99 **	0,99 **
Загальний показник ПТСР														1,00 **	0,99 **	0,99 **
Загальний показник МТ															1,00 **	0,99 **
Загальний показник ПТСР, який ускладнений МТ																1,00 **

Примітка. $*p \leq 0,05$; $**p \leq 0,01$.

Таблиця 7 – Показники кореляційних взаємозв'язків шкал «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» та «Опитувальника травматичного стресу» ($n = 133$ військовослужбовці)

Шкали опитувальників		«Опитувальник травматичного стресу»														
		«Подія травми»	«Дисоціативні симптоми ГСР»	«Вторгнення ГСР»	«Уникнення ГСР»	«Гіперактивація ГСР»	«Дистрес та дезадаптація ГСР»	Загальний показник ГСР	«Вторгнення ПТСР»	«Уникнення ПТСР»	«Гіперактивація ПТСР»	«Дистрес та дезадаптація ПТСР»	Загальний показник ПТСР	«Порушення сну»	«Провина особи, яка вижила»	«Депресія»
«Опитувальник диференціації посттравматичного стресу»	«Подія травми»	0,36 **	0,59 **	0,47 **	0,41 **	0,53 **	0,48 **	0,60 **	0,46 **	0,58 **	0,55 **	0,46 **	0,61 **	0,36 **	0,38 **	0,55 **
	«ПМ-ПТСР»	0,25 **	0,43 **	0,47 **	0,37 **	0,45 **	0,35 **	0,51 **	0,47 **	0,40 **	0,47 **	0,32 **	0,50 **	0,41 **	0,38 **	0,34 **
	«ПМ-МТ»	0,16 *	0,49 **	0,51 **	0,31 **	0,50 **	0,39 **	0,54 **	0,49 **	0,39 **	0,51 **	0,33 **	0,51 **	0,41 **	0,47 **	0,36 **
	«ПМ-ПТСР+МТ»	0,24 **	0,54 **	0,58 **	0,40 **	0,56 **	0,43 **	0,62 **	0,56 **	0,46 **	0,57 **	0,38 **	0,59 **	0,48 **	0,50 **	0,41 **
	«Дисоціація»	0,25 **	0,79 **	0,62 **	0,46 **	0,64 **	0,56 **	0,73 **	0,63 **	0,63 **	0,66 **	0,53 **	0,72 **	0,56 **	0,47 **	0,63 **
	«Повторне переживання травми»	0,27 **	0,58 **	0,73 **	0,48 **	0,63 **	0,56 **	0,73 **	0,72 **	0,55 **	0,65 **	0,50 **	0,71 **	0,63 **	0,51 **	0,54 **
	«Уникнення»	0,33 **	0,66 **	0,58 **	0,49 **	0,58 **	0,61 **	0,69 **	0,59 **	0,72 **	0,61 **	0,64 **	0,73 **	0,47 **	0,45 **	0,73 **
	«Гіперактивація»	0,23 **	0,59 **	0,59 **	0,45 **	0,72 **	0,62 **	0,73 **	0,62 **	0,59 **	0,74 **	0,60 **	0,74 **	0,61 **	0,39 **	0,57 **
	«Дистрес та дезадаптація»	0,28 **	0,58 **	0,54 **	0,40 **	0,64 **	0,65 **	0,66 **	0,56 **	0,69 **	0,65 **	0,69 **	0,72 **	0,49 **	0,42 **	0,68 **
	«Депресія»	0,31 **	0,65 **	0,57 **	0,48 **	0,61 **	0,70 **	0,71 **	0,58 **	0,74 **	0,62 **	0,70 **	0,75 **	0,48 **	0,50 **	0,80 **
	«Порушення сну»	0,24 **	0,59 **	0,70 **	0,43 **	0,72 **	0,55 **	0,74 **	0,70 **	0,60 **	0,73 **	0,52 **	0,75 **	0,73 **	0,38 **	0,59 **
	«Ціннісний дисонанс»	0,29 **	0,56 **	0,51 **	0,37 **	0,54 **	0,48 **	0,60 **	0,52 **	0,63 **	0,55 **	0,47 **	0,64 **	0,39 **	0,48 **	0,59 **
	Загальний показник ГСР	0,34 **	0,76 **	0,71 **	0,53 **	0,75 **	0,68 **	0,85 **	0,72 **	0,75 **	0,77 **	0,66 **	0,83 **	0,63 **	0,52 **	0,74 **
	Загальний показник ПТСР	0,35 **	0,72 **	0,71 **	0,54 **	0,75 **	0,67 **	0,82 **	0,72 **	0,74 **	0,77 **	0,66 **	0,84 **	0,63 **	0,52 **	0,73 **
	Загальний показник МТ	0,34 **	0,71 **	0,69 **	0,51 **	0,73 **	0,66 **	0,81 **	0,70 **	0,74 **	0,75 **	0,64 **	0,83 **	0,60 **	0,54 **	0,72 **
	Загальний показник ПТСР, який ускладнений МТ	0,35 **	0,71 **	0,70 **	0,52 **	0,73 **	0,65 **	0,81 **	0,71 **	0,74 **	0,76 **	0,64 **	0,83 **	0,60 **	0,54 **	0,71 **

Примітка. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Як видно із даних таблиці 7, розроблювана методика має високі та статистично значущі ($p \leq 0,01$) показники кореляції з аналогічними шкалами «Опитувальника травматичного стресу». Так, шкала «Дисоціація» корелює зі шкалою «Дисоціативні симптоми ГСР» на рівні $r = 0,79$; шкала «Повторне переживання травми» корелює зі шкалами «Вторгнення ГСР» ($r = 0,73$) та «Вторгнення ПТСР» ($r = 0,72$); шкала «Уникнення» корелює зі шкалами «Уникнення ПТСР» ($r = 0,72$) та «Уникнення ГСР» ($r = 0,49$). Зауважимо, як указувалося вище, шкала «Уникнення» мала низькі показники α -Кронбаха для вибірки військовослужбовців, які проходили програму психологічного відновлення. Також шкала «Гіперактивація» корелює зі шкалами «Гіперактивація ГСР» ($r = 0,72$) та «Гіперактивація ПТСР» ($r = 0,74$); шкала «Дистрес та дезадаптація» корелює зі шкалами «Дистрес та дезадаптація ГСР» ($r = 0,65$) і «Дистрес та дезадаптація ПТСР» ($r = 0,69$). Загальні показники ГСР корелюють на дуже високому рівні ($r = 0,85$), загальні показники ПТСР – на рівні $r = 0,84$, додаткові шкали також мають високі показники кореляційного взаємозв'язку. Так, шкала «Депресія» корелює на рівні $r = 0,80$, а «Порушення сну» – на рівні $r = 0,73$. Шкала «Ціннісний дисонанс» корелює зі шкалою «Провина особи, яка вижила» на статистично значущому рівні $r = 0,48$.

Порівняно з наведеними значно нижчими є показники взаємкореляцій шкал «Подія травми» ($r = 0,36$). Це є наслідком того, що в «Опитувальнику травматичного стресу» вказана шкала має низькі показники α -Кронбаха, унаслідок чого для розробленого авторами опитувальника вона була значно змінена і поділена на два складники: «Подія травми – відтермінування». Проте шкали «Подія травми» і «Відтермінування» мають доволі високі показники кореляції із загальними показниками ГСР і ПТСР «Опитувальника травматичного стресу» (r дорівнює від 0,50 до 0,62), що дає змогу розглядати їх як достатньо надійні «вихідні точки» формування цих симптомокомплексів.

Безумовно, на відміну від «Опитувальника травматичного стресу» розроблений «Опитувальник диференціації посттравматичного стресу» не дає змогу враховувати специфіку симптомів шкал «Вторгнення», «Уникнення», «Гіперактивація», «Дистрес та дезадаптація» при ГСР і ПТСР, однак для експрес-методики і скринінгів це є цілком припустимим.

Як уже було вказано, крім «Опитувальника травматичного стресу» розроблений «Опитувальник диференціації посттравматичного стресу» порівнювався і з іншими психодіагностичними методиками. Так, для визначення валідності шкал блоку «Події травми – відтермінування» було використано кореляцію зі «Шкалою оцінки інтенсивності бойового досвіду» [16]. У дослідженні кореляції між «Шкалою оцінки інтенсивності бойового досвіду» та «Опитувальником диференціації посттравматичного стресу» взяли участь 109 військовослужбовців. Показники взаємозв'язку виявилися слабкими і вкотре підтвердили дані, що для військовослужбовців сама по собі участь у бойових діях, їх інтенсивність не є безумовно травматичною подією. Ще у 1999 р. Д. Кінг із колегами довели, що вплив травми є необхідною, проте недостатньою підставою виникнення ПТСР, а важливим є врахування особистості, її розвитку, а також середовищ посттравматичного відновлення, що змінюються [4].

Авторами-розробниками були встановлені показники кореляції між «Шкалою оцінки інтенсивності бойового досвіду» та шкалами «Подія травми» ($r = 0,18$, $p \leq 0,05$), «ПМ-ПТСР» ($r = 0,22$, $p \leq 0,05$), «ПМ-МТ» ($r = 0,07$, $p > 0,05$), «ПМ-ПТСР+МТ» ($r = 0,19$, $p \leq 0,05$). Кореляційний зв'язок також показав, що сама участь у бойових діях не є достатньою умовою розвитку симптоматики ГСР, ПТСР та МТ. Зокрема, «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» має такі показники кореляції із загальними показниками розробленого опитувальника: «Загальний показник ГСР» – $r = 0,19$, $p \leq 0,05$; «Загальний показник ПТСР» – $r = 0,21$, $p \leq 0,05$; «Загальний показник МТ» – $r = 0,19$, $p \leq 0,05$; «Загальний показник ПТСР, який ускладнений МТ» – $r = 0,20$, $p \leq 0,05$. Для порівняння: «Міссісіпська шкала визначення ПТСР» має практично такий же самий рівень зв'язку зі «Шкалою оцінки інтенсивності бойового досвіду» ($r = 0,23$, $p \leq 0,05$).

Варто зауважити, що під час розроблення шкали «Подія травми – відтермінування» автори виходили не стільки з факту події, скільки зі ставлення до неї як до чогось непереборного, такого, що руйнує уявлення про себе, свої можливості та цінності. У цьому контексті становлять інтерес взаємозв'язки шкал «Події травми – відтермінування» зі шкалами методики «Оцінка негативних психічних реакцій та станів у військовослужбовців» [19]. Так, «Подія травми» має найщільніші зв'язки зі шкалою «Почуття безсилля» ($r = 0,59$, $p \leq 0,01$); шкала «ПМ-ПТСР» – зі шкалою «Спустошеність» ($r = 0,53$, $p \leq 0,01$); «ПМ-МТ» – зі шкалою «Невпевненість у собі» ($r = 0,50$, $p \leq 0,01$). Загальна шкала «ПМ-ПТСР+МТ» більш щільно пов'язана із шкалами «Спустошеність» ($r = 0,56$, $p \leq 0,01$) та «Невпевненість у собі» ($r = 0,58$, $p \leq 0,01$). Ці зв'язки цілком відповідають

відомим уявленням про самосприйняття (самовідчуття) у травматичній події та емоційній оцінці її як джерела негативних наслідків для подальшого самоздійснення, самореалізації.

Для визначення здатності розробленої методики описувати окремі симптоми, які пов'язані із впливом травматичних подій, було використано порівняння зі «Шкалою оцінки впливу травматичної події» [16]. Зокрема, установлені такі статистично значущі взаємозв'язки: між шкалою «Повторне переживання травми» і шкалами «Вторгнення» ($r = 0,69$, $p \leq 0,01$) та «Уникнення» ($r = 0,60$, $p \leq 0,01$); між шкалою «Гіперактивація» і шкалою «Збудливість» ($r = 0,60$, $p \leq 0,01$). Отже, розроблений опитувальник цілком здатний визначати цю симптоматику безвідносно ПТСР і ГСР.

Шкала «Дистрес та дезадаптація» на статистично значущому рівні корелює зі шкалою «Порушення поведінкової регуляції» методики «Дезадаптивність» ($r = 0,72$, $p \leq 0,01$) та її «Загальним показником» ($r = 0,75$, $p \leq 0,01$). Також установлені статистично значущі взаємозв'язки між додатковою шкалою «Ціннісний дисонанс» і шкалою «Порушення моральної нормативності» методики «Дезадаптивність» ($r = 0,50$, $p \leq 0,01$). Крім того, шкала «Порушення моральної нормативності» методики «Дезадаптивність» має щільні кореляційні зв'язки із «Загальним показником МТ» ($r = 0,55$, $p \leq 0,01$) та «Загальним показником ПТСР, який ускладнений МТ» ($r = 0,54$, $p \leq 0,01$).

Додаткова шкала «Депресія» на статистично значущому рівні корелює зі шкалою «Депресія» РНҚ-9 ($r = 0,59$, $p \leq 0,01$). Також додаткова шкала «Депресія» найбільш щільно пов'язана з такими шкалами методики «Оцінка негативних психічних реакцій та станів у військовослужбовців», як «Спустошеність» ($r = 0,61$, $p \leq 0,01$), «Невпевненість у собі» ($r = 0,56$, $p \leq 0,01$), «Апатичність» ($r = 0,54$, $p \leq 0,01$), «Занепокоєння» ($r = 0,54$, $p \leq 0,01$), «Почуття безсилля» ($r = 0,52$, $p \leq 0,01$) та «Небажання спілкуватися» ($r = 0,51$, $p \leq 0,01$).

«Міссісіпська шкала визначення ПТСР» корелює з усіма загальними показниками розробленого опитувальника на рівні $r = 0,62$ – $0,63$, $p \leq 0,01$. Загальний показник методики «Дезадаптивність» корелює з усіма загальними показниками розробленого опитувальника на рівні $r = 0,76$ – $0,77$, $p \leq 0,01$.

Як бачимо із наведених даних, зміст шкал «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» відповідає заданому, і розроблена методика може використовуватися як первинний скринінг (оцінка) наявності/відсутності симптоматики ГСР, ПТСР, МТ та ПТСР, який ускладнений МТ, депресії та їх диференціації.

Зазначимо, що в цьому дослідженні не встановлювалися показники зовнішньої валідності, оскільки військовослужбовці реабілітаційних центрів психологічного відновлення, які були цільовою вибіркою, здебільшого мали ті чи інші ознаки психологічного травмування, що зазвичай і було підставою їх направлення до цих центрів. Так, усього менше ніж 20 % військовослужбовців, які проходили програму психологічного відновлення, не усвідомлювали для себе наявності події травми та її руйнівного впливу. Утім планується встановлення показників зовнішньої валідності на вибірці військовослужбовців, які виведені із зони бойових дій для відновлення боєздатності або на ротацію.

Важливим завданням установлення психометричних показників «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» стало її нормування для вибірки військовослужбовців, які проходили програму психологічного відновлення. Для цього автори співвіднесли загальні показники ПТСР розробленої методики із загальними показниками «Опитувальника травматичного стресу» та «Міссісіпської шкали визначення ПТСР». Вдалося виявити порогове значення, яке дає змогу диференціювати військовослужбовців без симптоматики ГСР/ПТСР, та тих, у кого така симптоматика є. І для «Загального показника ГСР», і для «Загального показника ПТСР» таким порогом було значення у 17 балів. Отже, визначення у військовослужбовців діапазону від 0 до 17 балів за «Загальним показником ГСР» у разі дотримання умов «Події травми – відтермінування» дає змогу приймати рішення про відсутність (незначну інтенсивність) симптоматики ГСР, що відповідає діапазону від 0 до 64 Т-балів за методикою «Опитувальник травматичного стресу» з імовірністю 91 %. Установлення у військовослужбовців діапазону від 0 до 17 балів за «Загальним показником ПТСР» у разі дотримання умов «Події травми – відтермінування» дає змогу прийняти рішення про відсутність (незначну інтенсивність) симптоматики ПТСР, що відповідає діапазону від 0 до 64 Т-балів за методикою «Опитувальник травматичного стресу» з імовірністю 95 % та діапазону від 0 до 78 балів за «Міссісіпською шкалою визначення ПТСР» з імовірністю 80,5 %.

На жаль, такого ж чіткого співвідношення за другим порогом, який відділяє окрему симптоматику від клінічно сформованого ПТСР, установити не вдалося, насамперед через те, що

ці пороги не збігаються в «Опитувальнику травматичного стресу» та в «Міссісіпській шкалі визначення ПТСР». Утім, позиціонуючи авторську методику як скринінгову, яка дає первинну оцінку, і враховуючи те, що до компетенції психолога не належить установлення діагнозу ПТСР, зауважимо, що більш важливим є чітке визначення саме першого порогу як такого, що свідчить про необхідність надання психологічної допомоги.

Цікаво, що для загального показника МТ критичним порогом було визначено значення у 18 балів, а для «Загального показника ПТСР, який ускладнений МТ», – у 20 балів. Цей критичний рівень визначався при співвідношенні середнього значення і вище шкали «Порушення моральної нормативності» методики «Деадаптивність».

Під час аналізу нормування інших шкал варто звернути увагу на те, що для шкал «Подія травми» чи «ПМ-...» діагностично значущим вважається навіть 1 вибір. Для інших шкал передбачено традиційне виділення рівнів інтенсивності (таблиця 8).

Таблиця 8 – Норми за основними, додатковими та загальними шкалами «Опитувальника диференціації посттравматичного стресу» для військовослужбовців, які проходили психологічне відновлення

Шкали	Рівень інтенсивності ПТС		
	низький	середній	високий
<i>Для основних шкал опитувальника</i>			
Дисоціативна симптоматика	0-2	3-5	6-7
Повторне переживання травми	0-2	3-5	6-7
Уникнення	0-2	3-5	6-7
Гіперактивація	0-3	4-6	7
Дистрес та дезадаптація	0-2	3-5	6-7
<i>Для додаткових шкал опитувальника</i>			
Депресія	0-2	3-5	6-7
Порушення сну	0-2	3-5	6-7
Ціннісний дисонанс	0-2	3-5	6-7
<i>Для загальних шкал опитувальника</i>			
Показники	Симптоматика відсутня або незначна	Частково сформований симптомокомплекс	Сформований симптомокомплекс потребує уточнення діагнозу лікарем
Загальний показник ГСР	0-17	18-31	32-40
Загальний показник ПТСР	0-17	18-29	30-36
Загальний показник МТ	0-18	19-34	35-43
Загальний показник ПТСР, який ускладнений МТ	0-20	21-36	37-46

Середні показники за загальними і додатковими шкалами дають змогу ввести єдину шкалу оцінювання інтенсивності ПТС: 0-2 балів – низький рівень; 3-5 балів – середній рівень; 6-7 балів – високий рівень, де єдиним винятком є показники «Гіперактивації». Зауважимо, що військовослужбовці, яких було виведено із зони бойових дій, у перший тиждень психологічного відновлення зберігали високі показники збудження, які, втім, зменшувалися вже до кінця другого тижня. Імовірно, це дасть змогу використовувати загальну шкалу і для «Гіперактивації», наприклад, на вибірці військовослужбовців, яких виведено на ротацію на термін понад місяць. Ці дані будуть уточнюватися в ході подальшої апробації розробленого опитувальника.

Висновок

Розроблений «Опитувальник диференціації посттравматичного стресу» зберігає загальні риси структури «Опитувальника травматичного стресу», проте він є більш простим психодіагностичним інструментом для диференціації ознак гострої стресової реакції та посттравматичного стресового розладу. Крім того, розроблений опитувальник дає змогу

формувати уявлення про наявність симптоматики моральної травми, яка на відміну від посттравматичного стресового розладу виникає не на підґрунті пережитої ситуації загрози життю, а на підґрунті зруйнованих уявлень про власну моральність. Методика має задовільні показники надійності та внутрішньої валідності для вибірки військовослужбовців, які проходили програму психологічного відновлення. Робота в реабілітаційних центрах психологічного відновлення накладає низку обмежень на проведення емпіричного дослідження з етичних міркувань.

Планується подальша апробація методики й уточнення її психометричних характеристик для вибірки військовослужбовців, яких виведено із зони бойових дій для відновлення боєздатності. Автори статті запрошують до співпраці зацікавлених психологів сил безпеки та оборони України.

Перелік джерел посилання

1. Prykhodko I. et al. Combat Stress in Military Personnel: Theory, Genesis, Prevention, and Control. *Romanian Journal of Military Medicine*. 2024. No. 127 (1). P. 15–24. DOI: <https://doi.org/10.55453/rjmm.2024.127.1.3>.
2. Психологія екстремальної діяльності : навч. посіб. / І. І. Приходько та ін. ; за заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2016. 571 с.
3. Prykhodko I. et al. Manifestations of post-traumatic stress in military personnel after participating in hostilities in the Russian-Ukrainian war. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2023. No. 21 (4). P. 776–784. DOI: <https://doi.org/10.15584/ejcem.2023.4.19>.
4. King D. W. et al. Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999. No. 108. P. 164–170. DOI: <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.1.164>.
5. Maguen S. et al. The stressors and demands of peacekeeping in Kosovo: Predictors of mental health response. *Military Medicine: An International Journal*. 2004. No. 169. P. 198–206. DOI: <https://doi.org/10.7205/milmed.169.3.198>.
6. Neria Y., & Litz B. Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma*. 2004. No. 9. P. 73–87. DOI: <https://doi.org/10.1080/15325020490255322>.
7. Kessler R. C. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995. No. 52. P. 1048–1060. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>.
8. Litz B. T. Research on the Impact of Military Trauma: Current Status and Future Directions. *Military Psychology*. 2007. No. 19 (3). P. 217–238. DOI: <https://doi.org/10.1080/08995600701386358>.
9. Litz B. T. et al. Moral Injury and Moral Repair in War Veterans: A Preliminary Model and Intervention Strategy. *Clinical Psychology Review*. 2009. No. 29 (8). P. 695–706. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>.
10. Drescher K. D. et al. An Exploration of the Viability and Usefulness of the Construct of Moral Injury in War Veterans. *Traumatology*. 2011. No. 17. P. 8–13. DOI: <https://doi.org/10.1177/1534765610395615>.
11. United States Government US Army. Combat and Operational Stress Control. U.S. Army Field Manual 4-02.51. 2006. 115 p. URL: <https://surl.li/giyofm> (accessed: 15.12.2024).
12. Wesemann U. et al. Incidence of mental disorders in soldiers deployed to Afghanistan who have or have not experienced a life-threatening military incident—a quasi-experimental cohort study. *Frontiers in public health*. 2024. No. 12. 1357836. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1357836>.
13. Prykhodko I. et al. Psychological First Aid for Military Personnel in Combat Operations: The Ukrainian Model. *Military Behavioral Health*. 2021. No. 9 (3). P. 289–296. DOI: <https://doi.org/10.1080/21635781.2020.1864530>.
14. Shultz J. M., & Forbes D. Psychological First Aid. *Disaster Health*. 2014. No. 2 (1). P. 3–12. DOI: <https://doi.org/10.4161/dish.26006>.
15. Prykhodko I. The model of psychological safety of a soldier's personality. *Current Issues in Personality Psychology*. 2022. No. 10 (2). P. 112–122. DOI: <https://doi.org/10.5114/cipp.2021.108684>.
16. Прикладна психодіагностика в Національній гвардії України : метод. посіб. / О. С. Колесніченко та ін. ; за заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2020. 388 с.
17. Prykhodko I. et al. The psychological recovery program of Ukrainian military personnel after completing combat missions in the Russian-Ukrainian War. *Československá Psychologie*. 2023. No. 67 (6). P. 457–475. DOI: <https://doi.org/10.51561/cspsych.67.6.455>.

18. Matsegora Ya. et al. Peculiarities of Military Values of Combatants with Signs of Post-traumatic Stress Reactions and Moral Traumas. *Romanian Journal of Military Medicine*. 2023. No. 126 (4). P. 378–390. DOI: <https://doi.org/10.55453/rjmm.2023.126.4.6>.

19. Matsegora Ya. et al. Psychometric Properties of the Method "Evaluation of Negative Mental Reactions and States of Combatants" and Experience of its Application in Short-term Psychological Recovery. *Romanian Journal of Military Medicine*. 2024. No. 127 (1). P. 54–65. DOI: <https://doi.org/10.55453/rjmm.2024.127.1.8>.

20. Matsegora, Ya., Prykhodko I., Baida M. (2024). Psychometric features of the express methodology "Determination of the servicemen self-regulation peculiarities". *Honor and Law*. No. 2 (89) P. 91–105. DOI: <https://doi.org/10.33405/2078-7480/2024/2/89/309211> [in English].

Стаття надійшла до редакції 10.01.2025 р.

UDC 159.9:355/359 (477)

I. Prykhodko, Ya. Matsegora, N. Kucherenko

"POSTTRAUMATIC STRESS DIFFERENTIATION QUESTIONNAIRE": MODIFICATION, APPROBATION, PSYCHOMETRIC INDICATORS

With the beginning of large-scale hostilities and the involvement of a large number of Ukrainian military personnel in them, the issue of diagnosing and preventing combat stress has become acute. Manifestations of combat stress experienced by military personnel have many common features. Still, there are different forecasts regarding the persistence of negative consequences for the personality of military personnel, and various approaches are required to provide psychological assistance, the starting point of which is the differential diagnosis of such manifestations.

The article describes the procedure for developing and standardizing the psychodiagnostic tool "Posttraumatic Stress Differentiation Questionnaire". The features of the Questionnaire creation and its testing on a sample of Ukrainian military personnel after participation in intensive combat operations are presented. The indicators of the internal consistency of the Questionnaire structure (α -Cronbach and intercorrelation) and its validity (correlation with the scales of psychodiagnostic tools) have been determined. The Questionnaire has been standardized for military personnel after intensive combat operations. The use of the Questionnaire allows you to identify and differentiate acute stress reactions and signs of post-traumatic stress disorder in personality after exposure to a traumatic event, taking into account a certain period. In addition, the developed Questionnaire allows you to form an idea of the presence of symptoms of moral trauma, such, which, unlike PTSD, arises not based on a life-threatening situation experienced, but based on destroyed ideas about one's morality.

Keywords: *post-traumatic stress, acute stress reaction, post-traumatic stress disorder, moral trauma, psychological recovery, military personnel.*

Приходько Ігор Іванович – доктор психологічних наук, професор, заступник начальника науково-дослідного центру службово-бойової діяльності НГУ, Національна академія Національної гвардії України

<https://orcid.org/0000-0002-4484-9781>

Мацегора Яніна Володимирівна – кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник науково-дослідного центру службово-бойової діяльності НГУ, Національна академія Національної гвардії України

<https://orcid.org/0000-0001-6103-1466>

Кучеренко Наталія Сергіївна – кандидат психологічних наук, доцент, завідувачка кафедри практичної психології Навчально-наукового інституту «Українська інженерно-педагогічна академія», Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

<https://orcid.org/0000-0002-6644-3117>