

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології**

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

**Слупська Анастасія Андріївна
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО
ДОСВІДУ ДОРΟΣЛИМИ ІЗ РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА
ГІПЕРАКТИВНОСТІ**

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
ЗАСЄКІНА ЛАРИСА ВОЛОДИМИРІВНА
доктор психологічних наук, професор
кафедри загальної та клінічної психології
ВНУ імені Лесі Українки

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної
та клінічної психології
від _____ 202__р

Завідувач кафедри
ПІБ завідувача кафедри _____

ЛУЦЬК 2024

Анотація. Слупська А. А. Психологічні особливості переживання травматичного досвіду дорослими із розладом дефіциту уваги та гіперактивності. Робота присвячена теоретичному аналізу та емпіричному вивченню психологічних особливостей переживання травматичного досвіду дорослими з РДУГ. У теоретичній частині дослідження розглянуто концептуальні підходи до визначення травматичного досвіду, його впливу на психічне здоров'я, особливостей моральної травми та коморбідності з симптомами РДУГ. Проаналізовано роль соціальної підтримки та доступу до діагностики у подоланні наслідків травматичних подій.

У ході емпіричного дослідження виявлено, що дорослі з РДУГ мають вищий рівень симптомів ПТСР, зокрема інтрузій, уникання та емоційної реактивності, порівняно з тими, хто не має цього розладу. Результати також свідчать про значно нижчий рівень якості життя в осіб із РДУГ, зокрема у сферах психологічного благополуччя, міжособистісних стосунків та продуктивності. Досліджено специфічні фактори, які підвищують вразливість осіб із РДУГ до травматичних подій, зокрема емоційну нестабільність та труднощі в адаптації.

Отримані результати стали основою для рекомендацій щодо розробки індивідуалізованих програм психотерапевтичної та соціальної підтримки осіб із РДУГ, зокрема в умовах військових конфліктів. Такі програми передбачають інтеграцію емоційних, когнітивних та соціальних аспектів підтримки, спрямованих на подолання наслідків травматичного досвіду та покращення якості життя. Підкреслюється складна взаємодія РДУГ і травматичного досвіду, підкреслюючи необхідність ефективних терапевтичних методів, адаптованих для задоволення різноманітних потреб цієї групи населення.

Ключові слова: РДУГ, травматичний досвід, посттравматичний стресовий розлад, моральна травма, якість життя.

Abstract. Slupska A.A. Psychological features of traumatic experience in adults with attention deficit hyperactivity disorder. The work is devoted to theoretical analysis and empirical study of psychological features of traumatic experience by adults with ADHD. The theoretical part of the study considers

conceptual approaches to the definition of traumatic experience, its impact on mental health, features of moral trauma and comorbidity with ADHD symptoms. The role of social support and access to diagnostics in overcoming the consequences of traumatic events is analysed.

The empirical study found that adults with ADHD have a higher level of PTSD symptoms, including intrusions, avoidance, and emotional reactivity, compared to those without the disorder. The results also indicate a significantly lower level of quality of life in individuals with ADHD, particularly in the areas of psychological well-being, interpersonal relationships, and productivity. Specific factors that increase the vulnerability of individuals with ADHD to traumatic events, such as emotional instability and difficulties in adaptation, were investigated.

The results obtained became the basis for recommendations for the development of individualized psychotherapeutic and social support programmes for people with ADHD, in particular in the context of military conflicts. Such programmes involve the integration of emotional, cognitive and social aspects of support aimed at overcoming the consequences of traumatic experiences and improving the quality of life. The complex interaction between ADHD and traumatic experiences is emphasised, highlighting the need for effective therapeutic methods adapted to meet the diverse needs of this population.

Key words: ADHD, traumatic experience, post-traumatic stress disorder, moral trauma, quality of life.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ДОРΟΣЛИМИ ІЗ РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ	12
1.1. Категорія «травматичний досвід» у вітчизняній та зарубіжній психології	14
1.2. Травматичний досвід як передумова розвитку посттравматичного стресового розладу та моральної травми.....	21
1.3. Особливості прояву розладу дефіциту уваги та гіперактивності у людей дорослого віку	29
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ДОРΟΣЛИМИ ІЗ РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ	42
2.1. Опис й обґрунтування програми та методів дослідження переживання травматичного досвіду дорослими із розладом дефіциту уваги та гіперактивності	42
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	47
2.3. Регресійний аналіз психологічних особливостей переживання травматичного досвіду дорослими із розладом дефіциту уваги та гіперактивності	54
ВИСНОВКИ	67
ДОДАТКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

РДУГ – розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ASRS-V1.1 – шкала повідомлень про розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю в дорослому віці

DSM-5 – посібник із діагностики й статистики психічних розладів

PCL-C – шкала симптомів посттравматичного стресового розладу – цивільна версія

MIOS – Шкала наслідків моральної травми

AAQoL-29 – це специфічний опитувальник, пов'язаний зі здоров'ям, який відповідає потребам у обґрунтованому вимірюванні для оцінки порушення та якості життя

ВСТУП

Актуальність теми. Під час війни в Україні виділяються різні групи населення, які є неоднаковою мірою чутливими до подій, маючи ймовірність переживання травматичного досвіду. До таких категорій належать люди із нейровідмінністю (розладами нейророзвитку), а саме розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (далі – РДУГ). Такі дослідники травматичного досвіду як Z. Adams et al. (2020); F. Wendt et al. (2023), C. Syharat et al. (2023) наголошують, що їм характерна нетипова варіативність когнітивних функцій, а також підвищені ризики переживання несприятливих життєвих подій, вища ймовірність супутніх проблем психічного здоров'я.

Посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) – це розлад, який часто розвивається після впливу травмуючих, таких, що загрожують життю, подій, зокрема це бойові дії. Основні симптоми включають повторне переживання травми через нав'язливі думки, кошмари або спогади (інтрузії), постійне уникнення супутніх подразників, посилене фізіологічне збудження, що знаходить прояв у вигляді порушення сну, перебільшеного страху, дратівливості та спалахах гніву, ризикованої, часом самоушкоджуючої поведінки, перебільшену реакцію переляку або настороженості, проблемах з концентрацією уваги. ПТСР корелює з ушкодженням структури головного мозку, зокрема зв'язків у гіпокампі, що, своєю чергою, пов'язані з поведінковими та когнітивними симптомами розладу (Ассонов, 2020). Окрім перерахованих основних ознак, ПТСР також асоціюється з високим рівнем супутніх захворювань з іншими психічними розладами. У дослідженні зв'язку РДУГ та розвитку симптомів ПТСР виявлено позитивну кореляцію. Поширеність ПТСР була більша, ніж у шість разів вищою серед дорослих з діагностованим РДУГ (10%) порівняно зі здоровими контрольними групами (1,6%) (Adams et al., 2020). Виявлення коморбідних особливостей РДУГ й ПТСР та розробка психотерапевтичних втручань для осіб із цими розладами дасть змогу впливати на ефективність якості життя, пов'язану із цими розладами. Зважаючи на

зростання досліджень щодо психічного здоров'я людей із РДУГ та переживання травматичного досвіду, ця тематика в суспільстві під час повномасштабного вторгнення росії в Україну має потребу в комплексному вивченні як серед цивільних, так і серед військових, що мають підозру або діагностований РДУГ.

Об'єкт дослідження – травматичний досвід

Предмет дослідження – психологічні особливості переживання травматичного досвіду дорослими із РДУГ.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити психологічні особливості переживання травматичного досвіду особами із РДУГ в умовах військових дій в Україні. Відповідно було сформульовано такі дослідницькі запитання:

1. Чи існують відмінності між рівнем переживання симптомів ПТСР, рівнем якості життя в осіб із РДУГ та особами без нього?
2. Які саме фактори впливають на індивідуальну вразливість осіб із РДУГ до травматичних подій, ніж в осіб без симптомів цього розладу?
3. Як пов'язаний травматичний досвід осіб без/із РДУГ з моральною травмою, досвідом переживання війни?
4. Яким чином можна сприяти підвищенню інклюзії та адаптивності, зважаючи на особливості людей із РДУГ та особливості переживання ними травматичного досвіду?

Методологічну і теоретичну основу дослідження становлять:

Наукові праці про категорію травматичного досвіду (Засекіна, 2012; Санда, 2021; Титаренко, 2020; (Sowder, Knight & Fishalow, 2018; van der Kolk, 2014; Lehrner & Yehuda, 2018; Forbes et al., 2019); поняття травматичної події (Вірна, 2016; Засекіна, 2012; Кісарчук та ін., 2015; Breslau & Young, 2016; R. Lanius, Vermetten & Pain, 2009; Berliner et al., 2020; Yehuda et al., 2015); травматичну ситуацію (Москаленко, 2024; Процик, 2022; Семенова, 2012; Дзюба, 2017; Вдовіченко, 2023; Козігора, 2021, 2022; Bloom, 2013; Nuttman-Shwartz & Shoval-Zuckerman, 2016; Eagle & Kamner, 2013); поняття про травматичну пам'ять (Василук, 2024; Засекіна, 2014; van Marle, 2015; Crespo & Fernández-

Lansac, 2016; Piefke et al., 2008; Mary et al., 2020; Strange & Takarangi, 2012); розвиток ПТСР в контексті травматичного досвіду (Корольчук, 2016; Франкова та ін., 2019; Bryant, 2019; Kessler et al., 2005; Lehrner, Daskalakis & Yehuda, 2016; Maul et al., 2020; Orr, Metzger & Pitman, 2002; Pitman et al., 2012); теорії розвитку ПТСР: нейробіологічна (Коваленко, 2024; Bryant, 2019; Block & Liberzon, 2016; Lehrner et al., 2018; Maul et al., 2020; Nemeroff & Marmar, 2018; Newport & Nemeroff, 2000; Shalev, 2017; Pitman et al., 2012; Valentine, Mabey & Miles, 2015), психофізіологічна (Acheson et al., 2014; ; Dennis et al., 2014; Metzger & Pitman, 2002; Orr, Gutner et al. 2010; Papazoglou, 2017; Sadeghi et al., 2022), когнітивно-поведінкова (Горбунова, 2015; Ehlers, 2007; Ehlers & Clark, 2000; Shubina, 2015), психодинамічна (Колесніченко, 2018; Busch & Milrod, 2018; Levi, 2019), інформаційна (Horowitz, 2011; Levi, 2019; Strachan et al., 2022), біопсихосоціальна моделі (Лазос, 2016; Christopher, 2004; Ford et al., 2015; Maguire et al., 2021), а також походження через генетичні фактори (Banerjee et al., 2017; Duncan et al., 2018; Skelton et al., 2012); діагностика та розуміння РДУГ у дорослих (Дьоміна, 2024; Faraone et al., 2019; Galéra et al., 2011; Ginapp et al., 2022; Hansson et al., 2015; Kooij et al., 2019; Reimherr et al., 2020; Young et al., 2020), деталізація симптоматики (Adams et al., 2020; Adler et al., 2017; Barkley, 2012; Hanson, 2012; Harrington et al., 2012; Syed Arshad Husain et al., 2008; Prevatt, & Coffman, 2013; Surman et al., 2015), ризики та наслідки цього стану (Ільницька та ін., 2016-2017; Adamou et al., 2013; Aduen et al., 2015; Agnew-Blais et al., 2018; Barbaresi et al., 2013; Brattberg, 2006; Brod et al., 2012; ; Green & Rabiner, 2012; Kooij et al., 2019; Kupnicka, Poraj & Kaźmierski, 2017; Ljung et al., 2014; Merkel et al., 2016; Rosenbloom & Wultz, 2011; Wymbs et al., 2021; Zalsman & Shilton, 2016), зв'язок РДУГ із травматичним досвідом (Ford & Connor, 2009; Onnink et al., 2014; Pallanti & Salerno, 2020), а також питання подолання стигми та надання допомоги (Пінас & Грись, 2024; Masuch et al, 2019).

Методи дослідження: для досягнення поставленої мети і вирішення завдань було використано комплекс методів:

теоретичні методи: аналіз, синтез, моделювання, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення теоретико-методологічної основи вивчення психологічних особливостей осіб із РДУГ та переживанням ними травматичного досвіду;

емпіричні методи у сукупності таких психометричних методик: опитувальники українською для визначення переживання симптомів ПТСР (PCL-5), адаптований українською (Bezsheiko, 2016); шкала наслідків моральної травми (Moral Injury Outcome Scale) (Litz et al., 2022); симптомів РДУГ (Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-V1.1)), запропонований ВООЗ (Kessler et al., 2005; Ільницька, 2018), та якості життя із РДУГ (The Adult ADHD Quality of Life Questionnaire (AAQoL)) (Brod et al., 2015).

Методи математичної статистики, зокрема процедури описової статистики, кореляційного аналізу та лінійного множинного регресійного аналізу, програмного забезпечення SPSS v.24.0 (IBM Corp. Released 2016).

База дослідження складається із 56 осіб раннього дорослого віку (19-29 років), рекрутинг яких здійснювався через інтернет-ресурси, зокрема: учасників онлайн-спільнот для людей із РДУГ (РДУГ-спільнота; Клуб нейровідмінних; Дзига – життя з РДУГ), а також студентів Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Дослідження здійснювалося відповідно до рішення Комітету з етики наукових досліджень для проведення дослідження протокол №3 від 15.12.2023 року.

Новизна дослідження. Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що: Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

вперше здійснено порівняльний аналіз рівня переживання симптомів посттравматичного стресового розладу та якості життя в осіб із РДУГ і без нього в контексті травматичного досвіду в контексті повномасштабного вторгнення росії в Україну;

виявлено специфічні фактори, які підвищують індивідуальну вразливість осіб із РДУГ до переживання травматичних подій, зокрема емоційна

нестабільність, низька толерантність до стресу та труднощі в адаптації; *встановлено* зв'язок між травматичним досвідом, моральною травмою та досвідом війни у дорослих із РДУГ і без нього, що дозволило виокремити відмінності в механізмах переживання травматичних подій;

уточнено особливості впливу соціальної підтримки, зокрема груп підтримки, на якість життя і психоемоційний стан осіб із РДУГ, а також значущість доступу до діагностики та терапії в подоланні їхніх травматичних переживань;

подальшого розвитку набули уявлення про комплексний характер психологічних втручань для дорослих із РДУГ, які зазнали травматичного досвіду, з акцентом на інтеграцію емоційних, когнітивних і соціальних аспектів, що враховують специфічні потреби цієї групи.

Дослідження інтегрує психологічні аспекти переживання травматичного досвіду у дорослих з РДУГ, що є відносно новим і недостатньо вивченим напрямком у контексті психічних розладів. Результати дослідження надають важливу інформацію про специфіку травматичних переживань у людей з РДУГ, особливо в умовах війни, і допомагає зрозуміти адаптацію їх психіки до стресу. Порівняння між групами з РДУГ та без нього дає змогу виявити вплив РДУГ на сприйняття травматичних подій.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що результати дослідження можуть використовуватися у діяльності таких громадських організаціях, як «Дзига - життя з РДУГ», «Дорослі з РДУГ» та соціальних спільнотах (РДУГ-спільнота; Клуб нейровідмінних) для розробки індивідуалізованих підходів до підтримки людей з РДУГ, які пережили травми, зокрема під час військових конфліктів. Дані можуть бути корисними для психотерапевтів і психологів у корекції психоемоційних розладів, адаптації до травматичного досвіду та покращення якості життя. Також результати сприятимуть розвитку програм підтримки, включаючи психосоціальну допомогу та спеціалізовані терапевтичні підходи.

Результати магістерського дослідження апробовано під час VII Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми розвитку природничих та гуманітарних наук» (м. Луцьк, 10 листопада 2023 р.) із науковими тезами «Психологічні особливості переживання травматичного досвіду дорослими особами із РДУГ» (Слупська & Засєкіна, 2023).

Структура роботи: магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 9 рисунків та 5 таблиць. Список використаних джерел налічує 156 найменувань. Повний обсяг роботи – 98 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ДОРΟΣЛИМИ ІЗ РОЗЛАДОМ ДЕФЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

Категорія «травматичний досвід» та вплив травматичного досвіду на життя людей під час повномасштабного вторгнення росії в Україну набуває важливого значення в соціальному житті держави. В період з 2014 р. до тепер війна вплинула на близько 11 млн дорослих громадян східних областей країни (2015 р.), а після повномасштабного вторгнення (2022 р.) воєнний стан поширився на територію цілої країни. За оцінками Міністерства Охорони Здоров'я (Ляшко, 2022)., близько 15 мільйонів українців потребують психологічної підтримки, з них 3-4 мільйони потребують також і медикаментозної допомоги. У дослідженні команда українських та закордонних психіатрів (Martsenkovskyi et al., 2024) зазначають, що задовольнити рівень потреб щодо психічного здоров'я населення складно, тому що українська система охорони психічного здоров'я є недостатньо забезпеченою ресурсами, і з того часу зазнала серйозних пошкоджень інфраструктури та зменшення персоналу. Відповідно до результатів згаданих вище досліджень, близько третини дорослих мають клінічно значущі проблеми, пов'язані з тривогою, травматичним стресом, втратою, поганим настроєм та зловживанням психоактивними речовинами. Ключовими факторами ризику цих проблем із психічним здоров'ям є: молодший вік, нижчий рівень освіти, фінансові проблеми, відсутність міцних взаємостосунків, негативний дитячий досвід та серйозні порушення життя через російську агресію.

Перша хвиля опитування за сприяння МОЗ України, Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» та за співпраці Gradus Research Company (Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» & USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я», 2024), виявила, що протягом першого року повномасштабного вторгнення (2022), було зафіксовано частину респондентів, які описували такі негативні стани, як тривожність, напругу (50%), поганий настрій (45%), погіршення сну (41%) та роздратування і злість (38%).

Під час другої хвилі опитування протягом 2023 року, респонденти відзначають у себе: втому (46%), напруженість (40%) і надію (36%). Порівняно з 2022 роком, збільшилась кількість тих, хто переживає втому, безсилля, розчарування, розгубленість, відчай та самотність, та зменшилась кількість тих, хто відчуває надію та гордість. 51% визначають свій ментальний стан як середній. Порівняно з 2022 роком, збільшились частки тих, хто оцінює свій стан як незадовільний (з 8% до 11%) та зменшилась частка тих, хто вважає свій стан задовільним (з 41% до 38%). Тривалий вплив таких неблагополучних станів призводить до розвитку серйозніших синдромів та психічних розладів (Мащак та Вихор, 2023).

Дослідження переживання симптомів ПТСР як наслідку впливу травматичних подій і серед цивільного, так і серед військового населення постали центром уваги науковців. Подальшої деталізації потребують фактори розвитку розладу, його коморбідності, прогнозування, розробки інтервенцій, враховуючи особливості прояву у різних груп населення.

Однією з категорій осіб із підвищеним ризиком розвитку ПТСР можна вважати людей із РДУГ (діагностованим як у дитинстві, так і у дорослому віці), адже низка симптомів та когнітивні показники, що сприяють прояву симптомів порушення процесу уваги та симптоми гіперактивності позитивно корелюють із психофізіологією та проявом симптомів ПТСР, що підтверджувалось як у ветеранів (Adams et al., 2020), так і жертв дитячого насилля (Powers et al., 2015).

Дані попередніх наукових досліджень (Adams et al., 2020) свідчать про те, що неуважність може слугувати фактором ризику симптомів посттравматичного стресу після бойового впливу. Такі симптоми як неуважність/проблеми з пам'яттю та імпульсивність/емоційна лабільність взяті сукупно серед досліджуваних були значущими предикторами загальних симптомів ПТСР. На основі попередніх досліджень молодшої вибірки (Skrypnyuk et al., 2024), можемо припускати, що в українському суспільстві, дорослі особи із наявним діагнозом РДУГ можуть мати більшу схильність до проявів симптомів ПТСР.

1.1. Категорія «травматичний досвід» у вітчизняній та зарубіжній психології

Категорія травматичного досвіду як об'єкта досліджень привертала увагу вчених упродовж тривалого часу вітчизняних (Засекіна, 2012; Санда, 2021; Титаренко, 2020) й закордонних науковців (Sowder, Knight & Fishalow, 2018; van der Kolk, 2014; Lehrner & Yehuda, 2018; Forbes et al., 2019).

Травматичний досвід передбачає у своєму розумінні пережиту травматичну подію (обумовлену зовнішніми чинниками) та/або травматичну ситуацію (у якій провідну роль відіграють суб'єктивні чинники при взаємодії з середовищем), що є частинами феномену та доповнюють його сутність.

У нашій роботі, ми розуміємо травматичний досвід та події згідно з визначенням науковиці О. Санда, яка розкрила це поняття таким чином:

«Травматичний досвід – це наслідки пережитої психологічної травми, що спричинили стійкі зміни. Якщо необхідні зусилля для інтеграції цієї події у пам'ять перевищують індивідуальні інтегративні здатності індивіда, то ситуація набуває статусу травматичної» (Санда, 2021).

Згідно з працею В. Van der Kolk (2014), травматичний досвід здійснює вплив на мозок та тіло, впливаючи на нервову систему. У своїй праці він підкреслює, що травма зберігається на рівні тіла, що впливає на поведінку, емоції та фізіологічні реакції людини. Згідно із науковими теоріями К. Sowder та ін., існує *біологічний* шлях, який значною мірою передбачає сильний стрес і подальші порушення регуляції в центральних системах реагування на стрес як основну причину проблем зі здоров'ям, і *поведінковий* шлях, який передбачає, що поведінка, пов'язана з ризиком для здоров'я, значною мірою відповідає за відносини між травмою та здоров'ям (К. Sowder et al., 2018). Як стверджує J. Herman, травматичний досвід включає глибоке порушення відчуття безпеки та здатності до контролю (Herman, 2015). Він може впливати на психічні процеси, пам'ять і сприйняття світу, створюючи тривалі наслідки.

Згідно з працями R. Yehuda та ін., травматичний досвід може впливати на когнітивні функції, такі як пам'ять, увага та здатність до прийняття рішень. Дослідники підкреслюють, що травматичний досвід є наслідком того, як людина

сприймає та обробляє травматичну подію, що призводить до глибоких змін в психіці та поведінці (Yehuda et al., 2006). Дослідження А. Lehrner та Р. Yehuda також вказують на роль епігенетичних змін в результаті травми, що може передаватися між поколіннями (Lehrner & Yehuda, 2018). D. Forbes та ін. зазначають, що деякі люди мають вищу генетичну вразливість до розвитку ПТСР внаслідок травматичних подій. Це також стосується особистих характеристик, таких як рівень резильєнтності та попередній життєвий досвід. Було також виявлено незначний зв'язок між рівнем якості життя та переживанням травматичного досвіду у минулому (Forbes et al., 2019).

Травматичний досвід не завжди призводить до негативних наслідків. У своїх працях L. Calhoun, R. Tedeschi, Т. Титаренко описують концепцію посттравматичного росту, суттю якої є те, що люди можуть розвивати нові стратегії адаптації, глибше розуміння себе та свого життя після переживання травми (Calhoun & Tedeschi, 2012; Титаренко, 2020). Основними ж індикаторами застрягання в травматичному стані є труднощі з виходом з минулого, асиміляцією травматичного досвіду, нездатність бути повністю присутнім у сьогоденні та нездатність сфокусуватися на світле майбутнє.

У «Діагностичному і статистичному посібнику із психічних розладів» (далі – DSM-5) травматична подія визначається як вплив фактичної або загрозливої смерті, серйозної травми чи сексуального насильства, що може бути пережитим безпосередньо або свідком (American Psychiatric Association, 2013). М. O'Donnell та ін., аналізуючи зміни у новому виданні, відмічають наявність уточнення травматичних подій у діагностичних критеріях, зокрема, враховуючи випадки, коли подія стосується близьких осіб. Визначення також включає насильницькі або випадкові події, що загрожують життю, а також повторюваний або екстремальний вплив аверсивних (шкідливих) стимулів травматичних ситуацій (O'Donnell et al., 2017).

Категорія травматичної події розглядається детальніше в контексті травматичного досвіду у працях вчених (Вірна, 2016; Засекіна, 2012; Кісарчук та

ін., 2015; Breslau & Young, 2016; R. Lanius, Vermetten & Pain, 2009; Berliner et al., 2020; Yehuda et al., 2015).

Згідно з дослідженнями Ж. Вірної (2016), особистісні життєві події – це моменти в житті людини, які мають значний вплив на її самосприйняття, ідентичність та подальший життєвий шлях. Ці події можуть бути як позитивними, так і негативними; залежно від характеру звичайними, значущими або переломними, і вони зазвичай сприяють формуванню особистісних змін, розвитку або, навпаки, криз. Основною рисою є їх суб'єктивна важливість для індивіда, а не тільки об'єктивна небезпека або загроза. Л. Засекіна визначає подію як когнітивну структуру, що допомагає категоризувати особистий досвід і має нейтральний характер (Засекіна, 2012). Опис повсякденних подій відображає упорядкування життєвого досвіду, якщо цей досвід не є емоційно вираженим.

N. Breslau та A. Young зазначають, що події стають травматичними тому, що вони свідомо чи несвідомо сприймаються як жахливі, онтологічно дестабілізаційні (Young & Breslau, 2016). Травматична подія відрізняється раптовістю, руйнівною силою та інтенсивністю (Кісарчук та ін., 2015). Вона часто пов'язана з реальними або потенційними загрозами смерті, серйозними тілесними ушкодженнями чи сексуальним насильством. Така подія приносить людині абсолютно нову інформацію, яку потрібно інтегрувати в її попередній життєвий досвід.

R. Lanius та ін. підкреслюють, що ранні травматичні події можуть змінювати розвиток мозку, гормональні системи та навіть імунну відповідь, що призводить до підвищеного ризику для фізичних і психічних захворювань, таких як депресія, ПТСР, серцево-судинні захворювання і діабет (Lanius et al., 2009). Травматичні події зазвичай пов'язані з переживанням страху, безсилля або жаху. Ці події можуть викликати сильні емоційні реакції, що затримуються в пам'яті, викликаючи стресові спогади й тривогу (Berliner et al., 2020). Травматичні події активізують системи стресу, що призводить до підвищення рівня кортизолу та адреналіну. За дослідженням R. Yehuda та ін., це може сприяти довготривалим фізіологічним порушенням, включаючи хронічні хвороби (Yehuda et al., 2015).

В. Van der Kolk (2014) описує травматичні події як ті, що можуть спричинити емоційний шок і фізіологічні реакції, оскільки мозок та тіло не встигають впоратися з раптовим стресом.

Травматична ситуація як об'єкт дослідження в контексті травматичного досвіду аналізується в роботах багатьох авторів (Москаленко, 2024; Процик, 2022; Семенова, 2012; Дзюба, 2017; Вдовіченко, 2023; Козігора, 2021, 2022; Bloom, 2013; Nuttman-Shwartz & Shoval-Zuckerman, 2016; Eagle & Kaminer, 2013).

Згідно із працями S. Bloom, Ю. Семенової, Т. Дзюби, О. Вдовіченко, травматична ситуація характеризується більш загальним і тривалим контекстом, у якому відбуваються травматичні події. Це середовище або обставини, що постійно впливають на індивіда і можуть включати повторювані або хронічні стресові фактори, які ведуть до травматичних наслідків (Bloom, 2013; Дзюба, 2017; Семенова, 2012; Вдовіченко, 2023). Феномен травматичної ситуації О. Москаленко розкриває на трьох рівнях: макрорівні, мезорівні та мікрорівні (Москаленко, 2024). На макрорівні травми охоплюють великі спільноти та мають історичний характер, прикладами є Голодомор, Голокост і світові війни. Мезорівень характеризується дезорганізацією цінностей у спільнотах, що руйнує групову ідентичність. Мікрорівень стосується індивідуальних травм, які можуть призводити до ПТСР. Л. Процик доповнює, що ці рівні впливають на зміни в ідентичності, як індивідуальної, групової чи соціальної (Процик, 2022). У окремих дослідженнях (Eagle & Kaminer, 2013; Nuttman-Shwartz & Shoval-Zuckerman, 2016; Козігора, 2021) підкреслюється значення тривалої травматичної ситуації як опис досвіду та наслідків життя в контекстах тривалих та поточних небезпек. Кумулятивний ефект таких переживань проявляється в симптомах і порушеннях функціонування. Зазначається, що адаптація людей до повсякденного життя в умовах постійних загроз не зменшує частоту та вплив симптоматики в постраждалих групах. Важливо враховувати, що реакції на загрози, страх і тривогу залежать від стилів подолання, які індивіди обрали в минулому.

Вченими досліджено, що пам'ять людини, яка зазнала травматичного впливу, починає функціонувати інакше (Василюк, 2024; Засєкіна, 2014; van Marle, 2015; Crespo & Fernández-Lansac, 2016; Piefke et al., 2008; Mary et al., 2020; Strange & Takarangi, 2012).

Як стверджує Н. Van Marle, травматична пам'ять є специфічною категорією пам'яті, що пов'язана зі збереженням і відновленням спогадів про травматичні події. Механізм травматичної пам'яті, що є необхідним для виживання, стає причиною посттравматичних стресових реакцій (van Marle, 2015). Після припинення дії стресора яскраві емоційні спогади не лише зберігаються у довготривалій пам'яті, але й постійно виникають в оперативній пам'яті, що спричиняє розвиток ПТСР.

Згідно з когнітивним підходом (Василюк, 2014; Crespo & Fernández-Lansac, 2016), травматична пам'ять аналізується через призму схем і скриптів. Під впливом сильного травматичного досвіду вона зберігається як імпліцитна пам'ять, що ускладнює її інтеграцію в автобіографічну пам'ять. Основні риси травматичної пам'яті включають фрагментарність, дезорганізованість, дисоціативність, емоційну насиченість та порушення когнітивних схем. Реорганізація цієї пам'яті відбувається шляхом корекції неадаптивних схем, зокрема через когнітивне реструктурування та когнітивну процесуальну психотерапію.

Дослідники (Piefke et al., 2008; Zasiekina, 2014) підкреслюють нейропсихологічний компонент травматичної пам'яті, які пов'язані двома системами пам'яті: травматичною (імпліцитною) та епізодичною (експліцитною). Травматична пам'ять є автоматичною, швидкою та несвідомою, активується специфічними стимулами й містить образи різних сенсорних модальностей. Натомість епізодична пам'ять є свідомою, організованою в часі та просторі, і активує скроневу частку, гіпокамп та інші ділянки кори. Імпліцитна пам'ять, що є в основі травматичної пам'яті, зосереджена навколо мигдалини, яка відповідає за емоційні психічні процеси. Теорія травматичної пам'яті передбачає що репрезентація травматичної події суттєво відрізняється від автобіографічної

пам'яті. Травматичні події кодуються інтенсивним емоційним збудженням, тому вони стають легкодоступними для мимовільних спогадів і дуже важкодоступними для контрольованих добровільних спогадів. Визначення способів реорганізації травматичної пам'яті є важливим для інтеграції досвіду негативних подій у загальний фонд знань особистості. Це передбачає переміщення сприйняття події з емоційного рівня до інтелектуального, що можливе через глибоке осмислення та рефлексію, зокрема, завдяки вербалізації.

P. Levine досліджував, як травматичні спогади впливають на тіло і мозок. Тіло зберігає травматичні спогади через фізичні реакції, навіть якщо ці спогади не усвідомлюються. Травматична пам'ять часто є фрагментованою, проявляючись у вигляді окремих сенсорних або емоційних частин, тим спамим може призвести до «застрягання» автономної нервової системи в режимі стресу (Levine, 2015).

Травматичні спогади можуть призводити до флешбеків, коли особа знову переживає подію. Флешбеки є важливим елементом травматичної пам'яті (Brewin, 2015). Під час флешбеків людина не просто згадує травматичний досвід, а відчуває його знову, наче він відбувається в цей момент. Це активує емоційні та фізіологічні реакції на травму. Дисоціація є поширеною реакцією на травму, коли особа відчуває відчуження від реальності або навіть від власних спогадів. P. Levine (2015) зазначає, що дисоціація дозволяє тимчасово уникнути болючих емоцій, але водночас ускладнює інтеграцію спогадів у звичний життєвий контекст.

Згідно з дослідженнями D. Strange і M. Takarangi, спогади про травматичні події можуть зазнавати спотворень, що часто призводить до того, що люди згадують про травму більше, ніж насправді пережили. Це явище відоме як «ампліфікація пам'яті». Такі спотворення виникають через труднощі в обробці інформації, коли люди плутають деталі, які дізналися після події — наприклад, з розмов або нав'язливих думок — з реальними спогадами про те, що сталося (Strange & Takarangi, 2012).

За J. Herman, травматичний досвід зберігається в пам'яті не у вигляді цілісної історії, а як розрізнені спогади. Травматичні події можуть бути настільки емоційно насиченими, що вони фіксуються як окремі сенсорні елементи, а не як логічно структуровані та хронологічно впорядковані спогади (Herman, 2015). L. Zasićkina зазначає, що організація травматичної пам'яті полягає в перетворенні травматичної події на таку, що сприяє категоризації життєвого досвіду особистості (Zasićkina, 2014).

Отже, травматичний досвід є багатовимірним феноменом, що включає фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти. Вивчення травматичного досвіду є важливою темою в науковій літературі, що охоплює як зовнішні, так і суб'єктивні чинники, які впливають на особистість. Травматичний досвід визначається як наслідки пережитої психологічної травми, що можуть призводити до ПТСР або, навпаки, до посттравматичного зростання. Травматичні події визначаються як ті, що загрожують життю або викликають серйозні травми, і можуть мати як індивідуальний, так і колективний вплив. Травматична пам'ять, яка є специфічною категорією пам'яті, часто зберігається у фрагментованій формі, що ускладнює її інтеграцію в автобіографічну пам'ять і стосується того, як людина зберігає спогади про травматичний досвід, травматична пам'ять може бути повторюваною у вигляді флешбеків, дисоціації, викликаючи додатковий стрес. Травматична пам'ять є важливим елементом у підтриманні травматичного досвіду і може погіршити або ускладнити процес відновлення.

Таким чином, *травматичний досвід* є більш загальним терміном, що стосується особистісного переживання, тоді як *травматична подія* — це об'єктивний зовнішній стимул. *Травматична пам'ять* стосується специфічних механізмів зберігання та відтворення спогадів, а *травматична ситуація* вказує на тривалий або повторюваний характер травматичного впливу.

1.2. Травматичний досвід як передумова розвитку посттравматичного стресового розладу та моральної травми

Як зазначає О. Корольчук, переживання травматичної події чи ситуації не у всіх випадках передбачає подальший розвиток ПТСР, а також має можливість розвитку феномену посттравматичного зростання (Корольчук, 2016). Статистика досліджень І. Франкової та ін. показує, що середні оцінки поширеності ПТСР виглядають таким чином: поширеність в умовах воєнного часу від 15 до 30%, що рівно високим показникам серед жертв злочинів – 15-50%. Загальна ж поширеність ПТСР після важкого стресу у мирні часи складає лише 0,5-1,2%, У порівнянні гендерного фактора, поширеність ПТСР серед дорослих є більшою у жінок (5,2%), ніж у чоловіків (1,8%) (Франкова та ін., 2019).

Вчення про виникнення і розвиток ПТСР займає значне місце у дослідженнях переживання травматичного досвіду (Корольчук, 2016; Франкова та ін., 2019; Bryant, 2019; Kessler et al., 2005; Lehrner, Daskalakis & Yehuda, 2016; Maul et al., 2020; Orr, Metzger & Pitman, 2002; Pitman et al., 2012).

R. Bryant пов'язує розвиток ПТСР із впливом подій, які визначаються як загрозові для життя та здоров'я людини чи її близьких, такі, що істотно порушують почуття безпеки особи. Однак не лише загроза життю та фізичній цілісності має травматичний вплив, а й – події, які були оцінені індивідом як загрозові, на основі інформаційної моделі (когнітивної, символічної, ціннісної) (Bryant, 2019).

Згідно з DSM-5 (American Psychological Association, 2013), діагностика ПТСР потребує відповідності таким критеріям:

1. Вплив травматичної події (Критерій А): може включати безпосереднє переживання події особою або особисте спостереження, дізнання про травматичні події з близькими або повторний вплив негативних деталей таких подій.

2. Наявність одного (або більше) з симптомів інтрузії, пов'язаних з травматичною подією (Критерій В): Особа виявляє принаймні один з наступних симптомів, що виникають після травматичної події: повторювані, нав'язливі

спогади про подію, нічні жахи або флешбеки, які можуть викликати значний дистрес або порушення в функціонуванні.

3. Стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травматичною подією (Критерій C): особа уникає або зазнає пригнічення думок, почуттів або розмов, що стосуються травматичної події, а також людей, місць або діяльності, які нагадують про травму.

4. Негативні зміни в когнітивних процесах та настрої, пов'язані з травматичною подією (Критерій D) можуть включати нездатність згадати важливий аспект події, перебільшені негативні переконання про себе та світ, викривлені уявлення про причини події, стійкий негативний емоційний стан, відстороненість від інших та нездатність відчувати позитивні емоції.

5. Критерій E передбачає наявність двох або більше з симптомів, які виникають або посилюються після травматичної події. Наприклад, роздратована поведінка та спалахи гніву, безрозсудна або саморуйнівна поведінка, підвищена пильність, перебільшена реакція переляку, проблеми з концентрацією уваги, порушення сну.

6. Тривалість розладу (Критерій F): для діагностики ПТСР симптоми, описані в критеріях B, C, D і E, повинні тривати більше одного місяця. Це підкреслює важливість тривалості симптомів для встановлення діагнозу, оскільки короточасні реакції на травму можуть не вказувати на її хронічний характер.

7. Клінічно значущий дистрес або порушення функціонування (Критерій G): критерій вимагає оцінку, як симптоми викликають клінічно значущий дистрес або порушення в соціальних, професійних або інших важливих сферах функціонування.

8. Вплив фізіологічних факторів (Критерій H) вказує на те, що симптоми не повинні бути спричинені фізіологічним впливом речовин (наприклад, вживання алкоголю, наркотиків або лікарських препаратів) або іншим медичним станом. Це важливо для виключення інших потенційних причин симптомів, що може допомогти уникнути помилкових діагнозів.

J. Ford та ін., досліджуючи зміни у діагностиці ПТСР, наголошують на важливості критеріїв того, що симптоми тривають понад місяць, спричиняють дистрес або функціональні порушення (наприклад, соціальні, професійні) і також не є пов'язаними з прийомом ліків, вживанням психоактивних речовин або іншими захворюваннями. Супутніми критеріями, які є необов'язковими, є переживання людиною дисоціації: синдромів дереалізації та деперсоналізації (Ford et al., 2015).

С. Хуе та ін., наводять перелік факторів ризику ПСТР: жіноча стать, низький соціально-демографічний фон, попередній психічний розлад, сімейний анамнез психічних розладів і травматичне дитинство, а вразливість спричиняють переживання тривалої травми або міжособистісних травматичних подій (Хуе et al., 2015). Згідно з дослідженнями А. Воалс, суб'єктивна реакція на травму є прогностичним фактором тяжкості симптомів ПТСР, серед них: гострі дисоціативні реакції та катастрофічні оцінки пережитого та майбутнього. Посттравматичне середовище з низькою соціальною підтримкою та постійними стресовими факторами сприяють ризику ускладнення посттравматичного симптоматичного комплексу (Voals, 2018).

Р. Bryant згадує про існування різних наукових моделей, які краще дозволяють розуміти етіологію розвитку ПТСР після переживання травматичного досвіду. Серед них нейробіологічна (Коваленко, 2024; Bryant, 2019; Block & Liberzon, 2016; Lehrner et al., 2018; Maul et al., 2020; Nemeroff & Marmar, 2018; Newport & Nemeroff, 2000; Shalev, 2017; Pitman et al., 2012; Valentine, Mabey & Miles, 2015), психофізіологічна (Acheson et al., 2014; ; Dennis et al., 2014; Metzger & Pitman, 2002; Orr, Gutner et al. 2010; Papazoglou, 2017; Sadeghi et al., 2022), когнітивно-поведінкова (Горбунова, 2015; Ehlers, 2007; Ehlers & Clark, 2000; Shubina, 2015), психодинамічна (Колесніченко, 2018; Busch & Milrod, 2018; Levi, 2019), інформаційна (Horowitz, 2011; Levi, 2019; Strachan et al., 2022), біопсихосоціальна моделі (Лазос, 2016; Christopher, 2004; Ford et al., 2015; Maguire et al., 2021), а також походження через генетичні фактори (Banerjee et al., 2017; Duncan et al., 2018; Skelton et al., 2012). Розглянемо їх більш докладно.

Нейробіологічна модель, розроблена D. Newport та C. Nemeroff, аналізує зміни в нервовій системі, що виникають внаслідок травматичних подій і розвитку ПТСР (Newport & Nemeroff, 2000). В. Коваленко виділяє три основні системи, що формують нейробіологічну основу ПТСР: нейроендокринну, нейрохімічну та нейроанатомічну (Коваленко, 2024). Дослідження S. Maul та ін. вказують на те, що зміни в нейроендокринних і нейрохімічних системах впливають на різні структури головного мозку, зокрема на системи, пов'язані зі стресом (гіпофізарно-надниркову, гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдну, норадренергічну, серотонінергічну, глутаматергічну та ендogenous опіоїдні системи) (Maul et al., 2020). Дослідження A. Lehrner, N. Daskalakis та R. Yehuda підкреслюють ключову роль норадреналінової дисрегуляції у патофізіології ПТСР, оскільки впливає на стресову відповідь. Активація стресової системи призводить до вивільнення кортизолу, але дослідження показують підвищений рівень катехоламінів при низькому рівні кортизолу у пацієнтів з ПТСР. Під час травматичних подій відбувається вивільнення гормонів стресу, що сприяє формуванню асоціативного навчання між травматичними сигналами й реакцією страху, що надалі призводить до повторного переживання страху при контакті з нагадуваннями про травму (Lehrner, et al, 2018).

Різнноманітні наукові дослідження (Block & Liberzon, 2016; Bryant, 2019; Heim et al., 2018; Pitman et al., 2012; Shalev, Liberzon & Marmar, 2017) підтверджують наявність нейронних змін у системах, що беруть участь у формуванні страху. Ці зміни стосуються зменшення обсягів гіпокампа, мигдалеподібного тіла та префронтальної кори у респондентів з ПТСР у порівнянні з контрольними групами без симптомів розладу (Pitman et al., 2012; Heim et al., 2018). Це, своєю чергою, впливає на функціонування психічних процесів (Shalev, Liberzon & Marmar, 2017; Bryant, 2019), що проявляється у дисфункції виявлення загроз, виконавчої функції, регуляції емоцій та контекстної обробки, а також у характерних процесах уваги (Block & Liberzon, 2016), таких як гіперпильність, відстороненість, гальмування реакції, що асоціюються з ПТСР.

Сучасні клінічні дослідження таких вчених як С. Nemeroff та С. Marmar, зосереджені на вивченні нейроендокринних і нейрохімічних змін, а також на виявленні біомаркерів для лікування та профілактики ПТСР. Їхня мета полягає в розумінні механізмів нейробіологічних систем і підвищенні нейронної пластичності для створення нейросхемної моделі ПТСР (Nemeroff & Marmar, 2018).

Психофізіологічний підхід до вивчення ПТСР фокусується на фізіологічних змінах, що виникають після травматичних подій. Дослідження (Orr, Metzger, Pitman, 2002; Ressler et al., 2022) вказують на відмінності у функціонуванні вегетативної, сенсорної та когнітивної систем, зокрема на підвищену чутливість до травматичних нагадувань, посилений страх і гіперадренергічні симптоми, такі як тривога, підсилене потовиділення і тахікардія. Вчені С. Gutner, Р. Dennis, К. Papazoglou, М. Sadeghi та ін. виявили порушення регуляції варіабельності серцевого ритму, що свідчить про знижену здатність жертв травми контролювати свої симптоми (Gutner et al. 2010; Dennis et al., 2014; Papazoglou, 2017; Sadeghi et al., 2022). Національний інститут психічного здоров'я США виділяє біомаркери ПТСР, такі як серцево-судинна активність і електродермальні реакції (Acheson et al., 2014). Загалом, психофізіологічна модель ПТСР тісно пов'язана з нейробіологічними аспектами, що сприяє кращому розумінню цього розладу.

Когнітивно-поведінкова модель ПТСР, розроблена А. Ehlers та D. Clark, наголошує на викривленій пам'яті про травматичні події, що призводить до постійного відчуття загрози. Це відчуття виникає через негативну оцінку травми та порушення автобіографічної пам'яті (Ehlers & Clark, 2000; Ehlers, 2007). Спроби контролювати симптоми можуть посилювати їх, заважаючи опрацюванню спогадів. Згідно із дослідженнями В. Горбунова та І. Shubina, модель пропонує три основні напрямки лікування: зміну негативних значень, зменшення симптомів повторного переживання та усунення дисфункціональної поведінки й когнітивних стратегій (Горбунова, 2015; Shubina, 2015)..

Інформаційна модель М. Горовіца (Horowitz, 2011) аналізує вплив травматичних подій на когнітивні схеми індивіда. Стрес викликає надмірний потік інформації, що призводить до перевантаження та перенесення необробленої інформації в підсвідомість. Дослідження цього напрямку (Levi, 2019; Strachan et al., 2022) вказують, що у випадку, якщо травматичний досвід не узгоджується з наявними когнітивними схемами, це може призвести до труднощів в інтеграції та виникнення стресових реакцій. Симптоми інтервенції тривають доти, поки інформація про травму не буде інтегрована в когнітивну мережу, після чого травма втрачає свою активність.

Травмофокусована психодинамічна психотерапія за F. Busch та B. Milrod (2018) пропонує специфічний підхід до розуміння розвитку ПТСР, через призму порушення зв'язності оповіді, впливу тригерів та повторного переживання, інтрапсихічних конфліктів, явища дисоціації та захисних механізмів, звертаючи увагу на інтенсивних негативних афектах та порушенні довіри, які є наслідками травми. Травма порушує процес символізації і може призвести до регресії до оральної стадії розвитку, реактивації інфантильних імпульсів та використання примітивних захисних механізмів (Busch & Milrod, 2018; Levi, 2019). Згідно з працею О. Колесніченко, травма активізує дитячі конфлікти, актуалізуючи підсвідомі проблеми, які виникли в дитинстві. Це призводить до придушення досвіду та заперечення (Колесніченко, 2018).

Генетична теорія, представниками якої є S. Banerjee, F. Morrison, K. Ressler, вивчає вплив спадковості на ризик розвитку ПТСР, вважаючи, що генетичні фактори можуть становити 30-40% ризику (Banerjee, Morrison & Ressler, 2017). ПТСР викликаний зовнішніми травматичними факторами, він має полігенне генетичне походження. Дослідження L. Duncan та ін. виявили шість ДНК-варіантів, пов'язаних з ризиком розвитку розладу (Duncan et al., 2018). Дослідження сімей K. Skelton та ін. показали, що наявність у сім'ї рідних із ПТСР передбачає вищу схильність до розвитку симптомів у їхніх нащадків після травми, а додатково досліджуючи однояйцевих близнюків підтвердили, що генетика відіграє значну роль у вразливості до ПТСР (Skelton et al., 2012).

Біопсихосоціальна модель за М. Christopher є сучасним підходом до розуміння психічних розладів, який інтегрує біологічні, психологічні та соціальні фактори. Вона наголошує на взаємодії соціальних і культурних чинників з біологічними, що впливають на загальний стан здоров'я. У контексті (ПТСР) модель враховує ризикові фактори, про які наголошують дослідники J. Ford, D. Maguire та Г. Лазос, такі як генетика й фізичні передумови (Maguire et al., 2021), емоційна дисрегуляція та соціальна ізоляція (Ford et al., 2015; Лазос, 2016). М. Christopher вважає, що реакція на травму є еволюційно успадкованим механізмом, який впливає на метасхеми особистості та суспільства (Christopher, 2004). Якість взаємодії з середовищем визначає результати посттравматичного розвитку, а конфлікт між різними реакціями нервової системи може призводити до вразливості. Рішення полягає в реконструюванні когнітивних схем, що сприяє перебудові нейронних зв'язків.

Вчені T. Greene, S. Halligan та ін. підкреслюють, що ПТСР є комплексним явищем, яке впливає на психічне та фізіологічне функціонування, враховуючи численні моделі розвитку травматичного досвіду та його потенційну трансформацію на ПТСР (Greene, 2021; Halligan et al., 2002). Дослідження M. Perrin та ін. вказують на нелінійний характер динаміки розладу, що може варіювати від погіршення до полегшення стану, роблячи його статус нестатичним. Також існують докази того, що ПТСР може розвиватися з часом з гострого стресу, що важливо враховувати під час діагностики (Perrin et al., 2014).

Сучасні дослідження М. Козігори, Л. Засекіної та ін., окрім переживання травми в контексті розвитку ПТСР, розглядають також переживання специфічного стану – моральної травми. Моральна травма (далі – МТ) – це конструкт, який описує переживання, викликані діями, що суперечать внутрішнім переконанням або моральним принципам особистості (Козігора, 2022; Zasiekina et al., 2022). Згідно з Т. Hordovska, МТ описується як стан глибокого емоційного та психологічного дистресу, що виникає внаслідок порушення основних моральних цінностей особи. МТ не визначається як психічний розлад, але має ймовірний вплив на емоційні, психологічні,

поведінкові, соціальні та духовні аспекти особистості (Hordovska, 2021). Цей вид травми зазвичай досліджується у військовослужбовців, оскільки вони виконують бойові завдання та піддаються тривалому стресу. Однак, попри цю специфіку, все більше досліджень зосереджено на моральній травматизації цивільного населення.

Згідно з систематичним оглядом літератури В. Griffin та ін, МТ є наслідком психологічного, поведінкового, соціального, а іноді й духовного стресу, що супроводжується характерними симптомами, такими як відчуття провини, сорому, гніву, та/або відрази. Вона також проявляється у неможливості пробачити собі, участі у саморуйнівних діях та збільшеному ризику суїциду (Griffin et al., 2019). С. Bryan та ін. підкреслюють неузгодженість у науковій літературі між тим, чи є МТ самостійним конструктом, чи вона є підтипом ПТСР. Ці два стани часто є взаємодоповнювальними, мають спільні симптоми та асоційовані ознаки, такі як сором і провини, а також потребують травматичного зовнішнього впливу для розвитку симптоматики. Відмінні ознаки розвитку ПТСР включають раптовість, втрату пам'яті та спогади, тоді як ознаки МТ охоплюють смуток, шкоду, сором і відчуження. Деякі спільні симптоми включають гнів і нічні жахи. Попри наявність очевидних спільних рис із ПТСР, ці дослідження вказують на те, що МТ також має свої унікальні нейробіологічні, емоційні та функціональні аспекти (Bryan et al., 2018).

Можемо узагальнити, що статистичні дані свідчать про різну поширеність ПТСР залежно від контексту, зокрема, в умовах війни. Діагностика ПТСР базується на низці критеріїв, включаючи переживання травматичних подій, повторне відтворення спогадів про травматичні події, уникнення, негативні думки та підвищену реактивність. Фактори ризику розвитку ПТСР містять гендер, соціально-економічний статус, попередні психічні розлади та травматичний досвід в дитинстві. Існує значна кількість наукових моделей, які пояснюють етіологію ПТСР, зокрема нейробіологічна, психофізіологічна, когнітивно-поведінкова, психодинамічна та біопсихосоціальна моделі..

Конструкт МТ дає змогу розглядати пережитий травматичний досвід як вплив ситуації на особистість, враховуючи не лише її психофізіологічні аспекти, а й моральні принципи та цінності. Дистрес, що виникає внаслідок травми, може бути пов'язаний із ПТСР та іншими психічними розладами, при яких домінують такі емоції, як провина, сором, зрада та гнів. Однак вважається, що переживання, пов'язані з моральною травмою, можуть виникати навіть без наявності клінічного діагнозу, що розширює наше розуміння впливу травматичного досвіду на особистість.

1.3. Особливості прояву РДУГ у людей дорослого віку

Відповідно до DSM-5, РДУГ є розладом нейророзвитку, що характеризується стійким патерном неувважності та/або гіперактивності-імпульсивності, який негативно впливає на соціальне, академічне або професійне функціонування (American Psychiatric Association, 2013). У ранніх виданнях DSM, РДУГ розглядався виключно в контексті дітей, без надання жодних вказівок щодо діагностики цього розладу у дорослих (American Psychiatric Association, 2000).

Вивчення РДУГ та різних його аспектів почалося у першій половині XX ст. і продовжується активно донині, зокрема у питаннях визначення та діагностики (Дьоміна, 2024; Faraone et al., 2019; Galéra et al., 2011; Ginapp et al., 2022; Hansson et al., 2015; Kooij et al., 2019; Reimherr et al., 2020; Young et al., 2020), деталізації симптоматики (Adams et al., 2020; Adler et al., 2017; Barkley, 2012; Hanson, 2012; Harrington et al., 2012; Syed Arshad Husain et al., 2008; Prevatt, & Coffman, 2013; Surman et al., 2015), про ризики та наслідки цього стану (Ільницька та ін., 2016-2017; Adamou et al., 2013; Aduen et al., 2015; Agnew-Blais et al., 2018; Barbaresi et al., 2013; Brattberg, 2006; Brod et al., 2012; ; Green & Rabiner, 2012; Kooij et al., 2019; Kupnicka, Poraj & Kaźmierski, 2017; Ljung et al., 2014; Merkel et al., 2016; Rosenbloom & Wultz, 2011; Wymbs et al., 2021; Zalsman & Shilton, 2016), зв'язок із травматичним досвідом (Ford & Connor, 2009; Onnink et al., 2014; Pallanti &

Salerno, 2020), а також питання подолання стигми та надання допомоги (Пінас & Грись, 2024; Masuch et al, 2019).

Як стверджують S. McCarthy та ін., діагноз РДУГ у дорослих часто залишався невизнаним, і вважалося, що його симптоми, як правило, «згасали» протягом підліткового та дорослого віку (McCarthy et al., 2009). A. Sharma та J. Couture спростовують попередню гіпотезу, вказуючи, що 60–80% пацієнтів, діагностованих у дитинстві, продовжують мати симптоми РДУГ у дорослому віці (Sharma & Couture, 2014).

Симптоми РДУГ згідно з DSM-5 включають: неуважність (нездатність утримувати концентрацію), гіперактивність (надлишок рухів, які не відповідають обставинам) та імпульсивність (поспішні дії, які відбуваються в момент без роздумів). Діагноз у дорослих (вік 17 років і старше) тепер базується на наявності принаймні п'яти з дев'яти симптомів у кожній з двох сфер: неуважності та гіперактивності/імпульсивності, а точне формулювання налічує 18 симптомів (American Psychiatric Association, 2013).

C. Galéra та ін. стверджують, що симптоми РДУГ у дорослих можуть відрізнятися від симптомів у молодшому віці (Galéra et al., 2011). Г. Дьоміна доповнює, що з часом гіперактивність та імпульсивність зменшуються, а розлади уваги стають більш серйозними, оскільки імпульсивність, гіперактивність і неуважність зазвичай виражаються більш тонко і різноманітно (Дьоміна, 2024). Коої та ін. у «Заяві Європейського консенсусу» щодо діагностики та лікування РДУГ у дорослих описують характерні прояви симптомів. Гіперактивність у дорослому віці може виражатися через наявність внутрішнього неспокою, балакучість, надмірну метушливість навіть у ситуаціях, коли від них очікують спокійного сидіння. Імпульсивність проявляється через прояв нетерплячості, «дії без роздумів», нездатність виконувати роботу або підтримувати особисті стосунки, а також у будь-якій поведінці, спрямованій на привернення уваги. Інші скарги, такі як нудьга, неспроможність приймати рішення, прокрастинація, неорганізованість та відволікання, можуть бути проявами неуважності серед людей із РДУГ у дорослому віці (Kooij et al., 2019).

F. Reimherr та ін. пропонують новий підхід до діагностики РДУГ у дорослих, акцентуючи на валідності двох типів: неухважної презентації та емоційної дисрегуляції. Вони вважають, що емоційна дисрегуляція надає глибше розуміння симптомів порівняно з традиційними категоріями DSM. Цей підхід не включає гіперактивно-імпульсивний підтип, який розглядається в інших дослідженнях (Reimherr et al., 2020). Дослідники, зокрема S. Faraone та ін. зазначають, що емоційні симптоми є поширеними у молоді та дорослих з РДУГ, і хоча вони можуть бути характерними для інших психіатричних розладів, емоційна імпульсивність та дефіцит емоційної саморегуляції можуть бути специфічними для РДУГ (Faraone et al., 2019).

Факторний аналіз, який проводили L. Adler та ін., показав, що дорослі з РДУГ мають ширший спектр симптомів, ніж зазначено в DSM-5, виявивши чотири корельовані субфактори, включаючи емоційний дисконтроль. 20,9% респондентів відповідали критеріям лише для неухважності, що суперечить поширеній думці про домінування гіперактивності. Висока імпульсивність спостерігалася лише у комбінованих випадках (Adler et al., 2017).

Отож, навіть якщо емоційний дисконтроль не відповідає критеріям діагностики РДУГ, це може свідчити про його супутній характер. Попри обмеження, результати досліджень R. Barkley, V. Dehili та ін. підтверджують важливість врахування виконавчої дисфункції та, відповідно дослідження C. Surman та ін., емоційного дисконтролю у дорослих з РДУГ, що може вплинути на лікування (Barkley, 2012; Prevatt, & Coffman, 2013; Surman et al., 2015).

R. Barkley вказує, що порушення саморегуляції та самоконтролю, характерні для цього розладу, а також нездатність вчасно зупинитися, формуються на ранніх етапах розвитку і зберігаються у дорослих протягом всього життя. Це зумовлено особливостями функціонування мозку, генетичними чинниками та обміном дофаміну, що викликає труднощі в контролі уваги, емоцій та імпульсивної поведінки (Barkley, 2021). Дослідження мозку A. Onnink та ін. виявило аномалії сірої речовини в мозку дорослих з РДУГ, зокрема в лобних, префронтальних, поясних, базальних гангліях та мозочку, а також зменшення

товщини кортикальної оболонки. У дітей ці аномалії більш виражені, що може бути пов'язано з віком або проявами синдрому (Onnink et al., 2014). Подальший метааналіз не виявив інших значних структурних відмінностей між дорослими з РДУГ та контрольними групами, але у дітей були знайдені незначні зміни в підкіркових областях. Також виявлено мікроструктурні аномалії в трактах білої речовини, пов'язані з симптомами, такими як неувважність, що свідчить про вплив структурних проблем на зв'язки між мозковими мережами (Onnink et al., 2015).

У нашій роботі ми розглядаємо період дорослості у відрізок раннього дорослого віку. Це період, який охоплює проміжок між віком від 20 до 40 років, а також вважається періодом досягнення піка фізіологічного розвитку. Науковці (Моргун, 2010; Помилуйко, 2016; Arnett, Žukauskienė & Sugimura, 2014; Wood et al., 2018; Arnett, 2022) розглядають початок цього періоду від 18-20 років, закінчуючи віком 35-40 років.

Теорії періодизації вікового розвитку людини зазнають змін згідно з розвитком суспільства та зміною поколінь. Останні пів століття спостерігається затримка переходу до дорослого життя в розвинених країнах, що проявляється у пізнішому виконанні традиційних маркерів, таких як стабільна робота, одруження та батьківство. В. Моргун виділяє молодість як окремий період 19-28 років (Моргун, 2010), тоді як J. Arnett, R. Žukauskienė та K. Sugimura вважають, що період від 18 до 29 років є часом становлення дорослості, підкреслюючи якісні зміни в житті сучасної молоді (Arnett, Žukauskienė & Sugimura, 2014). Це свідчить про необхідність визнання цього періоду як нового етапу між підлітковим віком і ранньою дорослістю. В. Помилуйко вказує на використання поділу раннього дорослого віку на дві фази, де вік від 18-20 до 28-30 років є першою фазою ранньої дорослості, на яку припадає криза молодості, а другою фазою, яка охоплює вік 30-40 років та характеризується переживанням кризи середини життя (Помилуйко, 2016).

Наше дослідження зосереджується на періоді першої фази ранньої дорослості (19-29 років) на основі специфічних характеристик цього вікового

проміжку. Хоча він має спільні риси з іншими етапами життя, існують особливості, такі як набуття правового повноліття, досягнення фізичної та статеві зрілості, а також підвищена нестабільність у стосунках і роботі. D. Wood та ін. дослідники підкреслюють важливість врахування цих особливостей у сфері охорони здоров'я, оскільки вони пов'язані з підвищеним ризиком психічних розладів, зокрема тривожних і депресивних, у цій віковій групі (Wood et al., 2018).

J. Arnett визначив п'ять ключових характеристик, що відрізняють період формування дорослості: дослідження ідентичності, нестабільність, зосередженість на собі, невизначеність та оптимізм. Він також виділив чотири культурні переконання, що формують цей період у країнах з високим рівнем доходу: важливість незалежності перед дорослими зобов'язаннями, пошук спорідненої душі в шлюбі, прагнення до роботи, що відображає особисту ідентичність, та сприйняття цього часу як періоду самозадоволення. Ці фактори вказують на те, що перехід до дорослості стає індивідуалістичним процесом, зосередженим на розвитку незалежності, ідентичності та самостійності (Arnett, 2023)

Дослідження С. Bennett та А. Baird щодо розвитку мозку в ранньому дорослішанні може пояснити вразливість молодих людей до психічних розладів. У цей період активніше працює мигдалеподібне тіло, що відповідає за емоційні реакції, тоді як префронтальна кора, що відповідає за раціональне мислення, ще не завершила своє формування (Bennett & Baird, 2006). Згідно з S. Barr, це може призводити до менш зрілих суджень і планування, що ускладнює адаптацію до нових умов. Особи з травматичним досвідом можуть мати знижену психосоціальну зрілість, що підвищує ризик розвитку психопатології через різноманітні бар'єри (Barr, 2022).

Враховуючи контекст становлення дорослості, вчені вважають, що варто враховувати ризики, з якими пов'язаний РДУГ (Zalsman & Shilton, 2016; Kooij et al., 2019; Ільницька et al., 2016). А. Green, D. Rabiner, Z. Kupnicka, G. Poraj та J. Kaźmierski досліджували, що РДУГ, як діагностований, так і не діагностований,

має негативні соціальні наслідки, так і як обмеження в отриманні освіти, а також проблеми з працевлаштуванням. Ці молоді люди мають менше ймовірності вступу до коледжу і більше проблем у сприйнятті та завершенні навчання у порівнянні зі своїми однолітками (Green & Rabiner, 2012; Kupnicka, Poraj & Kaźmierski, 2017). М. Adamou та ін. дослідили, що дорослі з РДУГ також зазнають труднощів в пошуку роботи та збереженні стабільної праці, зокрема через низьку продуктивність, відсутність на роботі та нещасні випадки (Adamou et al., 2013).

G. Brattberg в ході аналізу взаємозв'язку між ПСТР, РДУГ і розвитком професійного вигорання, виявив, що 52% людей, які взяли тривалу відпустку за станом здоров'я через виснаження, мали ПТСР, 24% мали РДУГ, а 19% мали обидва розлади (Brattberg, 2006). В. Wymbs та ін. виявили, що РДУГ може впливати на взаємостосунки та сімейну динаміку, що може призводити до розлучень і проблем з вихованням дітей, зокрема тих, які також мають РДУГ (Wymbs et al., 2021).

T. Rosenbloom, B. Wultz, P. Aduen, R. Merkel та ін. зазначають, що особи з РДУГ також можуть виявляти схильність до ризику під час водіння автомобіля, зокрема водіння на небезпечній швидкості та більшу ймовірність нещасних випадків за кермом (Rosenbloom & Wultz, 2011; Aduen et al., 2015; Merkel et al., 2016). Епідеміологічні дослідження W. Barbaresi, T. Ljung та ін. вказують на те, що дорослі з дитячим РДУГ мають підвищений ризик смерті від самогубства (Barbaresi et al., 2013; Ljung et al., 2014). Згідно з працями Т. Ільницької, наявність симптомів РДУГ у ветеранів війни та осіб, які були тимчасово переміщені із зон бойових дій, може слугувати предиктором серйозніших порушень соціальної адаптації через кілька років після виникнення ПТСР (Ільницька, 2017).

Міжкультурне дослідження М. Brod та ін. виявило, що досвід дорослих із РДУГ є схожим у різних країнах, незважаючи на культурні відмінності. Учасники фокус-групи відзначали, що з дитинства відчували себе інакшими, а отримання діагнозу в дорослому віці часто супроводжувалося труднощами. РДУГ суттєво вплинув на їхнє життя, зокрема на освіту, кар'єру та соціальні відносини, що

призводило до психологічних конфліктів і погіршення добробуту (Brod et al., 2012).

На думку вчених J. Agnew-Blais та ін., слід підкреслити, що навіть під час ремісії люди з РДУГ мають нижчий соціально-економічний статус та гірше фізичне здоров'я з раннього віку порівняно з тими, хто не має цього розладу. Це демонструє, що РДУГ у дитинстві може мати довготривалий вплив на життя людини, навіть якщо в подальшому вона не відповідає критеріям цього розладу. Дорослі, які мали РДУГ у молодому віці, незалежно від того, чи був розлад постійним чи з пізнім початком, зазнали негативних наслідків для соціально-економічного статусу та фізичного здоров'я, включаючи погіршення психічного здоров'я, зловживання психоактивними речовинами та інші психосоціальні проблеми (Agnew-Blais et al., 2018). Отже, дослідження вказують на необхідність усвідомлення тривалих наслідків РДУГ для осіб, які в дитинстві пережили цей розлад.

J. Ford та D. Connor стверджують, що попри те, що РДУГ і ПТСР мають деяку перекриваючу нейробіологічну та нейронну основу, їхні схеми суттєво відрізняються, оскільки РДУГ включає головним чином схему уваги, а ПТСР – реактивність на стрес (Ford & Connor, 2009).

Дослідження W. Barbaresi та ін., показують, що РДУГ має високу спадковість, але також може бути вплив від навколишнього середовища. Дослідження сімей показують, що родичі першого ступеня мають більший ризик розвитку РДУГ. Розлад зберігається і в дорослому віці у 29,3% випадків дитячого РДУГ, а 56,9% мають ≥ 1 психіатричний розлад, крім РДУГ (Barbaresi et al. 2013).

У зв'язку із труднощами, які переживають особи із РДУГ, передбачається більша вразливість у таких людей розвитку ПТСР, переживаючи травматичний досвід протягом життя. K. Antshel та ін., повідомляють про вищу поширеність ПТСР протягом життя у дорослих з РДУГ, більш ніж у шість разів вищу, ніж у контрольній групі (10% проти 1,6%) (Antshel et al., 2013). S. Pallanti та L. Salerno стверджують, що коморбідність ПТСР та РДУГ у дорослих призводить до більшої клінічної тяжкості з погляду психіатричної коморбідності та

психосоціального функціонування. Деякі нейрокогнітивні аспекти, такі як дефіцит контролю уваги та слабке гальмування відповіді, також можуть передувати впливу травми (Pallanti & Salerno, 2020).

Ранні К. Кoenen та ін., показало, що молоді люди вдвічі частіше зазнають психологічної травми, якщо в дитинстві вони характеризуються гіперактивністю, антисоціальною поведінкою та складною особистістю (Koenen, et al., 2007). Інші дані досліджень L. Adler вказують на те, що РДУГ є поширеним станом серед ветеранів з ПТСР: дитячий діагноз РДУГ був виявлений у 36% ветеранів з ПТСР, а дорослий РДУГ – у 28% з них (Adler et al., 2004).

S.A. Husain та ін. вказують на те, що симптоми РДУГ і ПТСР можуть перетинатися, що ускладнює діагностику РДУГ, особливо в осіб, які погано пам'ятають своє дитинство. Дослідження молоді з РДУГ показали взаємозв'язок між симптомами підвищеного збудження ПТСР і симптомами неувважності при РДУГ, але не виявили зв'язку з симптомами гіперактивності/імпульсивності (Husain et al., 2008). К. Harrington та ін., виявили сильний зв'язок між підвищеним збудженням ПТСР, симптомами уникнення й оніміння та неувважністю РДУГ, тоді як гіперактивно-імпульсивні симптоми були пов'язані з гіперзбудженням і онімінням ПТСР (Harrington et al., 2012).

У дослідженні солдатів J. Hanson та ін., не виявили суттєвого зв'язку між симптомами ПТСР та неувважністю РДУГ, але скоріше симптоми гіперактивно-імпульсивного РДУГ були пов'язані з уникненням ПТСР та його тяжкістю (Hanson, 2012). На основі цих висновків можна стверджувати, що збудження є ключовим чинником, який пов'язує РДУГ з ПТСР. Оскільки вплив неувважності на симптоми ПТСР спостерігався лише у ветеранів, які страждають від обох розладів, Z. Adams та інші дослідники припустили, що РДУГ не є фактором ризику для всіх осіб, які пережили травматичні події. Натомість, неувважність виступає основним фактором ризику для обох розладів, що призводить до посилення симптомів РДУГ і їх негативного впливу на ПТСР після травматичного досвіду (Adams et al., 2020).

J. Quintero та ін. у своїх наукових працях вказують, що рання діагностика в дитинстві чи підлітковому віці позитивно впливає на окремі показники якості життя в подальшому житті. Дослідження авторів підкреслило, що багато випадків РДУГ, особливо з менш вираженими симптомами, не діагностувалися, що може призвести до відсутності належної підтримки та втручання (Quintero et al., 2019).

Дослідження, проведене M. Sibley та ін., показало, що більшість молодих людей, які в дитинстві отримали діагноз РДУГ, продовжують відчувати підвищені симптоми (75%) та клінічно значущі порушення (60%). Проте лише 9,6%–19,7% з них відповідають критеріям РДУГ у молодому віці. Звіти батьків виявилися більш діагностично чутливими, ніж самозвіти молодих людей з РДУГ, оскільки останні зазвичай недооцінювали свої симптоми, тоді як молоді люди без РДУГ, навпаки, схильні були їх перебільшувати (Sibley et al., 2012).

Як зазначає T. Masuch та ін., внутрішня стигма та очікувана дискримінація корелювали з наявними симптомами РДУГ, іншими розладами, самооцінкою, функціональними порушеннями та якістю життя, а також були пов'язані з сімейною історією РДУГ та статусом зайнятості. Найпоширенішими стереотипами були сумніви щодо достовірності РДУГ як психічного розладу (Masuch et al, 2019). S. Young та ін., стверджують, що діагностика РДУГ може бути ускладнена через маскувальні стратегії, які використовують люди для адаптації до соціальних ситуацій, що призводить до недооцінки їхніх справжніх труднощів. Підтримка маскувальної поведінки та соціального фасаду вимагає значних зусиль, що може призвести до втоми, напруги та розчарування у людини (Young et al., 2020).

Дослідження, проведене С. Ginapp та ін., виявило, що сучасні діагностичні критерії РДУГ можуть не адекватно відображати симптоми у молодих людей. Учасники зазначали, що їхня увага порушена, що призводить до проблем з гіперфокусуванням і перенаправленням уваги, а також відчували емоційну дисрегуляцію. Дослідження підкреслює, що симптоми РДУГ можуть

змінюватися через зовнішні фактори, а не лише через внутрішні зміни (Ginapp et al., 2022).

S. Hansson Halleröd та ін. стверджують, що встановлений діагноз РДУГ приніс полегшення багатьом респондентам, оскільки допоміг їм зрозуміти свої труднощі та отримати доступ до необхідної допомоги. Це позитивно вплинуло на їхнє самосприйняття та взаємодію з оточуючими. Проте, деякі учасники висловили побоювання, що діагноз може стати самореалізованим пророцтвом, викликавши страхи щодо дискримінації та зниження впевненості в собі (Hansson et al., 2015)

Дослідження Н. Пінас та А. Грись показало, що підтримка з боку соціуму, зокрема через групи підтримки, є важливим фактором для покращення психоемоційного стану дорослих з РДУГ (Пінас & Грись, 2024). Учасники груп підтримки відзначили, що можливість ділитися своїми переживаннями з іншими, зменшила потребу в маскуванні симптомів, сприяли підвищенню самооцінки та покращенню якості життя.

Отже, РДУГ є неврологічним розладом, який є спадковим і триває протягом життя, починаючи з дитинства і зберігаючись у зрілому віці. Розлад пов'язаний із значними психосоціальними проблемами та економічним тягарем для суспільства, якщо його не діагностувати. Оновлення DSM-5 спростило діагностику у дорослих, вимагаючи детального опису історії розвитку та супутніх захворювань.

Зазначено, що більшість дітей з РДУГ зберігають симптоми в дорослому віці, що може призводити до соціальних, академічних і професійних труднощів. Підкреслена потреба удосконалення систем діагностики та надання якісної допомоги. Важливими аспектами є емоційна дисрегуляція та виконавча дисфункція, які можуть ускладнювати діагностику та допомогу. Вказується на високий ризик коморбідності з ПТСР та негативний вплив РДУГ на якість життя, соціально-економічний статус і психічне здоров'я. Підкреслюється важливість підтримки з боку соціуму, зокрема груп підтримки, може покращити психоемоційний стан дорослих з РДУГ.

Висновок до першого розділу

На основі узагальнення наукової літератури з теми розділу, було розкрито актуальний стан дослідження травматичного досвіду, ПТСР, МТ та РДУГ. Розглянуто феномен травматичного досвіду та його вплив на психіку людини, а також різноманітність проявів ПТСР і МТ у дорослих. Особливу увагу приділено зв'язку ПТСР з емоційними та когнітивними порушеннями, що виникають в результаті пережитих стресових подій, а також впливу на соціальну адаптацію та взаємостосунки. Проаналізовано особливості проявів РДУГ у дорослих, зокрема труднощі з концентрацією уваги, імпульсивність і гіперактивність, а також важливість правильного діагностування та комплексного лікування, яке включає психотерапевтичні методи та фармакологічну підтримку. Зростаюча кількість досліджень підкреслює, що травматичний досвід і пов'язані з ним розлади, зокрема ПТСР і РДУГ, становлять серйозну проблему, яка потребує ретельного вивчення та розробку ефективних підходів до лікування і підтримки людей, що пережили стресові події.

Травматичний досвід визначено як результат впливу травматичних подій або ситуацій, що перевищують здатність індивіда до інтеграції в нормальну життєву картину.

Травматична подія характеризується як раптова, руйнівна ситуація, що викликає сильні емоційні та фізіологічні реакції. У DSM-5 визначено, що це може бути переживання фактичної чи загрозової смерті, серйозної травми або сексуального насильства, які впливають на індивіда безпосередньо або через близьке оточення.

Травматична пам'ять вказує на специфічні зрушення в функціонуванні пам'яті, зокрема фрагментованість спогадів, високий емоційний заряд і нав'язливі ремінісценції. Травматичні спогади часто є неконтрольованими і впливають на сприйняття реальності.

Особливу увагу в роботі приділено біологічним, емоційним і соціальним аспектам цих феноменів. Так, травматичний досвід часто супроводжується епігенетичними змінами і може викликати посттравматичний симптоматичний

комплекс. Травматичні події також впливають на розвиток мозку та загальний стан здоров'я, а їхня тривалість і контекст визначають глибину наслідків для людини.

ПТСР є одним із можливих наслідків травматичного досвіду, хоча не всі, хто зазнав травматичних подій, стикаються з цим розладом; можливе також посттравматичне зростання. До ключових факторів ризику належать жіноча стать, травматичне дитинство, низький соціально-економічний статус, попередні психічні розлади та дефіцит соціальної підтримки. Різні моделі пояснюють механізми розвитку ПТСР: нейробіологічна акцентує на порушеннях у функціонуванні гіпокампа, мигдалини та префронтальної кори, психофізіологічна розглядає реакції організму на стрес, когнітивно-поведінкова підкреслює роль негативних переконань та поведінкового уникання. Розуміння цих механізмів є основою для вдосконалення терапевтичних стратегій, які включають пошук біомаркерів, підвищення нейропластичності та розробку ефективних підходів до лікування і профілактики.

МТ, своєю чергою, визначається як стан емоційного і психологічного дистресу, спричиненого діями, що суперечать внутрішнім моральним переконанням або цінностям особистості. МТ часто досліджується серед військовослужбовців, але останніми роками все більше уваги приділяється її впливу на цивільне населення. Основні симптоми МТ включають відчуття провини, сорому, гніву, неможливість пробачити себе та ризик саморуйнівних дій.

РДУГ у дорослих характеризується стійким патерном неухвильності, гіперактивності та імпульсивності, які можуть мати більш приховані прояви порівняно з дитинством. За DSM-5, діагноз базується на наявності принаймні п'яти симптомів у кожній сфері, що негативно впливають на функціонування в соціальному чи професійному житті. Симптоматика у дорослих часто змінюється: гіперактивність трансформується у внутрішній неспокій, імпульсивність проявляється у труднощах із контролем поведінки, а неухвильність – у прокрастинації, відволіканні та хаотичності. Важливим аспектом розуміння

РДУГ у дорослих є наявність емоційної дисрегуляції, яка виявляється у нездатності контролювати емоційні реакції.

Взаємозв'язок між *РДУГ* та *ПТСР* є предметом сучасних досліджень, оскільки особи з РДУГ мають підвищений ризик розвитку ПТСР після травматичних подій. Дослідження показують, що симптоми РДУГ можуть ускладнювати діагностику ПТСР, а також впливати на соціальні відносини та професійне життя.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ ДОРΟΣЛИМИ ІЗ РОЗЛАДОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ

2.1. Опис й обґрунтування програми та методів дослідження переживання травматичного досвіду дорослими із розладом дефіциту уваги та гіперактивності

Організація емпіричного дослідження переживання травматичного досвіду дорослими із РДУГ відбувалась в три етапи.

На першому етапі здійснювався теоретичний аналіз особливостей переживання травматичного досвіду дорослими із РДУГ. Вивчався стан досліджуваного питання, теоретичні аспекти предмета дослідження, такі як категорія «травматичного досвіду», її вплив на психічне здоров'я особистості, а також особливості прояву РДУГ у людей дорослого віку

Другий етап характеризується емпіричним дослідженням психодіагностики переживання травматичного досвіду та РДУГ на базі вибірки, характеристики якої відповідають темі дослідження. Ми проаналізували такі типи переживання травматичного досвіду як ПТСР та МТ, а також наявність в опитуваних симптомів РДУГ, зокрема шкал гіперактивності та імпульсивності, та рівні якості життя осіб із РДУГ. Шляхом аналізу даних знаходимо, чи існує статистично значимий зв'язок між проявом ПТСР, РДУГ та МТ, впливом цих явищ на якість життя вибірки.

Було визначено переважання симптомів ПТСР та МТ у дорослої вибірки, а також рівень прояву симптомів РДУГ та якості життя. Обробка результатів проводилася за допомогою програм Excel і SPSS. Були використані непараметричні методи математичної статистики, кореляційний та регресійний аналіз. Для кращого розуміння отриманих результатів, використовуються графіки, таблиці, рисунки.

Дослідження проводилося через онлайн-опитування на платформі Google Forms, яке складається з 4 методик. Рекрутація досліджуваних здійснювалася за допомогою соціальних мереж, спільноти університету, а також через звернення до адміністрації онлайн-спільнот (РДУГ-спільнота; Клуб нейровідмінних; Дзига – життя з РДУГ. Загальна кількість вибірки складає 56 досліджуваних, серед яких 32 жінок та 11 чоловіків та 13 осіб іншої гендерної приналежності, віковий діапазон яких складає 19-29 років. Детальна демографічна інформація про вибірку досліджуваних наведена у Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Описові параметри вибірки досліджуваних

Демографічні дані вибірки (n=56)		Особи із РДУГ (n=35)		Особи без РДУГ (n=21)	
		Показник	Відсоток	Показник	Відсоток
Вік		Середній 21,3	Мін.- Макс. 19-29	Середній 21,0	Мін.- Макс. 19-24
Стать					
Чоловіча		3	8,6	9	57,2
Жіноча		32	91,4	12	42,8
Освіта					
Закінчена повна середня освіта		7	20,0	1	4,8
Незакінчена вища освіта		14	40,0	6	28,6
Спеціальна освіта (молодший бакалавр)		2	5,7	4	19,0
Закінчена вища освіта першого рівня (бакалавр)		12	34,3	10	47,6
Сімейний стан					
неодружений/незаміжня		30	85,7	20	95,2
у незареєстрованому шлюбі		3	8,6	0	0
одружений/заміжня		2	5,7	1	4,8
Область теперішнього проживання	Всього	Показник	Відсоток	Показник	Відсоток
м. Київ	3	2	5,7	1	4,8
Волинська	25	12	34,3	13	62
Вінницька	1	1	2,85	0	0,0
Дніпропетровська	2	2	5,7	0	0,0
Житомирська	2	1	2,85	1	4,8

Продовження таблиці 2.1.

Закарпатська	1	1	2,85	0	0
Запорізька	1	1	2,85	0	0,0
Івано-Франківська	1	1	2,85	0	0,0
Київська	6	5	14,3	1	4,8
Львівська	6	4	11,4	2	9,5
Одеська	1	0	0,0	1	4,8
Полтавська	3	2	5,7	1	4,8
Сумська	2	1	2,85	1	4,8
Тернопільська	1	1	2,85	0	0,0
Чернігівська	1	1	2,85	0	0,0
Наявність в сімейній історії травми, пов'язаної із:					
Голодомором		13	37,1	6	28,6
Війною		1	2,9	1	4,8
Операція Вісла, ОУН, УПА		0	0,0	1	4,8
Концтабори		0	0,0	1	4,8
Відсутня		21	60,0	12	57,1
Досвід перебування безпосередньо у місцях проведення бойових дій, переживання полону чи окупації					
Ні, не доводилось					
Так, моїм рідним та близьким		18	51,4	5	23,8
Так, безпосередньо мені		14	40,0	13	61,9
		3	8,6	3	14,3
Чи був переїзд у зв'язку із початком повномасштабного вторгнення					
Так		9	25,7	1	5,0
Ні		26	74,3	20	95,0
Чи є діагностоване психічне або неврологічне захворювання?					
Так		19	54,3	4	19,0
Ні		16	45,7	17	81,0

Організація цього етапу складалася з підбору методик, які є інформативними для проведення дослідження переживання травматичного досвіду дорослими із РДУГ.

1. «Шкала самооцінки РДУГ для дорослих (ASRS v1.1.)» (Ільницька, 2018)
2. «Перелік симптомів ПТСР» (PCL-5) (Weathers et al., 2013; Bezsheiko, 2016);
3. Шкала наслідків моральної травми (MIOS) (Dell et al., 2021);
4. «Якість життя дорослих із РДУГ» (AAQoL) (Brod et al, 2015).

Методичний інструментарій для емпіричного дослідження:

1. «Шкала самооцінки РДУГ для дорослих» (ASRS-V1.1) (Додаток А) – це опитувальник для самостійного заповнення, призначений для виявлення симптомів РДУГ у дорослих. Він широко використовується як у клінічних, так і в дослідницьких умовах для виявлення можливих випадків РДУГ серед дорослого населення. Опитувальник ASRS-V1.1 складається з 18 запитань і оцінює два основні симптоми: неуважність та гіперактивність/імпульсивність. Учасники оцінюють частоту симптомів за п'ятибальною шкалою від «ніколи» до «дуже часто». Перші шість запитань є скороченою версією шкали, яку можна використовувати для короткого скринінгу. Всього можливо отримати 18 балів, і чим більше балів отримує респондент за перших 6 питань, тим більш ймовірною є діагностика РДУГ. Друга частина опитувальника (12 питань) призначені для уточнення проявів РДУГ та його підтипів. ASRS-V1.1 демонструє високу внутрішню узгодженість, коефіцієнти альфа Кронбаха зазвичай перевищують 0.80, що свідчить про те, що він послідовно вимірює симптоми РДУГ. У 18 питань ASRS-V1.1 була задовільна внутрішня узгодженість (альфа Кронбаха = 0,92: альфа Кронбаха = 0,87 для неуважної шкали, альфа Кронбаха = 0,84 для гіперактивної/імпульсивної шкали). Для перевірки валідності критеріїв анкета має адекватну. AUC з перших 6 питань становив 0,80 (95% ДІ: 0,68-0,92), а з 18 питань – 0,71 (95% ДІ: 0,55-0,86), при $n = 816$ (Kiatrungrit et al., 2017).

2. «Перелік симптомів ПТСР» (PCL-5) (Додаток Б) – це шкала оцінки, заснована на критеріях DSM-IV і містить 17 пунктів з симптомами ПТСР. Розроблена Національним Центром ПТСР в США. Оцінка внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха) становить 0,94. Тест-ретестова надійність становить 0,96 за 2-3 дні і 0,88 за 1 тиждень (Blanchard et al., 1996). Респонденти оцінюють кожен пункт за шкалою від 1 (зовсім не виражений) до 5 (дуже виражений), вказуючи ступінь прояву певних симптомів протягом останнього місяця. Таким чином, діапазон балів знаходиться від 17 до 85 балів. Шкала самооцінки не використовується для постановки клінічного діагнозу, але PCL використовується як діагностичний інструмент вираження симптомів ПТСР.

Опитувальник передбачає такі критерії: критерій А – опис травматичної події; критерій В (симптоми інтрузії) – від 1 по 5-те запитання; критерій С (симптоми уникнення) – 6 та 7 запитання; критерій D (негативні думки та емоцій) – від 8 по 14 запитання; критерій Е (симптоми надмірної реактивності) – від 15 по 20 запитання.

Вираженість симптомів ПТСР визначається декількома підходами до оцінювання: рекомендується результат 33 балів або вище як найбільш відповідну оцінку для цивільних, що вказує на ймовірність ускладнень ПТСР. Альтернативним методом підрахунку балів для констатації ПТСР є наявність експозиції до травмуючої події, набрати 2 або більше балів хоча б по одному із запитань критеріїв В та С, а також 2 або більше балів хоча б з двох запитань критеріїв D та Е. Тривалість симптомів має складати >1 місяця. Ще один підхід пропонує враховувати прохідний бал не менше 3 (середній) кожного з пунктів.

3. Шкала наслідків моральної травми (MIOS) (Додаток В.1-В.3) – це опитувальник для самозвіту про наслідки МТ, який підходить для клінічних та дослідницьких цілей. Надійність шкали визначалася через показники внутрішньої узгодженості за допомогою альфа Кронбаха для вибірки ($n=111$), що становить 0,70 та тест-ретестової надійності ($n=32$), що становить $r=0,67$, $p \leq 0,01$ (Dell et al., 2021).

На першій частині оцінюється вплив трьох типів МТ, які визначаються як події, що суперечать моральному кодексу або цінностям людини (вчинення або невчинення чогось, спостереження за діями або бездіяльністю когось іншого або безпосередній вплив дій або бездіяльності когось іншого (або інших людей)). Опитувальник налічує у другій частині 14 пунктів прояву МТ, кожен з яких оцінюється від 0 балів (повністю не погоджуюсь) до 4 балів (повністю погоджуюсь).

Оцінка результатів складається з двох субшкал по сім пунктів у кожній: субшкала проявів, що пов'язані з соромом (пункти 1, 3, 7, 8, 12, 13 та 14) та субшкала, пов'язана з порушенням довіри (пункти 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11). Загальний діапазон балів становить від 0 до 56 для загальної оцінки та від 0 до 28 для кожної

з двох субшкал. Результати трактуються таким чином, що більша кількість балів свідчить про більшу вираженість симптомів МТ.

4. «Якість життя дорослих із РДУГ» (AAQoL) (Додаток Д) – це опитувальник із 29 пунктів, розроблений для оцінки якості життя. Він включає чотири домени (бали за субшкалою): (1) продуктивність життя (11 пунктів), (2) психологічне здоров'я (6 пунктів), (3) стосунки (5 пунктів), (4) життєвий прогноз (7 пунктів). Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою в діапазоні від «Зовсім ні/Ніколи» (1) до «Надзвичайно/Дуже часто» (5). Щоб отримати загальні та субшкалові оцінки, оцінки предметів перетворюються на шкалу від 0 до 100 балів. Потім оцінки за предмети підсумовуються та діляться за кількістю предметів для створення підшкали та загальних оцінок. Вищий показник вказує на вищий рівень якості життя. Внутрішня узгодженість була прийнятною (альфа Кронбаха $> 0,70$ для всіх субшкал після 12 тижнів ретестової валідності, $r = 0.869$, $p < 0,001$) на основі тесту Вілкоксона (Brod et al., 2015).

Отже, обрані методики дозволять нам детально дослідити особливості переживання травматичного досвіду дорослими із РДУГ.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Проведене дослідження дозволяє нам аналізувати та інтерпретувати отримані результати. Дослідження такого роду сприяють розумінню проявів явищ ПТСР, МТ, досвіду та якості життя із РДУГ, щоб сприяти розробці ефективних інтервенцій та програм психологічної підтримки для молодих людей із травматичним досвідом.

Для кращого розуміння того, наскільки нашій вибірці притаманні виражені симптоми РДУГ, було проведено методику «Шкала самооцінки РДУГ для дорослих» (ASRS-V1.1) (див. Додаток Е), результати якої зображені на рисунку 2.2.1. Отже, можемо говорити, що більшості у вибірці дослідження притаманні симптоми РДУГ (62,5%), в той час як у третини опитаних немає виражених проявів розладу (37,5%).

Відповідними є і результати розподілу середніх значень симптомів «Неуважності» та «Гіперактивності» серед респондентів двох груп, що

зображено на рисунку 2.2. Можемо спостерігати, що симптоми неуважності (7,71 бала) та гіперактивності (5,83 бала) притаманні більшою мірою підгрупі з вираженими симптомами РДУГ, ніж симптоми у підгрупи без виражених ознак (3,0 балів та 1,9 бала відповідно).

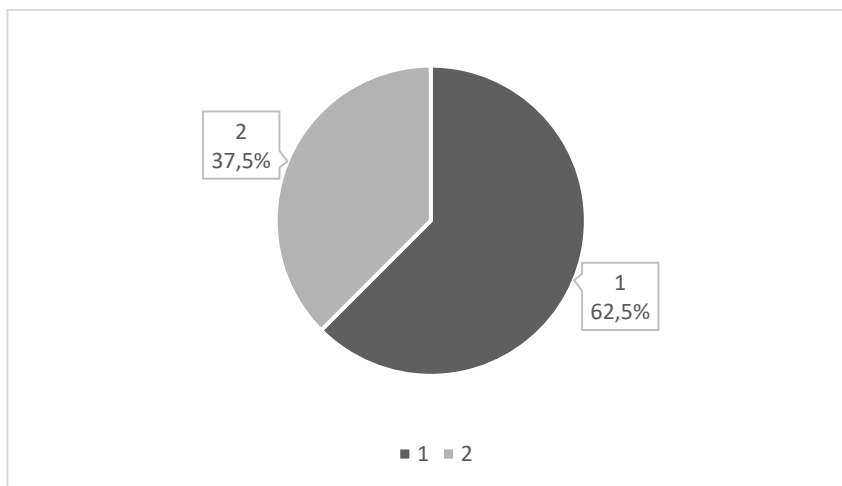


Рис. 2.1. Відсотковий розподіл досліджуваних із вираженими симптомами РДУГ серед вибірки (n=56).

Примітка: 1 – загальні показники РДУГ виражені; 2 – загальні показники РДУГ не виражені.

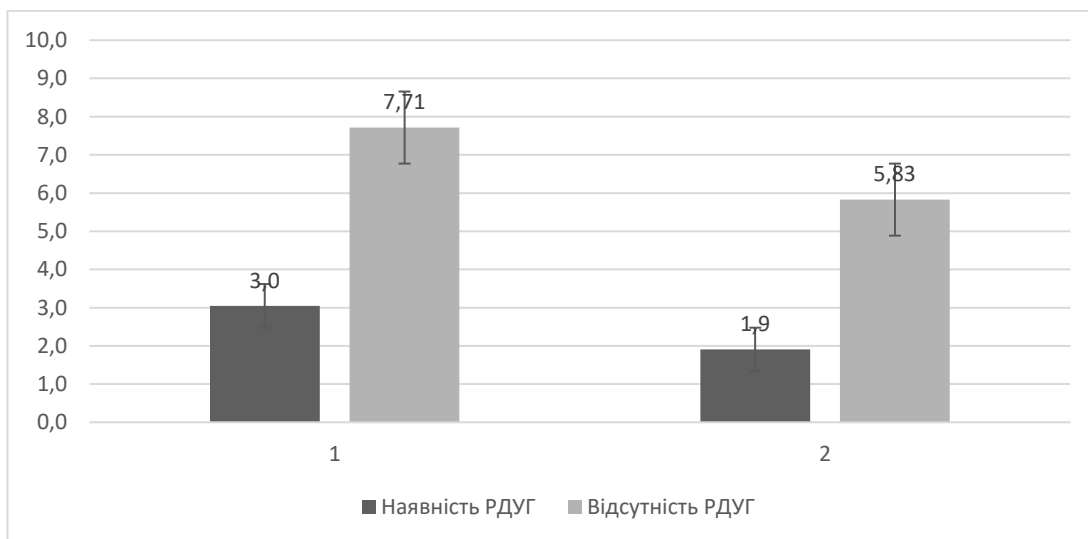


Рис. 2.2. Розподіл середніх значень симптомів неуважності та гіперактивності у підгрупах, бали (n=56).

Примітка: 1 – симптоми неуважності; 2 – симптоми гіперактивності(імпульсивності).

Отже, у нашому дослідженні ми виокремлюємо 2 підгрупи: із вираженими симптомами РДУГ (62,5%) та притаманними їй симптомами неуважності та гіперактивності та без виражених показників РДУГ (37,5%). На основі

диференційованих нами результатів вибірки щодо притаманності РДУГ, аналізуються інші показники розподілу досліджуваних явищ. Вираженість сформованих симптомів ПТСР у вибірці згідно із методикою «Перелік симптомів ПТСР» (PCL-5) , було зображено на рисунку 2.3 (Додаток Ж).

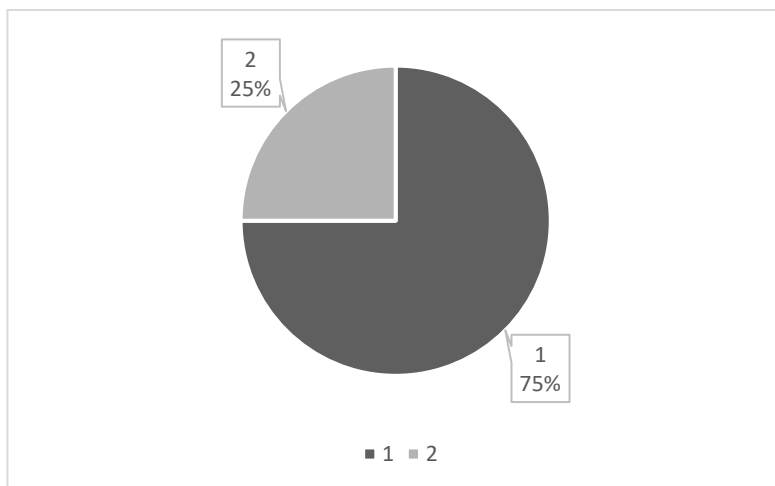


Рис. 2.3. Відсотковий розподіл досліджуваних із симптомами ПТСР (n=56).

Примітка: 1 – загальні показники ПТСР виражені; 2 – загальні показники ПТСР не виражені.

Аналізуючи рисунок, спостерігаємо, що серед загальної вибірки виражені симптоми на рівні ПТСР більшості (75%) вибірки, тоді як у четвертій частині досліджуваних (25%) симптоми не є сформованими.

Відповідно, симптоми ПТСР виражаються у двох підгруп (із вираженим РДУГ та без нього) по-різному, що зображено на рисунку 2.4.

Згідно із результатами, загальні показники ПСТР у підгрупі без РДУГ виражені на меншому рівні (35,2 бала), ніж у підгрупі із РДУГ (50,2 бала). Прояв симптомів також відрізняється у підгрупах з/без РДУГ: шкала інтрузії (9,5 та 11,7 балів відповідно) та шкала уникнення (3,5 та 5,3 балів відповідно) мають незначні відмінності, тоді як шкала негативних думок та емоцій (13,2 та 18,5 балів відповідно) й шкала надмірної реактивності (9,0 та 15,3 балів відповідно) й мають більшої різниці, переважаючи у групі із РДУГ.

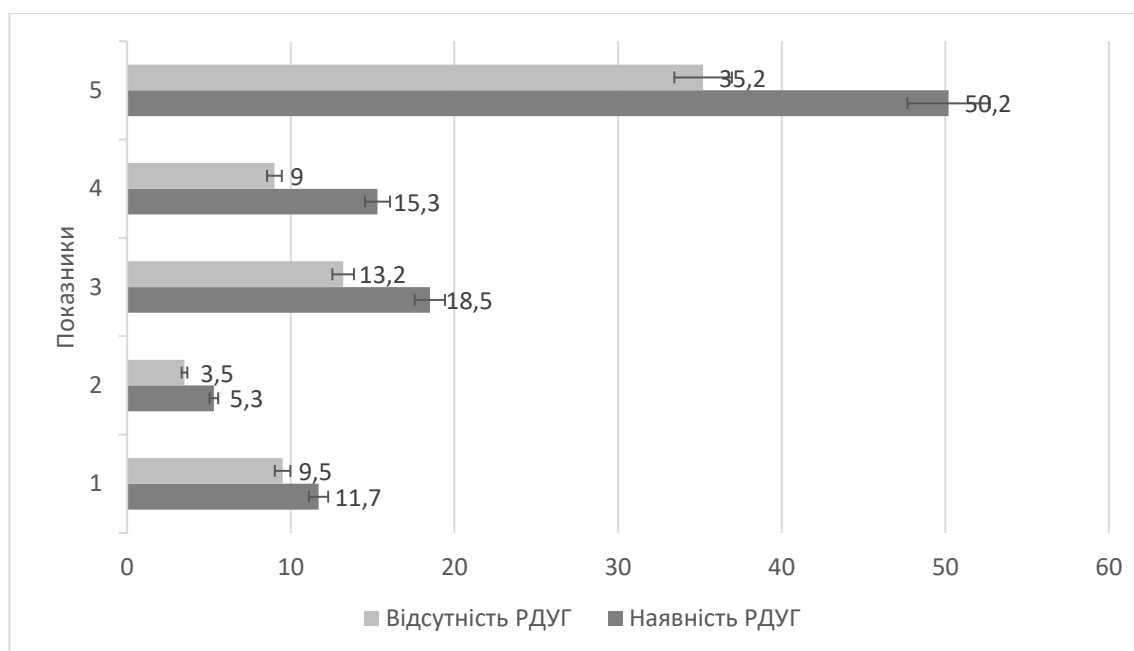


Рис. 2.4. Відсотковий розподіл досліджуваних із симптомами ПТСР серед підгруп із РДУГ та без (n=56).

Примітка: 1 – шкала інтрузії; 2 – шкала уникнення; 3 – шкала негативних думок та емоцій; 4 – шкала надмірної реактивності; 5 – загальний бал ПТСР.

Характерність прояву ПТСР для двох груп також набуває якісно різних значень (див. рис. 2.5.): вираженість ПТСР серед 91,4% опитуваних із підгрупи, де виявлений РДУГ проти 47,6% учасників із вираженими симптомами ПТСР у підгрупі без виявленого РДУГ. Це характеризує підгрупу із вираженістю РДУГ як таку, якій характерний ПТСР як наслідок проживання травматичного досвіду.

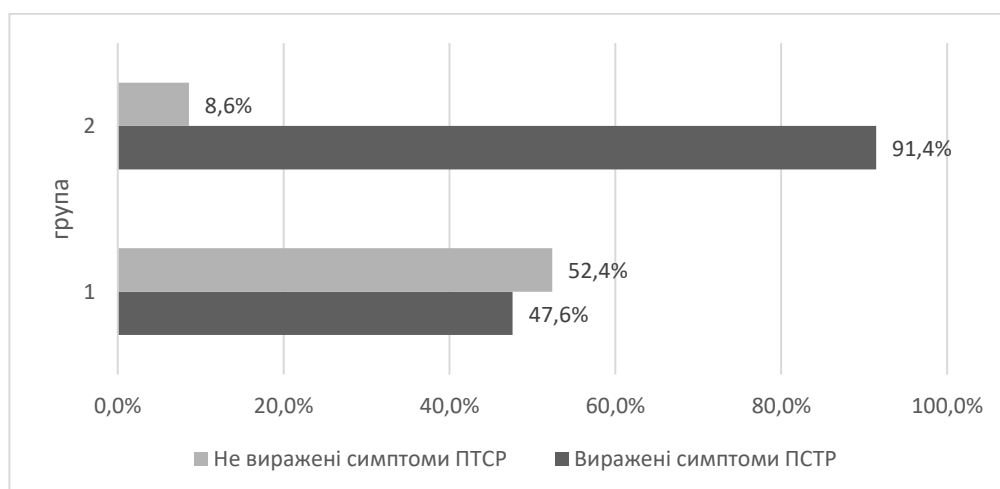


Рис. 2.5. Вираженість симптомів ПТСР серед підгруп із РДУГ та без, %, n=56

Примітка: 1 – підгрупа без РДУГ; 2 – підгрупа із РДУГ.

Можемо спостерігати результати прояву МТ у вибірці згідно з опитувальником «Шкала наслідків моральної травми» (MIOS) (див. Додаток 3) на рисунку 2.6., у якому середні значення прояву МТ та функціональних порушень виражені посередньо (26 балів (46%) та 27 балів (45%), відповідно).

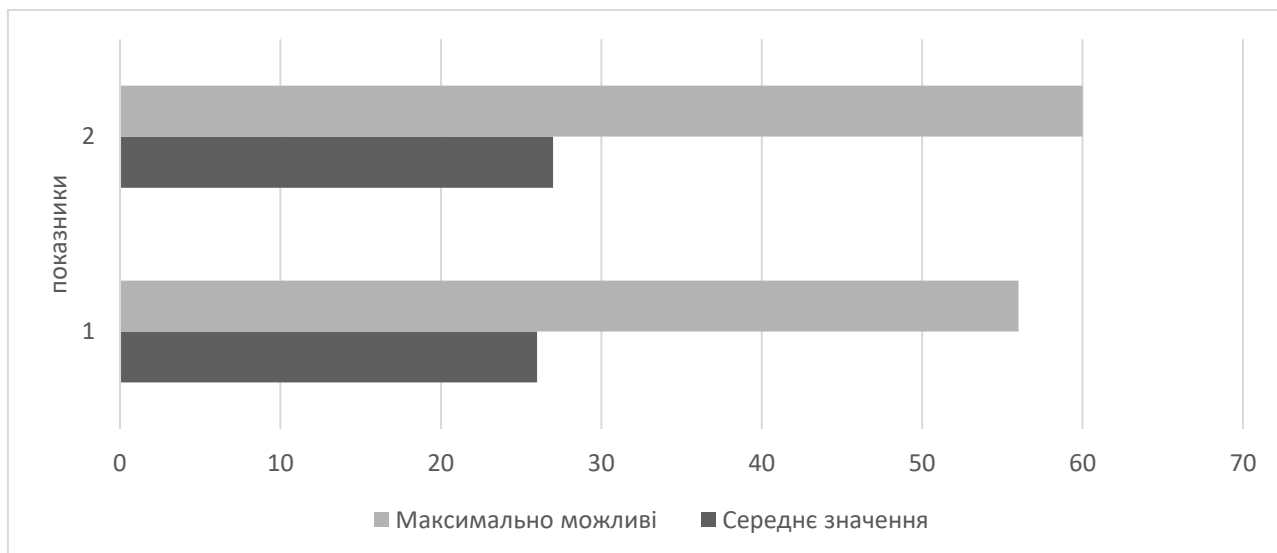


Рис. 2.6. Розподіл середніх значень МТ та порушення функціональності (n=56).

Примітка: 1 – шкала моральної травми; 2 – шкала функціональних порушень.

Порівняння середніх показників проявів моральної травми та функціональних порушень у вибірці із вираженим РДУГ та без, зображено на рисунку 2.7. Графік демонструє суттєві відмінності в середніх значеннях показників якості життя між групою осіб з РДУГ та контрольною групою. Особи з РДУГ демонструють значно нижчі показники за всіма досліджуваними аспектами якості життя.

На рисунку 2.8. зображене порівняння середніх значень за показниками якості життя (продуктивність життя, психологічне здоров'я, життєвий прогноз, стосунки) у загальній вибірці, підгрупами щодо наявності РДУГ та максимальних значень (див. Додаток К). Через те, що методика «Якість життя дорослих із РДУГ» (AAQoL) не пропонує ранжування рівнів якості життя, можемо спостерігати їхнє відносне вираження щодо максимальних показників.

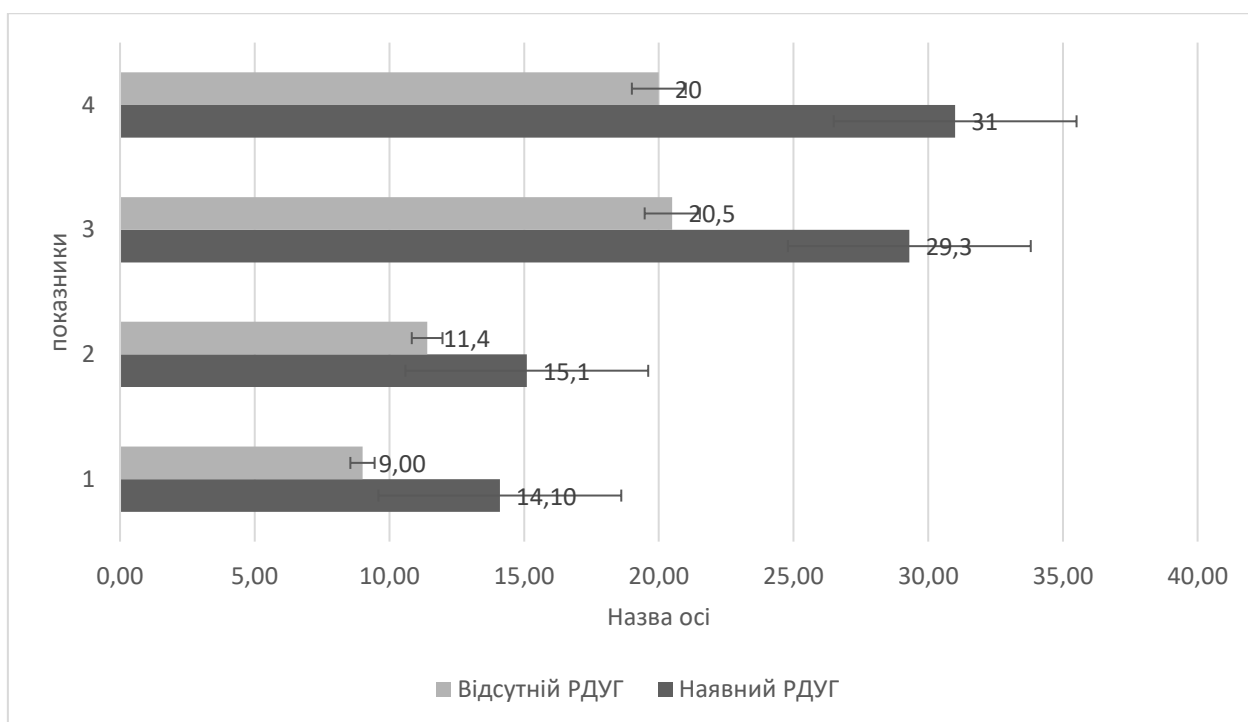


Рис. 2.7. Розподіл середніх показників МТ та порушення функціональності (n=56).

Примітка: 1 – наслідки, пов’язані із соромом; 2 – наслідки, пов’язані із порушенням довіри; 3 – загальний показник моральної травми; 4 – шкала функціональних порушень.

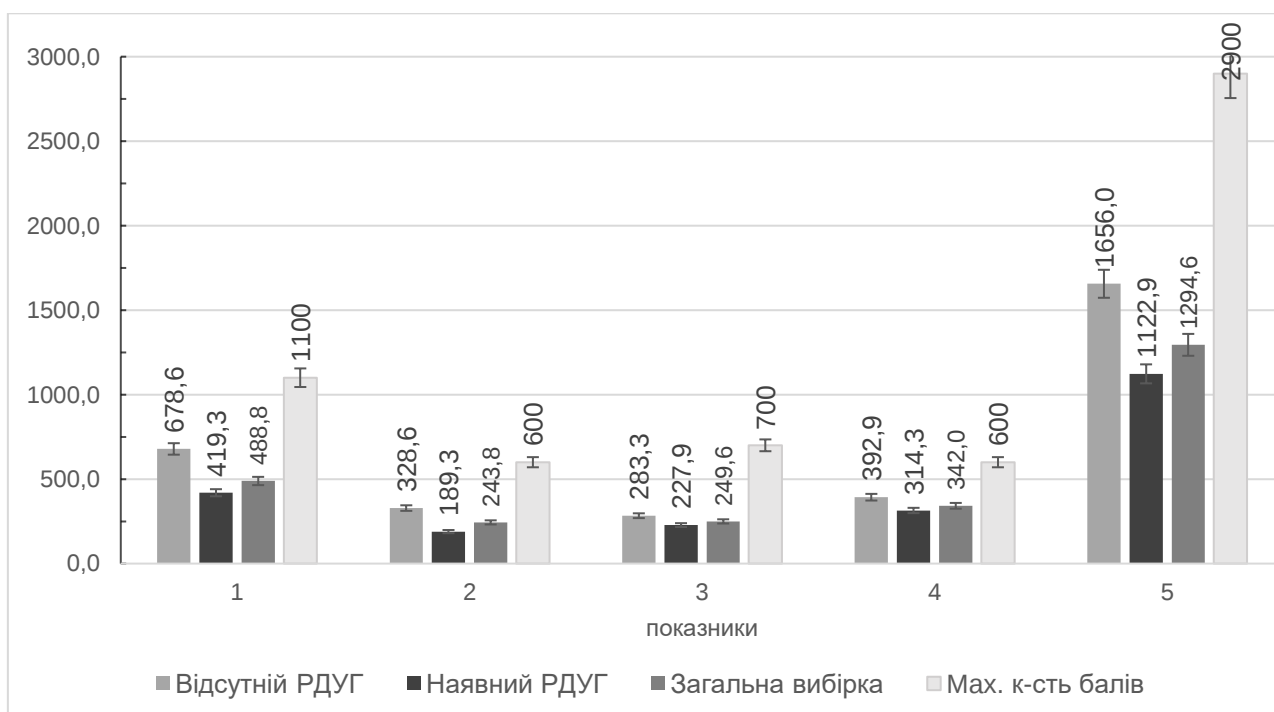


Рис. 2.8. Розподіл середніх значень показників якості життя (n=56).

Примітка: 1 – продуктивність життя; 2 – психологічне здоров’я; 3 – життєвий прогноз; 4 – стосунки; 5 – загальний бал якості життя.

Згідно з представленими даними, особи з РДУГ демонструють суттєво нижчі середні значення за всіма розглянутими аспектами якості життя (1122,9 бала або 38,7% від максимального балу) порівняно з особами без діагнозу (1656,0 балів або 57,1% від максимального балу). Це свідчить про те, що РДУГ пов'язаний із негативним впливом на різноманітні сфери життя людини.

Найбільша різниця між групами спостерігається за показником «продуктивність життя». Середнє значення цього показника для осіб з РДУГ майже вдвічі нижче, ніж для осіб без діагнозу (419,3 балів проти 678,6 балів відповідно). Це вказує на те, що РДУГ пов'язаний із зниженням здатності людей до навчання, роботи та інших видів діяльності. Було значне зниження показника «психологічне здоров'я» у осіб з РДУГ (189,3 балів проти 328,6 балів у контрольної групи). Це підтверджує теоретично можливу наявність пригніченого психологічного стану у значної частини осіб з РДУГ та свідчить про потребу у наданні їм відповідної психологічної допомоги. Менш значна різниця між підгрупою із РДУГ та без нього виражена у показниках якості життя «перспективи життя» (227,9 балів та 392,9 балів відповідно) та «стосунки» (314,3 балів та 392,9 балів відповідно). Припускаємо, що знижені показники життєвих перспектив у обох підгруп пов'язані із військовим станом в Україні.

Проведене дослідження дозволило виявити значні відмінності між групами респондентів із вираженим РДУГ та без нього за ключовими психологічними показниками. Результати демонструють, що у групі з РДУГ частіше спостерігаються більш виражені симптоми ПТСР, моральної травми та порушення функціональності. Окрім того, якість життя у підгрупі з РДУГ оцінюється нижче, особливо за шкалами продуктивності життя та психологічного здоров'я. Виявлені дані підкреслюють необхідність врахування коморбідності РДУГ та наслідків травматичних подій для розробки цільових психологічних інтервенцій.

2.3. Регресійний аналіз психологічних особливостей переживання травматичного досвіду дорослими із розладом дефіциту уваги та гіперактивності

Наступний етап аналізу емпіричних даних полягав у виявленні особливостей взаємозв'язків між переживанням травматичного досвіду та РДУГ у людей дорослого віку, було проведено математичну обробку тестових даних та висунуто такі гіпотези:

H_0 : вираження симптомів РДУГ, показників ПТСР та моральної травми не корелюють ($r_{xy} = 0$);

H_1 : вираження симптомів РДУГ, показників ПТСР та моральної травми корелюють ($r_{xy} \neq 0$).

За допомогою застосування методів математичної обробки та програми SPSS v.24.0 були отримані коефіцієнти кореляції, які наведені у табл. 2.2.

Ми спостерігаємо, що на основі раніше сформульованого теоретичного припущення існують переконливі докази, які дають змогу зробити висновок про наявність лінійної залежності між показниками ПТСР, РДУГ та МТ. Це підтверджується тим, що коефіцієнти кореляції знаходяться на рівні $p < 0,05$. Важливо зазначити, що найбільш значущі зв'язки виявлені між ПТСР та РДУГ ($p < 0,001$), між ПТСР та моральною травмою ($p < 0,001$), а також між РДУГ і моральною травмою ($p < 0,01$). Це дозволяє нам відхилити нульову гіпотезу (H_0) і стверджувати про наявність значущого кореляційного зв'язку між досліджуваними явищами.

Кореляційний в'язок між ПТСР як наслідок проживання травматичного досвіду та РДУГ у дорослих людей має позитивний помірний характер при високій статистичній значущості ($r = 0,43$, $p = 0,001$). МТ як можливий наслідок переживання травматичних подій та наявність РДУГ у дорослих осіб має також позитивний помірний пропорційний зв'язок із достатнім рівнем статистичної значущості ($r = 0,42$, $p < 0,05$). Взаємозв'язок ПТСР та МТ як двох із можливих наслідків переживання травматичного досвіду має сильний позитивний характер при високій статистичній значущості ($r = 0,68$, $p < 0,001$). Отже, можемо

припускати, що особи із діагностованим діагнозом РДУГ та пережитим травматичним досвідом мають ймовірність до вищого прояву та розвитку симптомів ПТСР та/або моральної травми.

Таблиця 2.2.

Кореляційні зв'язки показників РДУГ, ПТСР та МТ

Змінні	ПТСР	РДУГ	I	У	НДЕ	Р	Н	Г	С	Д	МТ
ПТСР	-	0.43**	0.81**	0.74**	0.92**	0.9**	0.42	0.35	0.67**	0.61**	0.68**
РДУГ	0.43**	-	0.28	0.3	0.34	0.56*	0.89*	0.89*	0.41	0.32	0.42
I	0.81**	0.28	-	0.61**	0.66**	0.61**	0.22	0.24	0.54**	0.57**	0.59**
У	0.74**	0.3	0.61**	-	0.62**	0.53**	0.37	0.2	0.38	0.47**	0.44**
НДЕ	0.92**	0.34	0.66**	0.62**	-	0.82**	0.34	0.25	0.66**	0.55**	0.65**
Р	0.9**	0.56	0.61	0.53**	0.82	-	0.48**	0.48**	0.6**	0.52**	0.6**
Н	0.42	0.89**	0.22	0.37	0.34	0.48**	-	0.63**	0.36	0.3	0.38
Г	0.35	0.89**	0.24	0.2	0.25	0.48**	0.63**	-	0.34	0.28	0.35**
С	0.67**	0.41	0.54**	0.38	0.66**	0.6**	0.36	0.34	-	0.61**	0.92**
Д	0.61	0.32	0.57	0.47	0.55	0.52	0.3	0.28	0.61**	-	0.86**
МТ	0.68	0.42	0.59	0.44	0.65	0.6	0.38	0.35	0.92**	0.86**	-

Примітка: ** $p < 0,001$, ПТСР – показники PCL-5, РДУГ – показники ASRS-V1.1., I – симптоми інтрузії, У – симптоми уникнення, НДЕ – негативні думки та емоції, Р – симптоми надмірної реактивності, Н – шкала неувважності, Г – шкала гіперактивності, С – наслідки, пов'язані з соромом, Д – наслідки, пов'язані з порушенням довіри, МТ – показники MIOS.

У дослідженні взаємозв'язків між симптомами РДУГ, ПТСР та моральної травми, можна відзначити наявність статистично значущих результатів. Це підтверджує теоретичні моделі, згідно з якими інтрузії відіграють центральну роль у формуванні травматичної симптоматики. Уникнення як симптом може бути важливим, але не настільки домінантним, як інші симптоми, у структурі ПТСР. Тим не менш, уникнення допомагає тимчасово зменшувати дистрес, але в довгостроковій перспективі посилює травматичні переживання через обмеження можливостей їх опрацювання. Когнітивні та емоційні аспекти, такі як почуття провини, сором, втрата довіри, катастрофічні переконання чи стійкі негативні уявлення про себе, світ і майбутнє, є визначальними у структурі ПТСР. Цей результат підкреслює важливість роботи з когніціями в терапевтичному процесі. Такі симптоми як гіперзбудження, такі як дратівливість, труднощі зі сном,

надмірна настороженість чи легкість до переляку вказують, що надмірна реактивність може слугувати індикатором гостроти та інтенсивності проявів ПТСР. Виявлені сильні кореляційні зв'язки між проявами ПТСР і його симптомами (інтрузія, уникнення, негативні думки та емоції, надмірна реактивність) підтверджують, що ці компоненти є взаємозалежними і разом формують клінічну картину розладу.

Результати підтверджують концептуальну єдність між проявами РДУГ та його окремими симптомами. Це свідчить про те, що в клінічній практиці оцінка як загального рівня РДУГ, так і його окремих проявів (наприклад, неуважності або гіперактивності), є обґрунтованою.

Симптоми негативних думок та емоцій окрім згаданих зв'язків із інтрузією та уникненням мають позитивний сильний зв'язок із симптомом надмірної реактивності ПТСР ($r = 0,82$, $p < 0,001$) та наслідками сорому при МТ ($r = 0,66$, $p < 0,001$) й порушенням довіри при МТ ($r = 0,55$, $p < 0,001$). Отже, негативні думки й емоції, сильно взаємопов'язані з іншими аспектами травматичного досвіду, такими як надмірна реактивність, сором і втрата довіри. Негативні думки є центральною ланкою, яка поглиблює симптоматику, створюючи систематичний вплив на всі рівні переживань – емоційний, когнітивний і поведінковий.

Симптом надмірної реактивності окрім інших симптомів ПТСР позитивно помірно корелює із симптомами неуважності та гіперактивності РДУГ ($r = 0,48$, $p < 0,001$), а також із симптомами моральної травми, пов'язаними із соромом ($r = 0,6$, $p < 0,001$) та порушенням довіри ($r = 0,52$, $p < 0,001$). Помірна кореляція вказує на те, що підвищена емоційна реактивність, властива ПТСР, часто співіснує з проявами РДУГ, такими як труднощі з концентрацією, імпульсивність або надмірна активність. Надмірна реактивність включає підвищену чутливість до стресових стимулів, що може знижувати здатність зосереджуватися. Імпульсивні реакції можуть бути відповіддю на травматичні тригери, схожі за механікою до гіперактивності РДУГ. Це пояснює, чому ці стани можуть взаємно підсилювати один одного.

Симптоми РДУГ, а саме неуважність та гіперактивність також мають позитивний помірний зв'язок ($r = 0,63$; $p < 0,001$), що показує, що ці два симптоми, хоча й можуть проявлятися окремо, але зазвичай зустрічаються разом і взаємно корелюють. В осіб з РДУГ, коли увага не може бути належним чином зосереджена (неуважність), виникає потреба «компенсувати» це постійним рухом і імпульсивними реакціями (гіперактивність), що створює цикл, де ці два симптоми підсилюють один одного.

Зв'язок симптомів неуважності та симптомів моральної травми слабкий та має статистичну значимість, із почуттям сорому ($r = 0,36$, $p < 0,01$) та почуттям втрати довіри ($r = 0,30$, $p < 0,05$). Це означає, що хоча зв'язок між неуважністю та почуттям сорому у контексті моральної травми є слабким, він все ж існує і є статистично значущим. Тобто у людей, які демонструють симптоми неуважності (як частини РДУГ), можуть бути виявлені певні прояви сорому, пов'язаного з пережитими травмами, та через проблеми в підтримці довіри у соціальних стосунках через їхні труднощі в увазі та концентрації, що може сприяти відчуттю, що інші перестають їм довіряти.

Симптоми гіперактивності мають достатню статистичну значимість та слабкий позитивний кореляційний зв'язок із проявами МТ як наслідків з відчуттям сорому ($r = 0,34$, $p < 0,05$) та наслідки із втратою довірою ($r = 0,28$, $p < 0,05$). Оскільки зв'язки не є дуже сильними, це вказує на можливу наявність додаткових факторів, які впливають на ці симптоми й переживання. Самі ж симптоми МТ (пов'язані із соромом та із втратою довіри), мають помірний позитивний зв'язок ($r = 0,61$, $p < 0,001$) та мають тенденцію виникати разом або бути пов'язаними між собою у людей, які пережили моральну травму. Наприклад, ті, хто відчуває сором через пережитий травматичний досвід, ймовірно, також будуть відчувати втрату довіри до інших людей або до себе. Це підтверджує важливість цих двох емоційних проявів як ключових наслідків моральної травми.

Результати дослідження вказують на наявність значущих кореляцій між симптомами ПТСР, РДУГ та моральної травми, що підтверджує існування

лінійних залежностей між цими явищами. Виявлені помірні та сильні кореляційні зв'язки між ПТСР, РДУГ і моральною травмою, зокрема між інтрузією, уникненням, негативними думками та емоціями, надмірною реактивністю, а також симптомами РДУГ, такими як неухважність і гіперактивність. Найсильніші кореляції спостерігаються між ПТСР та моральною травмою, що підтверджує важливість взаємозв'язку між цими явищами. Зокрема, інтрузії та негативні емоції посилюють симптоматику, ускладнюючи відновлення, в той час як симптоми уникнення та гіперактивності взаємно підсилюють прояви травматичних переживань. Виявлені зв'язки вказують на необхідність комплексного підходу в психологічному втручанні, орієнтуючись на взаємодію симптомів і їхній вплив на психічне здоров'я.

З метою вивчення наслідків переживання травматичного досвіду та покращення психологічного втручання для дорослих осіб із/без РДУГ важливим було проаналізувати зв'язок ПТСР, РДУГ та компонентів якості життя через отримані коефіцієнти кореляції (у програмі SPSS v.24.0), наведені у таблиці 2.3.

Спостерігаємо, що більшість результатів є високого рівня статистичної значимості ($p < 0,001$), що підтверджує наявність кореляційних зв'язків між досліджуваними явищами.

Можемо звернути увагу, що PCL (шкала ПТСР) має помітну негативну кореляцію з показниками якості життя: сильний зворотній зв'язок із психологічним здоров'ям ($r = -0,731$, $p < 0,001$), помірний негативний зв'язок із шкалами стосунків ($r = -0,619$, $p < 0,001$), продуктивності ($r = -0.552$, $p < 0.001$) та життєвої перспективи ($r = -0.470$, $p < 0.001$). Це підкреслює, що ПТСР та психологічні проблеми, які також впливають на фізичне самопочуття, мають значний взаємний вплив, посилюючи один одного. Зниження продуктивності в різних аспектах життя — від професійної діяльності та навчання до виконання побутових завдань — також свідчить про помірний взаємозв'язок із проявами симптомів ПТСР. Високі показники симптомів ПТСР помірно корелюють зі зниженням якості міжособистісних стосунків, що може проявлятися через конфлікти, відчуження або проблеми з довірою. Крім того, спостерігається

помітний зв'язок між наявністю ПТСР та сприйняттям життєвих перспектив, що виявляється у зниженій здатності планувати та уявляти позитивний розвиток подій.

Таблиця 2.3.

Кореляційні зв'язки ПТСР, РДУГ та показників якості життя

Змінні	ПТСР	РДУГ	П	ПЗ	ЖП	С
ПТСР	-	0.430**	-0.552**	-0.731**	-0.470**	-0.619**
РДУГ	0.430**	-	-0.755**	-0.493**	-0.205	-0.479**
П	-0.552**	-0.755**	-	0.653**	0.377	0.574**
ПЗ	-0.731**	-0.493**	0.653**	-	0.532**	0.695**
ЖП	-0.470**	-0.205	0.377	0.532**	-	0.527**
С	-0.619**	-0.479**	0.574**	0.695**	0.527**	-

Примітка: ** $p < 0,001$, ПТСР – показники PCL-5, РДУГ – показники ASRS-V1.1., П – продуктивність життя, ПЗ – психологічне здоров'я, ЖП – життєві перспективи, С – стосунки.

ASRS-V1.1 має сильний негативний зв'язок продуктивністю ($r = -0,755$, $p < 0,001$), та помірний негативний зв'язок із стосунками ($r = -0,479$, $p < 0,001$) та психологічним здоров'ям ($r = -0,493$, $p < 0,001$). Сильний негативний кореляційний зв'язок між РДУГ та продуктивністю може бути зумовлений характерними симптомами розладу, такими як труднощі з концентрацією уваги, імпульсивність, неорганізованість і труднощі з плануванням. Ці прояви ускладнюють виконання завдань, дотримання термінів і підтримання ефективності у професійній чи навчальній діяльності. Низька продуктивність може взаємно впливати на прояви РДУГ через низку психологічних і поведінкових механізмів. Постійні невдачі у виконанні завдань можуть підсилювати почуття фрустрації та розвиток негативного самосприйняття, які додатково ускладнюють здатність до концентрації та організації діяльності. Помірний негативний кореляційний зв'язок між шкалою РДУГ та стосунками, а також психологічним здоров'ям, може вказувати на те, що з підвищенням проявів РДУГ (та навпаки) знижується якість міжособистісних взаємин та загальний рівень психологічного благополуччя. Люди з РДУГ можуть стикатися з

труднощами в організації часу, концентрації та виконанні обов'язків, що може створювати напругу у стосунках, особливо в ситуаціях, де важлива ефективна комунікація та виконання спільних завдань. У контексті психологічного здоров'я, це може призводити до підвищення рівня стресу та психологічних труднощів. Ці всі прояви можуть впливати на посилення проявів розладу.

Продуктивність як шкала якості життя позитивно помірно корелює зі психологічним здоров'ям ($r = 0,653$, $p < 0,001$) і стосунками ($r = 0,574$, $p < 0,001$). Це свідчить, що краща продуктивність особистості пов'язана з поліпшенням фізичного здоров'я та міжособистісних стосунків в контексті формування якості життя. Слабкий позитивний кореляційний зв'язок між продуктивністю та життєвими перспективами ($r = 0,377$, $p < 0,01$) свідчить про те, що з підвищенням рівня продуктивності, ймовірно, спостерігається деяке поліпшення в оцінці власних життєвих перспектив, але цей зв'язок є не дуже сильним.

Психологічне здоров'я має помірну позитивну кореляцію зі всіма шкалами якості життя: стосунками ($r = 0,695$, $p < 0,001$), продуктивністю ($r = 0,653$, $p < 0,001$) і життєвими перспективами ($r = 0,532$, $p < 0,001$). Тому, психологічне здоров'я помірно пов'язане з здатністю людини формувати та підтримувати позитивні стосунки. Поліпшення психологічного здоров'я може позитивно впливати на здатність людини бути продуктивною, оскільки стабільний емоційний стан дозволяє краще концентруватися, організовувати час і виконувати завдання з високим рівнем ефективності. Психологічне здоров'я також відіграє важливу роль у формуванні оптимістичних поглядів на майбутнє. Це підкреслює важливість підтримки психологічного благополуччя для загального покращення якості життя.

Перспективи мають помірний позитивний зв'язок із стосунками ($r = 0,527$, $p < 0,001$), що свідчить про їх взаємний вплив на суб'єктивне сприйняття життя. Здорові стосунки можуть виступати як підтримка для позитивного сприйняття майбутнього, а також оптимістичне ставлення до майбутнього може сприяти формуванню і зміцненню стосунків, що в кінцевому підсумку впливає на загальне суб'єктивне сприйняття життя людиною.

Модель регресійного аналізу (див. таблицю 2.4.) дозволяє оцінити, наскільки досліджувані змінні пояснюють варіативність рівня симптомів ПТСР, а також визначити, які з них мають найбільший вплив.

Таблиця 2.4.

Модель регресійного аналізу^b

Модель	R	R ²	Скориго- ваний R ²	σ_x Std. Error	S _e	R ² зміна	Статистика змін				Критерій Дарбіна- Уотсона
							Зміна F	df	df	Sig F. зміна	
1	0.775 ^a	0.601		0.578	11.26825	0.601	26.066	3	52	<0.001	2.156

Примітки: а. Предиктори (константи): QoL, ASRS, MIOS, b. Залежна змінна: PCL

Коефіцієнт множинної кореляції ($R = 0.775$) показує силу зв'язку між залежною змінною (ПТСР) та предикторами (МТ, РДУГ та Якість життя). Значення 0.775 вказує на сильний позитивний зв'язок. 60.1% варіації симптомів ПТСР ($R^2 = 0.601$) пояснюється включеними предикторами (MIOS, ASRS, QoL). Це говорить про хорошу якість моделі. Уточнений показник (Adjusted $R^2 = 0.578$), що враховує кількість предикторів залишається досить високим, що вказує на надійність моделі. Модель є статистично значущою, тобто змінні-предиктори суттєво впливають на рівень симптомів ПТСР ($F \text{ Change} = 26.066$, $p < 0.001$). Отже, усі три змінні (РДУГ, МТ та якість життя), взяті сукупно, є предикторами PCL-5.

У таблиці 2.5. видно, що серед окремих предикторів ПТСР незалежними значущими факторами є МТ ($B = 0.657$, $Beta = 0.466$, $p < 0.001$) – це найсильніший предиктор у моделі, а також якість життя ($B = -0.011$, $Beta = -0.354$, $p = 0.026$), яка має негативний вплив. Позитивне значення B та $Beta$ вказує, що зі збільшенням оцінки моральної травми рівень симптомів ПТСР суттєво зростає, а погіршення якості життя асоціюється зі збільшенням симптомів ПТСР. Симптоми РДУГ ($B = 0.072$, $Beta = 0.020$, $p = 0.862$) мають дуже слабкий і статистично незначущий вплив, тому його можна вважати менш релевантним у моделі.

Оцінка окремих предикторів залежної змінної

Модель	Unstandardized B	Coefficients Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for β		Collinearity Statistics	
						Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1 (Constant)	40.720	12.291	-	3.313	0.002	16.057	65.383		
MIOS	0.657	0.181	0.466	3.3623	<0.001	0.293	1.020	0.464	2.156
ASRS-V1.1	0.072	0.411	0.020	0.175	0.862	-0.753	0.897	0.565	1.770
QoL	-0.011	0.005	-0.354	-2.290	0.026	-0.020	-0.001	0.322	3.106

Примітки: а. Залежна змінна: PCL.

Для оцінки адекватності статистичної моделі та перевірки припущень щодо нормальності розподілу залишків, наведено рисунок 2.9 гістограми залишків.

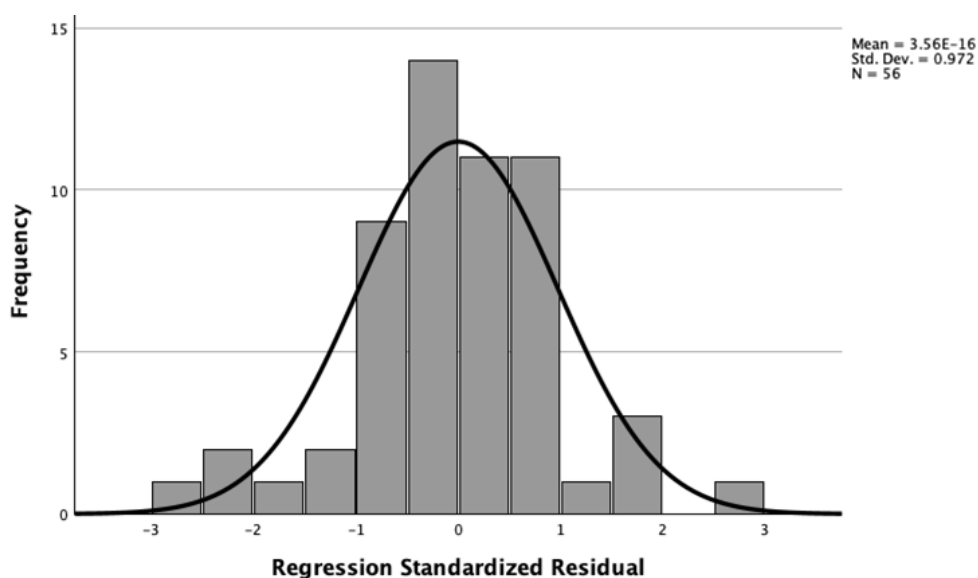


Рис. 2.9. Гістограма залишків регресії

Примітка: Mean (значення) = 3,56E-16, Std. Dev. (стандартне відхилення) = 0,972, N=56

Залишки — це різниця між спостереженими та прогнозованими значеннями у моделі. Якщо залишки розподілені нормально, це свідчить про те, що модель правильно відображає дані, і ми можемо вважати її адекватною.

Під час виконання регресійного аналізу були висловлені такі припущення:

1. Лінійність взаємозв'язку між незалежними змінними (моральна травма, якість життя, симптоми РДУГ) та залежною змінною (симптоми ПТСР),

що означає, що зміна значень незалежних змінних призводить до пропорційних змін у результаті.

2. Незалежність залишків, що вказує на відсутність автокореляції між ними. Це передбачає, що зміна однієї змінної не має впливу на залишки інших.

3. Нормальність залишків, тобто вони повинні мати нормальний розподіл, що дозволяє коректно застосовувати параметричні тести для оцінки моделі та її результатів.

4. Гомоскедастичність, що передбачає сталу варіацію залишків на всіх рівнях незалежних змінних. Тобто, дисперсія залишків не повинна змінюватися залежно від значень предикторів.

5. Відсутність мультиколінеарності, що означає, що незалежні змінні не повинні бути сильно корельованими між собою, оскільки висока кореляція може вплинути на стабільність оцінок коефіцієнтів регресії.

Таким чином, припущення лінійності та відсутності мультиколінеарності, нормальності залишків та незалежності залишків були підтверджені, а припущення та гомоскедастичності частково або повністю не виконуються, що може впливати на точність і надійність моделі.

Висновок до другого розділу

Під час емпіричного етапу проведено психодіагностику з використанням різних методик для оцінки переживань травматичного досвіду (ПТСР, МТ), а також симптомів РДУГ та рівня якості життя учасників дослідження. Було встановлено статистичні та кореляційні зв'язки між цими явищами та їх вплив на якість життя.

Методики дослідження, які були використані на цьому етапі: «Шкала для самооцінки РДУГ (ASRS-V1.1)»; «Шкала для оцінки симптомів ПТСР (PCL-5)»; «Шкала наслідків моральної травми (MIOS)»; «Якість життя дорослих із РДУГ (AAQoL)».

Проведене дослідження виявило важливі відмінності між двома групами респондентів: тими, хто має виражені симптоми РДУГ, і тими, у кого ці симптоми відсутні. Результати свідчать про те, що серед осіб із РДУГ спостерігаються більш виражені симптоми ПТСР, МТ та порушення функціональності. Зокрема, у підгрупі з РДУГ симптоми ПТСР і МТ виражені значно сильніше, а якість життя оцінюється нижче, особливо за шкалами «продуктивність життя» та «психологічне здоров'я». Результати підкреслюють необхідність урахування коморбідності РДУГ та наслідків травматичних подій при розробці психологічних інтервенцій для цієї категорії осіб.

Результати кореляційного аналізу свідчать про значущі зв'язки між симптомами ПТСР, РДУГ та МТ. Результати свідчать про те, що симптоми РДУГ, такі як неуважність і гіперактивність, мають позитивні кореляційні зв'язки з проявами моральної травми, зокрема з почуттям сорому та втратою довіри. Це вказує на те, що особи з РДУГ можуть мати підвищений ризик розвитку симптомів ПТСР і моральної травми. Кореляційний аналіз виявив значущу лінійну залежність між ПТСР, РДУГ та моральною травмою, що свідчить про їх тісну взаємозалежність у контексті травматичних переживань. Виявлено позитивні помірні кореляції між симптомами ПТСР (інтрузія, уникнення, негативні думки, надмірна реактивність) і моральною травмою (сором, порушення довіри). Також підтверджено концептуальну єдність симптомів РДУГ

(неуважність, гіперактивність) та сильні зв'язки між інтрузивними симптомами ПТСР і порушеннями міжособистісних стосунків, що ускладнює відновлення після травми. Загалом, кореляції вказують на можливе взаємне підсилення цих станів, що підкреслює важливість комплексного підходу до лікування.

Результати кореляційного дослідження вказують на значущі кореляційні зв'язки між ПТСР, РДУГ та компонентами якості життя – психологічним здоров'ям, стосунками, продуктивністю та життєвими перспективами. ПТСР має сильний негативний вплив на психологічне здоров'я, стосунки, продуктивність та сприйняття життєвих перспектив, що підтверджує взаємозв'язок між психологічними та фізичними проблемами. РДУГ також корелює з низькою продуктивністю, проблемами в стосунках та психологічному благополуччі, підкреслюючи важливість ефективної організації діяльності. Продуктивність позитивно впливає на психологічне здоров'я та стосунки, а також частково на життєві перспективи. Психологічне здоров'я має помірну позитивну кореляцію з усіма аспектами якості життя, підтверджуючи важливість емоційного благополуччя для покращення життєвих показників. Життєві перспективи мають взаємний вплив із стосунками, що ще раз підкреслює важливість соціальної підтримки та оптимістичного ставлення до майбутнього для покращення загального сприйняття життя.

Згідно з результатами запропонована регресійна модель надає адекватне пояснення варіації симптомів ПТСР. Найбільш значущим предиктором ПТСР у нашій вибірці є МТ, що підкреслює її критичну роль у розвитку симптомів ПТСР. Також було виявлено, що зниження якості життя суттєво впливає на збільшення симптомів ПТСР, що підтверджує важливість цього фактору. Симптоми РДУГ не мали значущого впливу на модель. За результатами регресійного аналізу припущення лінійності та відсутності мультиколінеарності були підтверджені, що свідчить про правильність вибору моделі та відсутність проблем із кореляцією незалежних змінних. Гістограма залишків вказує на адекватність моделі, з підтвердженням нормальності розподілу залишків, що свідчить про коректність виконання припущень регресії.

Важливість цих зв'язків підкреслює необхідність комплексного підходу в наданні психологічної допомоги, що враховує взаємодію між симптомами РДУГ, ПТСР, МТ та їхній вплив на психічне здоров'я людей.

ВИСНОВКИ

За результатами теоретико-емпіричного дослідження травматичного досвіду осіб із РДУГ у дорослих, було здійснено такі теоретичні узагальнення:

Травматичний досвід розглядається як явище, що виникає під впливом руйнівних життєвих подій, які перевищують адаптивні можливості людини. Він викликає глибокі зміни у психіці, формуючи стійкі емоційні, когнітивні та соціальні наслідки. Особливу увагу приділено феномену травматичної пам'яті, яка характеризується фрагментованістю, високим емоційним зарядом та неконтрольованими ремінісценціями.

ПТСР визначено як одну із форм реакції на травматичний досвід. Його симптоми включають інтрузії, уникання, когнітивні зміни та фізіологічну гіперактивацію. Проаналізовано фактори ризику (травматичне дитинство, низька соціальна підтримка, жіноча стать тощо) та сучасні моделі розвитку ПТСР, зокрема нейробіологічну, психофізіологічну, когнітивно-поведінкову та інші.

Моральна травма описана як дистрес, пов'язаний із діями чи ситуаціями, що суперечать внутрішнім моральним цінностям. Основними проявами є сором, провина, гнів та труднощі із самопрощенням. Теоретично розглянуто її вплив як на військовослужбовців, так і на цивільне населення.

РДУГ у дорослих характеризується комплексом симптомів, які пов'язані порушеннями уваги, імпульсивністю та гіперактивністю, які можуть. Розуміння РДУГ у дорослих також включає важливий аспект емоційної дисрегуляції та функціональної дисфункції, що пояснюється нейропсихічними особливостями психіки людей із РДУГ. Наголошено на складностях діагностики цього розладу через його накладання на інші психічні стани.

Результати емпіричного дослідження дають змогу здійснити узагальнення відповідно до дослідницьких запитань:

Особи з РДУГ є більш уразливими до розвитку ПТСР і МТ, ніж особи без цього розладу порівняно з особами без РДУГ. У групі з РДУГ частіше спостерігаються виражені симптоми інтрузії, уникання, когнітивних порушень та надмірної реактивності. Також виявлено значні кореляційні зв'язки між

симптомами РДУГ (неуважність та гіперактивність) і компонентами травматичного досвіду, такими як сором і втрата довіри. Водночас якість життя осіб із РДУГ значно нижча за всіма аспектами, включаючи продуктивність, психологічне здоров'я, міжособистісні стосунки та життєві перспективи. Найбільше зниження спостерігалось в аспекті продуктивності життя, що пов'язано із типовими симптомами РДУГ — неуважністю, імпульсивністю та гіперактивністю. Підвищення інклюзії та адаптивності осіб із РДУГ, які пережили травматичний досвід, потребує комплексного підходу.

Дослідження має низку обмежень, які слід враховувати при інтерпретації результатів. По-перше, незначний розмір вибірки, що може впливати на точність отриманих результатів. Подальше дослідження травматичного досвіду та моральної травми на більшій вибірці є необхідним. Вибірка обмежена дорослими з РДУГ з віковим діапазоном 19-29 років, що не дозволяє вважати її повністю репрезентативною для всього дорослого населення з РДУГ. Оскільки дослідження акцентує увагу на особливостях переживання травматичного досвіду у дорослих з РДУГ, це обмежує можливість порівняння з іншими групами, наприклад, з людьми з іншими психічними проблемами. Крім того, онлайн-збір даних може виключати осіб з проблемами у використанні технологій або тяжкими симптомами РДУГ, що також обмежує можливість узагальнення результатів на ширшу популяцію. Ці фактори слід враховувати при висновках про психологічні особливості переживання травм у дорослих з РДУГ.

Незважаючи на обмеження, проведене дослідження дослідження та отримані результати здійснюють значний внесок у розуміння коморбідності РДУГ і наслідків травматичного досвіду, таких як ПТСР та моральна травма, а також окреслює перспективи розробки цільових психотерапевтичних втручань.

ДОДАТКИ

Додаток А

«Шкала самооцінки РДУГ для дорослих (ASRS v1.1.)»

Ім'я пацієнта	Дата				
	Ніколі	Рідко	Інколи	Часто	Дуже
1. Як часто Вам буває важко довести роботу до кінця, при умові, що найскладніші її частини вже виконані?					
2. Як часто Вам буває важко навести лад серед своїх речей, а також, виконуючи завдання, що потребує організованості?					
3. Як часто у Вас виникають проблеми із запам'ятовуванням інформації щодо запланованих чи обов'язкових зустрічей?					
4. Як часто Ви уникаєте чи відкладаєте виконання завдань, що потребують значного зосередження уваги?					
5. Як часто Ви відчуваєте неспокій чи здійснюєте рухи кінцівками, в умовах, коли необхідно сидіти спокійно на місці протягом тривалого часу?					
6. Як часто Ви відчуваєте підвищену активність і необхідність щось робити?					
Розділ А					
7. Як часто Ви допускаєте помилки через неуважність, при умові, що потрібно виконувати нецікаве чи складне завдання?					
8. Як часто Вам буває важко зосередити свою увагу, виконуючи нудне чи одноманітне завдання?					
9. Як часто Вам буває важко зосередити свою увагу на тому, що говорить співрозмовник, навіть тоді, коли він звертається безпосередньо до Вас?					
10. Як часто Ви не кладете речі на своє місце, чи Вам важко їх знайти дома або на роботі?					
11. Як часто Вас відволікає те, що відбувається чи шум навколо Вас?					
12. Як часто Ви встаєте з місця на зборах чи в інших ситуаціях, в яких необхідно сидіти на своєму місці?					
13. Як часто Ви відчуваєте неспокій чи метушливість?					
14. Як часто Вам важко розслабитися і відпочити, коли у Вас є час на самого себе?					
15. Як часто ви усвідомлюєте, що багато говорите, коли перебуваєте у компанії інших людей?					
16. Як часто під час розмови Ви помічаєте, що закінчуєте речення замість того, хто з Вами розмовляє, не дослухавши його до кінця?					
17. Як часто Вам буває важко очікувати свою чергу?					
18. Як часто Ви турбуєте інших, коли вони зайняті?					
Розділ Б					

Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4
16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

(Bezsheiko, 2016)

MIOS - F

Ця анкета запитує про досвід, який ви, можливо, пережили після дуже стресового досвіду, в якому:

- Ви **зробили щось (або не зробили чогось)**, що суперечило вашим моральним принципам або цінностям (наприклад, завдали комусь шкоди або не змогли захистити когось від шкоди), або
- Ви **бачили, як хтось** (або люди) зробили щось або не зробили щось, що суперечить вашим моральним принципам або цінностям (наприклад, ви стали свідком жорстокої поведінки), або
- **На вас безпосередньо вплинуло** те, що хтось зробив щось або не зробив щось, що суперечить вашим моральним принципам або цінностям (наприклад, **вас** зрадив той, кому ви довіряли).

1. Чи був у вас досвід (або досвід), описаний вище?

☐ Так.

☐ Ні →

стоп

Ви не зобов'язані заповнювати цю анкету.



Будь ласка, дайте відповіді на питання А-С, думаючи про найгіршу подію, яка зараз вас найбільше турбує. Це може бути один з наведених вище прикладів або інший дуже стресовий досвід, який суперечить вашим основним цінностям.

А. Чи була подія пов'язана з чимось, що ви зробили або не зробили?

☐ Так.

☐ Ні.

В. Чи передбачала подія спостереження за діями (або бездіяльністю) когось іншого?

☐ Так.

☐ Ні.

С. Чи була подія пов'язана з безпосереднім впливом дії (або бездіяльності) іншої людини (або людей)?

☐ Так.

☐ Ні.

Для подій, які мали кілька характеристик, який аспект був найгіршим (А, В або С) ___?

2. В якому році відбулася ця подія _____?

3. Чи була подія пов'язана з фактичною смертю або загрозою смерті, серйозними тілесними ушкодженнями чи сексуальним насильством?

☐ Так.

☐ Ні.

4. За останній місяць ви...

Так.
Ні.

А. Вам снилися кошмари про цю подію або ви думали про неї, коли не хотіли?

☐
☐

В. намагалися з усіх сил не думати про цю подію або уникали ситуацій, які нагадували вам про неї?

☐
☐

С. постійно насторожені, пильні або легко лякаєтесь?

☐
☐

Д. відчували оніміння або відчуженість від людей, діяльності чи оточення?

☐
☐

Е. відчували провину або були не в змозі припинити звинувачувати себе чи інших за подію(и) або будь-які проблеми, які вона могла спричинити?

☐
☐

5. Якщо вам зручно, коротко опишіть найгіршу подію:

Пам'ятаючи про цю найгіршу подію, прочитайте, будь ласка, кожне з цих тверджень і обведіть одну з цифр праворуч, яка вказує, наскільки ви згодні з цим твердженням протягом останнього місяця.

	Повністю не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Ні «згоден/-на», ні «не згоден/-на»	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь
1. Я звинувачую себе.	0	1	2	3	4
2. Я втратив/-ла віру в людство.	0	1	2	3	4
3. Люди зненавиділи б мене, якби знали по-справжньому.	0	1	2	3	4
4. Мені важко бачити добро в інших.	0	1	2	3	4
5. Люди не заслуговують на другий шанс.	0	1	2	3	4
6. Мені огидно те, що сталося.	0	1	2	3	4
7. Я відчуваю, що не заслуговую на хороше життя.	0	1	2	3	4
8. Я заважаю собі досягти успіху.	0	1	2	3	4
9. Вищої сили не існує.	0	1	2	3	4
10. Я втратив/-ла довіру до інших.	0	1	2	3	4
11. Я весь час злюся.	0	1	2	3	4
12. Я не така хороша людина, якою себе вважав/-ла.	0	1	2	3	4
13. Я втратив гордість за себе.	0	1	2	3	4
14. Я не можу бути чесним з іншими людьми.	0	1	2	3	4

Наскільки цей досвід ускладнив вашу роботу в кожній з наступних сфер? Обведіть одну цифру для кожного пункту нижче. Якщо якась сфера не стосується вас, обведіть "Н/В".

	Зовсім ні.		Дещо				Надзвичайно		
1. Романтичні стосунки з чоловіком/дружиною або партнером	0	1	2	3	4	5	6		Н/В
2. Стосунки з вашими дітьми	0	1	2	3	4	5	6		Н/В
3. Стосунки з іншими членами сім'ї	0	1	2	3	4	5	6		Н/В
4. Дружба чи спілкування	0	1	2	3	4	5	6		Н/В
5. Професійна (робота, освіта, навчання)	0	1	2	3	4	5	6		Н/В
6. Хобі та види відпочинку, якими ви займаєтесь наодинці.	0	1	2	3	4	5	6		Н/В
7. Хобі та види відпочинку, якими ви займаєтесь з іншими	0	1	2	3	4	5	6		Н/В
8. Релігійна віра/духовність	0	1	2	3	4	5	6		Н/В
9. Повсякденні справи, такі як робота по дому, доручення, фінанси, здоров'я	0	1	2	3	4	5	6		Н/В

КІНЕЦЬ ОЦІНКИ

(Litz et al., 2022)

ДЛЯ АДМІНІСТРАТОРІВ

MIOS-ІНСТРУКЦІЇ
V2.25EP22
28SEP22 11:33

ІНСТРУКЦІЯ ТА ПІДРАХУНОК БАЛІВ

Шкала наслідків

моральної травми (MIOS)

Загальна структура шкали

- Класифікація експозиції.** Перше питання - це дихотомічна відповідь "так/ні", щоб визначити, чи повинна особа заповнювати MIOS. **Особи, які відповідають "ні", не повинні заповнювати MIOS.** Наступні запитання на сторінці 1 визначають, який тип пережитої моральної травми є найбільш болючим на даний момент. Ці початкові запитання на сторінці 1 не оцінюються. Клінічна та скорочена версії MIOS не містять запитань, пов'язаних з датою та описом події.
- Опитувальник на ПТСР (необов'язково).** Опитувальник ПТСР для первинної медичної допомоги за DSM-5 (PCPTSD-5; Prins et al., 2016)*. Опитувальник клінічна та скорочена версії MIOS не містять цього розділу.
- Основні пункти MIOS.** Основна 14-пунктова шкала Лайкерта MIOS (див. нижче інформацію щодо підрахунку балів).
- Функціональні результати (за бажанням).** 9 пунктів шкали Лайкерта, що слідує за MIOS, базуються на Короткому опитувальнику психосоціального функціонування (B-IPF; Kleiman et al., 2020), з адаптованими/доповненими пунктами 5-9. Скорочена версія MIOS не містить цього розділу.

Масштабні версії

Залежно від потреб адміністраторів та контексту, були створені різні версії MIOП, щоб сприяти оптимальному збору даних. Кожна з версій завжди містить основні 14 пунктів MIO.

	Повна версія (F)	Клінічна (C)	Скорочена (A)
Класифікація впливу	Розширена класифікація потенційно морально травмуючого досвіду; включає дату та опис події	Лише класифікація потенційно морально травмуючого досвіду	Лише те, чи був пережитий досвід, який потенційно може завдати моральної шкоди
Скринінг на ПТСР	Так.	Ні.	Ні.
Ядро MIOS	ПОВНІ 14 НАЙМЕНУВАНЬ MIOS ЗАВЖДИ ВКЛЮЧЕНІ		
Функціональні результати	Так.	Так.	Ні.

Підрахунок балів Інструкція з обробки MIOS:

MIOS з 14 пунктів складається з двох підшкал, а бали за шкалами індексуються за сумою балів за кожним пунктом наступним чином:

Підшкала 1: Наслідки, пов'язані з соромом - пункти 1, 3, 7, 8, 12, 13, 14 [діапазон 0-28].

Підшкала 2: Наслідки, пов'язані з порушенням довіри - пункти 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11 [діапазон 0-28].

Загальна оцінка: Всі пункти [діапазон 0-56] Вищі бали свідчать про більший рівень поточної моральної травми. Наразі не існує запропонованих категорій оцінювання чи порогових значень.

Інструкція з оцінювання функціональних результатів:

Опитувальник функціональних результатів, що складається з 9 пунктів, адаптований з Короткого опитувальника психосоціального функціонування (B-IPF). Відповіді на ці пункти можуть розглядатися незалежно для клінічних цілей. Деякі пункти можуть бути непридатними для різних осіб. Загальне враження про функціональні порушення можна отримати шляхом підрахунку наступних показників:

- Підсумуйте відповіді за всіма пунктами, на які ви відповідали.
- Розділіть на загальну кількість відповідей на запитання.
- Помножити на 10. [діапазон 0-60]

Більш високі показники вказують на більше функціональне порушення. Наразі немає запропонованих категорій чи відсікань.

(Litz et al., 2022)

Додаток Д

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДОРΟΣЛИХ із РДУГ – 29: (AAQoL-29)

Наступні запитання стосуються того, як РДУГ вплинув на ваше життя за останні 2 тижні. Для кожного елемента оцініть ступінь або частоту, з якою ви вважаєте кожне питання якості життя неприємним або проблематичним. Будь ласка, дайте відповідь на кожне запитання, поставивши X у полі (□) для відповіді. Правильних чи неправильних відповідей немає.

ІМ'Я ПАЦІЄНТА:

СЬОГОДНІШНЯ ДАТА:

Наскільки важко вам було протягом останніх 2 тижнів:	Зовсім ні	Трохи	Дещо	Дуже	Надзвичайно
1. Утримувати будинок/квартиру в чистоті або без захаращення	□1	□2	□3	□4	□5
2. Керувати своїми фінансами, наприклад переводити чеки, збалансування чекової книжки, своєчасна оплата рахунків	□1	□2	□3	□4	□5
3. Пам'ятати про важливі речі	□1	□2	□3	□4	□5
4. Робити покупки (наприклад, їжі, одягу, або побутові речі)	□1	□2	□3	□4	□5
5. Бути уважними під час взаємодії з іншими	□1	□2	□3	□4	□5
Протягом останніх 2 тижнів, як часто ви відчували:					
6. Перевантажений	□1	□2	□3	□4	□5
7. Тривожний	□1	□2	□3	□4	□5
8. Депресивний/пригнічений	□1	□2	□3	□4	□5
9. Ви не змогли виправдати очікування інших (вдома, на роботі)	□1	□2	□3	□4	□5
10. Ви дратували людей	□1	□2	□3	□4	□5
11. Виконання завдань вимагає занадто багато зусиль	□1	□2	□3	□4	□5
12. Люди розчаровані вами	□1	□2	□3	□4	□5
13. Ви надмірно відреагували на важкі або стресові ситуації	□1	□2	□3	□4	□5
14. Ваша енергія витрачається з користю (має позитивні результати)	□1	□2	□3	□4	□5
15. Здатний насолоджуватися часом, проведенням з іншими	□1	□2	□3	□4	□5
16. Ви вмієте успішно керувати своїм життям	□1	□2	□3	□4	□5
17. Настільки продуктивні, скільки б вам хотілося	□1	□2	□3	□4	□5
Протягом останніх 2 тижнів, наскільки вас турбували/турбували:					
18. Напруженість у стосунках	□1	□2	□3	□4	□5
19. Відсутність якісного часу для спілкування з іншими	□1	□2	□3	□4	□5
20. Почуття втоми	□1	□2	□3	□4	□5
21. Коливання (підйоми та падіння) ваших емоцій	□1	□2	□3	□4	□5
Протягом останніх 2 тижнів, наскільки проблемою для вас було:					
22. Виконувати проекти або завдання (на роботі або по дому)	□1	□2	□3	□4	□5
23. Починати із завдань, які вам не цікаві	□1	□2	□3	□4	□5
24. Балансувати кілька проектів водночас	□1	□2	□3	□4	□5
25. Виконувати справи вчасно	□1	□2	□3	□4	□5
26. Відстежувати важливі предмети (наприклад, ключі, гаманець,)	□1	□2	□3	□4	□5
Протягом останніх 2 тижнів, як часто ви відчували:					
27. Думали добре про себе	□1	□2	□3	□4	□5
28. Людям подобається проводити з вами час	□1	□2	□3	□4	□5
29. Ваші особисті стосунки розвиваються емоційно добре	□1	□2	□3	□4	□5

(Brod et al, 2015)

Додаток Е

Результати методики ASRS v.1.1., n=56

№ з/сп	Всього балів ASRS	Шкала неуважності	Шкала гіперактивності	Гіперактивна /імпульсивна підшкала (моторна)	Гіперактивна /імпульсивна підшкала (вербальна)
3	3	2	1	0	1
11	3	2	1	1	0
12	0	0	0	0	0
17	9	6	3	2	1
18	9	3	6	4	2
19	6	3	3	0	3
20	4	3	1	0	1
21	3	3	0	0	0
26	5	3	2	1	1
27	3	2	0	1	0
30	6	3	3	2	1
33	0	0	0	0	0
34	7	6	1	0	1
35	7	5	2	0	2
37	7	4	2	1	2
42	9	7	2	0	2
45	4	4	0	0	0
47	1	0	1	1	0
49	9	4	4	3	2
54	5	0	5	3	2
56	8	4	3	2	2
1	16	8	7	4	4
2	16	9	6	3	4
4	9	6	3	2	1
5	15	7	7	5	3
6	16	9	7	4	3
7	12	7	4	3	2
8	16	9	6	5	2
9	18	9	8	5	4
10	12	8	3	2	2
13	9	7	2	1	1
15	16	8	7	4	4
15	13	8	4	2	3
16	15	7	7	4	3
22	13	9	4	2	2
23	17	8	8	5	4
24	15	9	5	3	3
25	12	7	4	3	2
28	16	9	6	4	3
29	12	7	4	4	1
31	10	7	2	3	0
32	12	8	4	3	1
36	15	8	7	4	3
38	12	7	5	4	1
39	9	5	4	2	2
40	10	9	1	1	0
41	11	6	4	4	1
43	12	5	6	3	4
44	10	5	4	1	4
46	12	9	3	1	2
48	16	8	8	4	4
50	15	8	5	3	3
51	17	8	8	5	4
52	16	9	6	5	2
53	16	9	7	3	4
55	15	8	6	3	4

Додаток Ж

Результати методики PCL-5, n=56

№ з/сп	Симптоми інтрузії	Симптоми уникнення	Негативні думки та емоції	Симптоми надмірної реактивності	Загальний бал
3	11	7	16	11	45
11	5	0	8	9	22
12	3	0	6	2	11
17	12	5	17	15	49
18	11	1	4	1	17
19	3	0	3	9	15
20	16	8	20	16	60
21	6	0	2	3	11
26	10	7	19	9	45
27	16	3	19	16	54
30	10	0	12	7	29
33	16	8	20	6	50
34	9	3	12	5	29
35	12	5	23	16	56
37	18	8	28	24	78
42	4	3	15	8	30
45	4	2	11	4	21
47	8	5	2	1	16
49	11	2	16	11	40
54	8	2	8	7	25
56	7	5	16	10	38
1	10	7	15	13	44
2	17	7	23	18	65
4	7	4	23	20	54
5	16	5	20	22	63
6	8	5	18	11	42
7	15	3	22	18	57
8	15	8	27	21	71
9	8	3	21	17	49
10	16	6	18	10	50
13	6	6	15	8	34
15	10	6	9	11	36
15	3	0	5	13	21
16	16	8	25	22	71
22	11	8	20	17	56
23	17	6	26	19	68
24	15	7	19	16	56
25	9	8	9	12	38
28	15	8	27	22	71
29	16	6	16	15	52
31	6	2	11	9	28
32	9	7	23	15	54
36	15	8	19	18	59
38	11	3	15	9	37
39	15	3	22	13	52
40	13	6	21	15	54
41	9	7	21	18	55
43	13	6	22	15	56
44	10	0	21	18	49
46	16	7	20	15	58
48	12	6	21	22	61
50	11	3	12	15	41
51	15	5	18	17	54
52	15	5	17	15	51
53	9	6	15	15	44
55	1	0	1	3	5

Додаток 3

Результати методики MIOS, n=56

№ з/сп	Наслідки, пов'язані з соромом	Наслідки, пов'язані з порушенням довіри	Загальний бал	(B-IPF)
3	9	17	26	38
11	3	0	3	10
12	8	9	17	15
17	12	10	22	10
18	2	8	10	0
19	1	1	2	1
20	12	12	24	19
21	0	3	3	5
26	8	11	19	37
27	18	18	36	25
30	11	10	21	39
33	2	10	12	0
34	16	13	29	30
35	17	21	38	40
37	28	28	56	60
42	13	6	19	12
45	0	6	6	10
47	1	16	17	20
49	11	16	27	13
54	3	11	15	4
56	15	13	28	37
1	9	10	19	29
2	19	20	39	47
4	10	8	18	38
5	25	20	45	46
6	18	17	35	26
7	23	20	43	56
8	22	28	50	18
9	9	13	22	10
10	18	17	35	60
13	17	8	25	18
15	6	15	21	12
15	7	23	30	10
16	22	24	46	42
22	4	12	16	30
23	25	18	43	58
24	17	20	37	39
25	12	16	28	33
28	24	18	42	58
29	5	11	16	33
31	9	10	19	30
32	16	16	32	21
36	13	20	33	51
38	11	19	30	17
39	20	17	37	42
40	11	12	23	21
41	4	15	19	37
43	23	21	44	23
44	11	8	19	1
46	11	17	28	23
48	13	8	21	37
50	7	13	20	33
51	19	8	27	34
52	7	12	19	44
53	23	13	36	9
55	5	3	8	0

Результати методики AAQoL-29, n=56

№ з/сп	Продуктивність життя	Психологічне здоров'я	Життєвий прогноз	Стосунки	Всього ЯЖ
3	1000	325	250	425	1950
11	625	300	325	375	1550
12	800	350	150	300	1575
17	600	175	150	325	1200
18	1000	525	425	550	2450
19	875	500	525	425	2250
20	575	350	300	275	1575
21	675	600	650	575	2400
26	725	350	300	450	1825
27	575	100	75	300	1050
30	525	300	450	325	1550
33	1075	575	475	500	2575
34	600	250	50	400	1300
35	400	250	325	325	1225
37	100	0	0	300	400
42	550	450	75	375	1550
45	875	475	425	500	2200
47	1100	350	275	525	2225
49	600	350	275	450	1625
54	875	350	250	400	1850
56	775	125	100	300	1300
1	325	175	350	275	1100
2	100	75	75	175	425
4	675	425	275	475	1800
5	200	0	275	275	675
6	425	150	175	150	900
7	225	75	150	25	475
8	250	100	175	250	775
9	225	225	300	200	925
10	400	50	350	350	1050
13	600	375	200	500	1650
15	600	400	600	450	2000
15	25	225	225	475	850
16	425	125	125	225	900
22	225	50	225	125	600
23	225	175	25	50	475
24	150	100	50	150	450
25	400	125	550	500	1575
28	0	25	75	125	225
29	350	125	250	300	975
31	725	450	375	400	1900
32	225	150	100	250	725
36	200	275	200	450	1075
38	575	250	225	375	1375
39	500	125	200	400	1175
40	375	150	225	475	1200
41	850	200	200	375	1625
43	525	100	425	200	1250
44	625	250	25	350	1250
46	325	175	150	275	875
48	150	100	275	275	750
50	425	225	225	425	1275
51	300	100	175	225	775
52	325	175	300	325	1100
53	200	275	275	400	1075
55	300	600	300	475	1625

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов, Д. (2020). ПТСР пов'язаний зі структурними порушеннями нейронних зв'язків між правим та лівим гіпокампом. Психосоматична медицина та загальна практика, 5(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v5i1.234>
2. Василюк, О. П. (2014). Теоретико-методологічний аналіз поняття травматична пам'ять з позиції когнітивного підходу. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені ГС Сковороди. Психологія, (48), 29-36. http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psychol_2014_48_6.
3. Вдовіченко О.В. (2023). Психотерапевтичні підходи в подоланні посттравматичного стресу. Габітус, (47), 100–104. http://nbuv.gov.ua/UJRN/vknuppcr_2013_1_5.
4. Вірна, Ж.П. (2016) Психологія особистісної події: навчальний посібник. Луцьк, Вежа-Друк., 148. <https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/20775>
5. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» & USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я». (2024). Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги. Gradus Research Company. <https://gradus.app/uk/open-reports/mental-health-and-attitudes-ukrainians-towards-psychological-assistance-during-war/>
6. Горбунова, В. В. (2015). Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії, 26. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/9833>
7. Дзюба, Т. М. (2017). Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: особливості і наслідки. Особистість, суспільство, закон: психологічні проблеми та шляхи їх розв'язання, 27. <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/7666>
8. Дьоміна, Г. (2024). Особливості зв'язків віку та специфіки симптомів РДУГ: аналіз досліджень. *Перспективи та інновації науки*, (4 (38)). [http://dx.doi.org/10.52058/2786-4952-2024-4\(38\)-880-890](http://dx.doi.org/10.52058/2786-4952-2024-4(38)-880-890)

9. Засєкіна, Л. В. (2012). Психолінгвістична реорганізація травматичної пам'яті з перспективи психічного здоров'я особистості. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, (1). http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_1_32.

10. Ільницька, Т. Ю. (2017). Роль розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю у преморбіді при психічній травмі. Архів психіатрії, (23, № 1), 63-64. http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2017_23_1_14.

11. Ільницька, Т. Ю., Марценковський, І. А., & Булахова, Л. О. (2016). Гіперкінетичний розлад у дорослих як можлива причина соціальної дезадаптації. *Архів психіатрії*, (22, № 4), 34-37. http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_4_8.

12. Ільницька, Т. Ю. (2018). Клінічні особливості посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій з гіперкінетичним розладом у преморбіді [дис. канд. мед. наук]. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. <https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2022/07/dysertacziya-ilnyczka-klinichni-osoblyvosti-posttravmatychnogo-stresovogo-rozladu-v-uchasnykiv-bojovyh-dij-z-giperkinetychnym-rozladom.pdf>.

13. Кісарчук, З. Г., Омельченко, Я. М., Лазос, Г., Литвиненко, Л. І., & Царенко, Л. Г. (2015). Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. *Логос*. <https://library.megu.edu.ua:9443/jspui/handle/123456789/2108>

14. Коваленко, В. М. (2024). Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь у механізмах причинно-наслідкового зв'язку посттравматичного стресового розладу з метаболічним синдромом як потенційна мішень фармакотерапії. *Фармакологія та лікарська токсикологія*, 18(1), 29–42. <https://doi.org/10.33250/18.01.029>

15. Козігора, М. (2021). Поняття тривалого травматичного стресу та контексти його застосування. 17-25. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-2>.

16. Козігора, М. А. (2022). Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Scientific Bulletin of Kherson State University Series Psychological Sciences*, (2), 20–27. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-3>.
17. Колесніченко, О. С. (2018). Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців Національної гвардії України: монографія. Харків: ФОП Бровін О. В. 488. <https://irbis-nbuv.gov.ua/publ/REF-0000736177>.
18. Корольчук О.Л. (2016) Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. *Інвестиції: практика та досвід : наук.-практ. журн.* 104-111. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-6>.
19. Лазос, Г. П. (2016). Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. *Актуальні проблеми психології*, 1(45), 120-128. <http://www.apppsychology.org.ua/data/jrn/v1/i45/23.pdf>.
20. Ляшко, В. (2022). Вплив війни на психічне здоров'я — колосальний. Кабінет Міністрів України. Міністерство охорони здоров'я України. <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorovya-kolosalnij-viktor-lyashko>
21. Мащак, С. О., Вихор, М. Б. (2023). Особливості впливу стресу на психічне здоров'я військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (3), 18-22. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.3>.
22. Моргун, В.Ф. Превентивно-профілактичний психологічний супровід професійної орієнтації на основі багатовимірної теорії особистості. *Психологічні перспективи*. 2010. Вип. 16. С. 205-216. <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/dspace.pdpu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1183>.
23. Москаленко, В. В. (2024). Ідентичність як чинник зростання особистості в умовах травматичної ситуації. 247. <http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/39465>.

24. Москаленко, О. В. (2024). Психотравмувальна ситуація: види, ознаки, особливості переживання. Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія, (1), 111-115. <https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/issue/view/23/23>.
25. Пінас, Н., Грись, А. (2024). Соціально-психологічні чинники адаптації осіб дорослого віку із РДУГ. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, (1(62), 15-24. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.1.3>.
26. Помилуйко, В. Ю. (2016). Характеристика вікових стадій дорослості з урахуванням можливостей розвитку ключових компетентностей особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, (5 (2)), 50-55. http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2016_5%282%29__11.
27. Процик, Л. С. (2022). Особливості травмуючих ситуацій та їх психологічні наслідки. National pedagogical Drahomanov university, 82. https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/37504/gum_45.pdf.
28. Сандал, О. С. (2021). Психотравмувальні події як чинник травматичного досвіду особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки», (2), 49-62. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-6>.
29. Семенова, Ю. С. (2012). Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. Вісник національної академії Державної прикордонної служби України, (5). http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_48.
30. Слупська А., Засекіна Л. (2023) Психологічні особливості переживання травматичного досвіду дорослими із РДУГ., Актуальні проблеми розвитку природничих та гуманітарних наук: збірник матеріалів VII Міжнар. наук. практ. конф.(10 листопада 2023р.), 567–569 с.
31. Титаренко Т. М. (2020) Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 160 с. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/724758/>

32. Франкова, І., Чабан, О., Бурлака, О., Лагутіна, С., Федотова, З. (2019). Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 4(3), <https://doi.org/10.26766/pmgp.v4i3-4.214>.
33. Acheson, D.T., Geyer, M.A., Risbrough, V.B. (2014). Psychophysiology in the Study of Psychological Trauma: Where Are We Now and Where Do We Need to Be? In: Kumari, V., Bob, P., Boutros, N. (eds) *Electrophysiology and Psychophysiology in Psychiatry and Psychopharmacology. Current Topics in Behavioral Neurosciences*, vol 21. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/7854_2014_346
34. Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T. C., Bolea, B., Coghill, D., ... & Young, S. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC psychiatry*, 13, 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-59>. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-59>.
35. Adams, Z., Adams, T., Stauffacher, K., Mandel, H., & Wang, Z. (2020). The Effects of Inattentiveness and Hyperactivity on Posttraumatic Stress Symptoms: Does a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Matter? *Journal of attention disorders*, 24(9), 1246–1254. <https://doi.org/10.1177/1087054715580846>
36. Adler, L. A., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Berglund, P., Alperin, S., & Kessler, R. C. (2017). The structure of adult ADHD. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(1). <https://doi.org/10.1002/mpr.1555>.
37. Aduen, P. A., Kofler, M. J., Cox, D. J., Sarver, D. E., & Lunsford, E. (2015). Motor vehicle driving in high incidence psychiatric disability: comparison of drivers with ADHD, depression, and no known psychopathology. *Journal of psychiatric research*, 64, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.009>.
38. Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2018). Young adult mental health and functional outcomes among individuals with remitted, persistent and late-onset ADHD. *The British Journal of Psychiatry*, 213(3), 526–534. doi:10.1192/bjp.2018.97.

39. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
40. Antshel, K. M., Kaul, P., Biederman, J., Spencer, T. J., Hier, B. O., Hendricks, K., Faraone, S. V. (2013). Posttraumatic stress disorder in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical features and familial transmission. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(3), 197–204. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07698>.
41. Arnett, J. J. (2023). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197695937.001.0001>.
42. Arnett, J. J., Žukauskienė, R., Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7).
43. Banerjee, S. B., Morrison, F. G., & Ressler, K. J. (2017). Genetic approaches for the study of PTSD: Advances and challenges. *Neuroscience letters*, 649, 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.02.058>
44. Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, 131(4), 637–644. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2354>.
45. Barkley, R. A. (2012). *Executive Functions: What They Are, How They Work, and Why They Evolved*. New York: Guilford Press. 244. <https://doi.org/10.5860/choice.50-2366>.
46. Barkley, R. A. (2021). *Taking charge of adult ADHD: proven strategies to succeed at work, at home, and in relationships*. Guilford Publications.294. <https://doi.org/10.1177/1087054710396035>.
47. Barr, S. (2022). *Treating Complex Trauma in Emerging Adults: A Developmentally Adapted Intervention*. <https://commons.pacificu.edu/work/sc/079b7a0e-5304-4813-aa41-de8951c0b72c>.

48. Bennett, C. M., Baird, A. A. (2006). Anatomical changes in the emerging adult brain: A voxel-based morphometry study. *Human Brain Mapping*, 27(9), 766-777. <https://doi.org/10.1002/hbm.20218>.
49. Berliner, L., Forbes, D., Foa, E. B., Monson, C. M., & Bisson, J. I. (2020). *Effective Treatments for PTSD, Third Edition: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Publications. <https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/136007>.
50. Bezsheiko, V. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 1(1). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>.
51. Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour research and therapy*, 34(8), 669–673. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00033-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00033-2)
52. Block, S. R., & Liberzon, I. (2016). Attentional processes in posttraumatic stress disorder and the associated changes in neural functioning. *Experimental neurology*, 284, 153-167. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.05.009>
53. Bloom, S. L. (2013). *Creating Sanctuary*. Routledge. 306. <https://doi.org/10.4324/9780203569146>.
54. Boals, A. (2018). Trauma in the eye of the beholder: Objective and subjective definitions of trauma. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 77. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/int0000050>.
55. Brattberg, G. (2006). PTSD and ADHD: underlying factors in many cases of burnout. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 22(5), 305-313. <https://doi.org/10.1002/smi.1112>.
56. Brewin, C. R. (2015). Re-experiencing traumatic events in PTSD: New avenues in research on intrusive memories and flashbacks. *European journal of psychotraumatology*, 6(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27180>.
57. Brod, M., Adler, L. A., Lipsius, S., Tanaka, Y., Heinloth, A. N., Upadhyaya, H. (2015). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder

quality-of-life scale in European patients: comparison with patients from the USA. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 7(2), 141–150. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0160-z>.

58. Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and quality of life outcomes*, 10, 47. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-47>.

59. Bryan, C. J., Bryan, A. O., Roberge, E., Leifker, F. R., Rozek, D. C. (2018). Moral injury, posttraumatic stress disorder, and suicidal behavior among National Guard personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 36–45. doi:10.1037/tra0000290.

60. Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World psychiatry*, 18(3), 259-269. <https://doi.org/10.1002/wps.20656>.

61. Bryant, R. A. (2021). Models of PTSD. Treating PTSD in first responders: A guide for serving those who serve. American Psychological Association. 29-45. <https://doi.org/10.1037/0000255-004>.

62. Busch, F. N., Milrod, B. L. (2018). Trauma-Focused Psychodynamic Psychotherapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.01.005>.

63. Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2012). *Posttraumatic Growth in Clinical Practice* (1st ed.). Routledge. 184. <https://doi.org/10.4324/9780203629048>

64. Christopher, M. (2004). A broader view of trauma: A biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical psychology review*, 24(1), 75-98. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.12.003>.

65. Crespo, M., Fernández-Lansac, V. (2016). Memory and narrative of traumatic events: A literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(2), 149–156. <https://doi.org/10.1037/tra0000041>.

66. Dehili, V. M., Prevatt, F., & Coffman, T. P. (2017). An Analysis of the Barkley Deficits in Executive Functioning Scale in a College Population: Does It Predict Symptoms of ADHD Better Than a Visual-Search Task? *Journal of attention disorders*, 21(7), 567–574. <https://doi.org/10.1177/1087054713498932>.
67. Dell, L. Jones, K. Madden, K. Murray, K. & Phelps, A. (2021). Moral Injury Outcome Scale (MIOS) Study. Report prepared for the Department of Veterans' Affairs. Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health: Melbourne. 33.
68. Dennis, P. A., Watkins, L. L., Calhoun, P. S., Oddone, A., Sherwood, A., Dennis, M. F., Rissling, M. B., Beckham, J. C. (2014). Posttraumatic stress, heart rate variability, and the mediating role of behavioral health risks. *Psychosomatic medicine*, 76(8), 629–637. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000110>.
69. Duncan, L. E., Ratanatharathorn, A., Aiello, A. E., Almli, L. M., Amstadter, A. B., Ashley-Koch, A. E., ... & Koenen, K. C. (2018). Largest GWAS of PTSD (N= 20 070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability. *Molecular psychiatry*, 23(3), 666-673. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.77>.
70. Eagle, G., & Kaminer, D. (2013). Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 85. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032485>.
71. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2008). Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments. *Nordic journal of psychiatry*, 62 Suppl 47(Suppl 47), 11–18. <https://doi.org/10.1080/08039480802315608>.
72. Faraone, S. V., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F., & Newcorn, J. H. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder - implications for clinical recognition and intervention. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(2), 133–150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>.
73. Forbes, D., Nickerson, A., Bryant, R. A., Creamer, M., Silove, D., McFarlane, A. C., Van Hooff, M., Phelps, A., Felmingham, K. L., Malhi, G. S., Steel, Z., Fredrickson, J., Alkemade, N., & O'Donnell, M. (2019). The impact of post-

traumatic stress disorder symptomatology on quality of life: The sentinel experience of anger, hypervigilance and restricted affect. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 53(4), 336–349. <https://doi.org/10.1177/0004867418772917>.

74. Ford, J. D., Grasso, D. J., Elhai, J. D., & Courtois, C. A. (2015). *Posttraumatic stress disorder: Scientific and professional dimensions* (2nd ed.). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2013-0-19408-1>.

75. Ford, J. D., & Connor, D. F. (2009). ADHD and posttraumatic stress disorder. *Current Attention Disorders Reports*, 1(2), 60–66. <https://doi.org/10.1007/s12618-009-0009-0>.

76. Galéra, C., Côté, S. M., Bouvard, M. P., Pingault, J. B., Melchior, M., Michel, G., Boivin, M., & Tremblay, R. E. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of general psychiatry*, 68(12), 1267–1275. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.138>.

77. Ginapp, C. M., Macdonald-Gagnon, G., Angarita, G. A., Bold, K. W., & Potenza, M. N. (2022). The lived experiences of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A rapid review of qualitative evidence. *Frontiers in psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.949321>.

78. Green, A. L., & Rabiner, D. L. (2012). What do we really know about ADHD in college students? *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 9(3), 559–568. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0127-8>.

79. Greene, T. (2021). The dynamic interactions of PTSD symptoms in daily life. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 2. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1866413>.

80. Griffin, B. J., Purcell, N., Burkman, K., Litz, B. T., Bryan, C. J., Schmitz, M., Villierme, C., Walsh, J., & Maguen, S. (2019). Moral injury: An integrative review. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 350–362. <https://doi.org/10.1002/jts.22362>.

81. Gutner, C. A., Pineles, S. L., Griffin, M. G., Bauer, M. R., Weierich, M. R., & Resick, P. A. (2010). Physiological predictors of posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 23*(6), 775–784. <https://doi.org/10.1002/jts.20582>.
82. Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: two experimental analogue studies. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 33*(2), 73–89. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(02\)00014-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(02)00014-9).
83. Hanson, J. A., Haub, M. D., Walker, J. J., Johnston, D. T., Goff, B. S., & Dretsch, M. N. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder subtypes and their relation to cognitive functioning, mood states, and combat stress symptomatology in deploying U.S. soldiers. *Military medicine, 177*(6), 655–662. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-11-00340>.
84. Hansson Halleröd, S. L., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Hansson Scherman, M. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study. *BMC psychiatry, 15*, 31. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0410-4>.
85. Harrington, K. M., Miller, M. W., Wolf, E. J., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., & Ofrat, S. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive psychiatry, 53*(6), 679–690. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.001>.
86. Heim, C., Schultebraucks, K., Marmar, C. R., & Nemeroff, C. B. (2018). Neurobiological pathways involved in fear, stress, and PTSD. *Post-traumatic stress disorder, 331*-352. <https://doi.org/10.1093/med/9780190259440.003.0019>.
87. Hendrickson, R. C., & Raskind, M. A. (2016). Noradrenergic dysregulation in the pathophysiology of PTSD. *Experimental neurology, 284*(Pt B), 181–195. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.05.014>.
88. Herman, J. (2015). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. Basic Books, 326. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.4.455>.

89. Hordovska, T. (2021). The construct of moral trauma and its conceptual content. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series Psychological Sciences*, (4), 7–16. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-1>.
90. Horowitz, M. J. (2011). *Stress response syndromes: PTSD, grief, adjustment, and dissociative disorders*. Rowman & Littlefield. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200060>.
91. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245–256. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002892>.
92. Kiatrungrit, K., Putthisri, S., Hongsaungsri, S., Wisajan, P., & Jullagate, S. (2017). Validity and Reliability of Adult ADHD Self-Report Scale Thai Version (ASRS-V1.1 TH). *Shanghai archives of psychiatry*, 29(4), 218–227. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.217021>.
93. Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychological medicine*, 37(2), 181–192. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009019>.
94. Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balazs, J., ... & Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry*, 56(1), 14-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>.
95. Kupnicka, Z., Poraj, G., & Kaźmierski, J. (2017). Adult ADHD—diagnosis, causes and outcomes. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(3), 195. <http://dx.doi.org/10.15557/PiPK.2017.0023>.
96. Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2009). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease*. Cambridge University Press. 77-87. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511777042>.

97. Lehrner, A., & Yehuda, R. (2018). Cultural trauma and epigenetic inheritance. *Development and psychopathology*, 30(5), 1763-1777. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001153>.
98. Lehrner, A., Daskalakis, N., & Yehuda, R. (2016). Cortisol and the hypothalamic–pituitary–adrenal axis in PTSD. *Posttraumatic Stress Disorder*, 265-290. <https://doi.org/10.1002/9781118356142.ch11>.
99. Levi, O. (2019). The role of hope in psychodynamic therapy (PDT) for complex PTSD (C-PTSD). *Journal of Social Work Practice*, 34(3), 237–248. <https://doi.org/10.1080/02650533.2019.1648246>.
100. Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory*. North Atlantic Books., 206. <https://doi.org/10.1002/9781583949955>.
101. Litz, B. T., Plouffe, R. A., Nazarov, A., Murphy, D., Phelps, A., Coady, A., Houle, S. A., Dell, L., Frankfurt, S., Zerach, G., Levi-Belz, Y., & Moral Injury Outcome Scale Consortium (2022). Defining and Assessing the Syndrome of Moral Injury: Initial Findings of the Moral Injury Outcome Scale Consortium. *Frontiers in psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.923928>.
102. Ljung, T., Chen, Q., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2014). Common etiological factors of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behavior: a population-based study in Sweden. *JAMA psychiatry*, 71(8), 958–964. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.363>.
103. Maguire, D., Watt, J., Armour, C., Milanak, M., Lagdon, S., Lamont, J. V., Kurth, M. J., Fitzgerald, P., Moore, T., & Ruddock, M. W. (2021). Post-traumatic stress disorder: A biopsychosocial case-control study investigating peripheral blood protein biomarkers. *Biomarkers in Neuropsychiatry*, 5, 8. <https://doi.org/10.1016/j.bionps.2021.100042>.
104. Martsenkovskiy, D., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Bondjers, K., Fox, R., Karatzias, T., ... Hyland, P. (2024). Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry*, 67(1), 27. <http://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>.

105. Mary, A., Dayan, J., Leone, G., Postel, C., Fraisse, F., Malle, C., ... Gagnepain, P. (2020). Resilience after trauma: The role of memory suppression. *Science*, 367(6479), 734. <https://doi.org/10.1126/science.aay8477>.
106. Masuch, T. V., Bea, M., Alm, B., Deibler, P., & Sobanski, E. (2019). Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 11(2), 211–220. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0274-9>.
107. Maul, S., Giegling, I., Fabbri, C., Corponi, F., Serretti, A., & Rujescu, D. (2020). Genetics of resilience: Implications from genome-wide association studies and candidate genes of the stress response system in posttraumatic stress disorder and depression. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, 183(2), 77–94. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32763>.
108. McCarthy, S., Asherson, P., Coghill, D., Hollis, C., Murray, M., Potts, L., ... Wong, I. C. (2009). Attention-deficit hyperactivity disorder: treatment discontinuation in adolescents and young adults. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 273-277. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045245>.
109. Merkel, R. L., Nichols, J. Q., Fellers, J. C., Hidalgo, P., Martinez, L. A., Putziger, I., Burket, R. C., & Cox, D. J. (2016). Comparison of On-Road Driving Between Young Adults with and Without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 260-269. <https://doi.org/10.1177/1087054712473832>.
110. Nemeroff, C. B., & Marmar, C. (2018). *Post-Traumatic Stress Disorder*. Oxford University Press. 840. <https://doi.org/10.1093/med/9780190259440.001.0001>.
111. Newport, D. J., & Nemeroff, C. B. (2000). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Current opinion in neurobiology*, 10(2), 211-218. [https://doi.org/10.1016/s0959-4388\(00\)00080-5](https://doi.org/10.1016/s0959-4388(00)00080-5).
112. Nuttman-Shwartz, O., & Shoval-Zuckerman, Y. (2016). Continuous traumatic situations in the face of ongoing political violence: The relationship between CTS and PTSD. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5), 562-570. <https://doi.org/10.1177/1524838015585316>.

113. O'Donnell, M. L., Schaefer, I., Varker, T., Kartal, D., Forbes, D., Bryant, R. A., ... Steel, Z. (2017). A systematic review of person-centered approaches to investigating patterns of trauma exposure. *Clinical psychology review*, 57, 208-225. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.009>.
114. Onnink, A. M., Zwiers, M. P., Hoogman, M., Mostert, J. C., Dammers, J., Kan, C. C., Vasquez, A. A., Schene, A. H., Buitelaar, J., & Franke, B. (2015). Deviant white matter structure in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder points to aberrant myelination and affects neuropsychological performance. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 63, 14–22. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2015.04.008>.
115. Onnink, A. M., Zwiers, M. P., Hoogman, M., Mostert, J. C., Kan, C. C., Buitelaar, J., & Franke, B. (2014). Brain alterations in adult ADHD: effects of gender, treatment and comorbid depression. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 24(3), 397–409. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.11.011>.
116. Orr, S. P., Metzger, L. J., & Pitman, R. K. (2002). Psychophysiology of post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 25(2), 271–293. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(01\)00007-7](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(01)00007-7).
117. Pallanti, S., Salerno, L. (2020). Adult ADHD in Trauma- and Stressor-Related Disorders. In: *The Burden of Adult ADHD in Comorbid Psychiatric and Neurological Disorders*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39051-8_13.
118. Pan, X., Wang, Z., Wu, X., Wen, S. W., & Liu, A. (2018). Salivary cortisol in post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1910-9>.
119. Papazoglou, K. (2017). Examining the Psychophysiological Efficacy of CBT Treatment for First Responders Diagnosed With PTSD: An Understudied Topic. *Sage Open*, 7(3). <https://doi.org/10.1177/2158244017729407>.
120. Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castelao, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-

traumatic stress disorder, in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(3), 447–457. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0762-3>.

121. Piefke, M., Pestinger, M., Arin, T., Kohl, B., Kastrau, F., Schnitker, R., ... & Flatten, G. (2008). The neurofunctional mechanisms of traumatic and non-traumatic memory in patients with acute PTSD following accident trauma. *Neurocase*, 13(5-6), 342-357. <https://doi.org/10.1080/13554790701851494>.

122. Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(11), 769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>.

123. Powers, A., Etkin, A., Gyurak, A., Bradley, B., & Jovanovic, T. (2015). Associations Between Childhood Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Implicit Emotion Regulation Deficits: Evidence From a Low-Income, Inner-City Population. *Psychiatry*, 78(3), 251–264. <https://doi.org/10.1080/00332747.2015.1069656>.

124. Quintero, J., Morales, I., Vera, R., Zuluaga, P., & Fernández, A. (2019). The Impact of Adult ADHD in the Quality of Life Profile. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 1007-1016. <https://doi.org/10.1177/1087054717733046>.

125. Reimherr, F. W., Roesler, M., Marchant, B. K., Gift, T. E., Retz, W., Philipp-Wiegmann, F., & Reimherr, M. L. (2020). Types of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Replication Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(2), 19. <https://doi.org/10.4088/JCP.19m13077>.

126. Ressler, K. J., Berretta, S., Bolshakov, V. Y., Rosso, I. M., Meloni, E. G., Rauch, S. L., & Carlezon, W. A., Jr (2022). Post-traumatic stress disorder: clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nature reviews. Neurology*, 18(5), 273–288. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00635-8>.

127. Rosenbloom, T., Wultz, B. (2011). Thirty-day self-reported risky driving behaviors of ADHD and non-ADHD drivers. *Accident; analysis and prevention*, 43(1), 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.08.002>.

128. Sadeghi, M., Sasangohar, F., McDonald, A. D., & Hegde, S. (2022). Understanding Heart Rate Reactions to Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Among Veterans: A Naturalistic Study. *Human factors*, 64(1), 173–187.
<https://doi.org/10.1177/00187208211034024>.

129. Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *New England journal of medicine*, 376(25), 2459–2469.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1056/NEJMr1612499>.

130. Sharma, A., & Couture, J. (2014). A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Annals of pharmacotherapy*, 48(2), 209–225. <https://doi.org/10.1177/1060028013510699>.

131. Shubina, I. (2015). Cognitive-behavioral Therapy of Patients with Ptsd: Literature Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 208–216. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.624>.

132. Sibley, M. H., Pelham, W. E., Jr., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waxmonsky, J. G., Waschbusch, D. A., Derefinko, K. J., Wymbs, B. T., Garefino, A. C., Babinski, D. E., & Kuriyan, A. B. (2012). When diagnosing ADHD in young adults emphasize informant reports, *DSM* items, and impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1052–1061. <https://doi.org/10.1037/a0029098>.

133. Skelton, K., Ressler, K. J., Norrholm, S. D., Jovanovic, T., & Bradley-Davino, B. (2012). PTSD and gene variants: new pathways and new thinking. *Neuropharmacology*, 62(2), 628–637.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.02.013>.

134. Skrypnyk, T., Martsenkovsky, I., & Martsenkovska, I. (2024). A longitudinal study of child and adolescent psychopathology in conditions of the war in Ukraine. *European Psychiatry*, 67(1), 74–75.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.199>.

135. Sloan, D. M., Marx, B. P., Resick, P. A., Young-McCaughan, S., Dondanville, K. A., Mintz, J., Litz, B. T., Peterson, A. L., & STRONG STAR Consortium (2019). Study design comparing written exposure therapy to cognitive processing therapy for PTSD among military service members: A noninferiority trial. *Contemporary clinical trials communications*, 17.
<https://doi.org/10.1016/j.conctc.2019.100507>.

136. Sowder, K. L., Knight, L. A., & Fishalow, J. (2018). Trauma Exposure and Health: A Review of Outcomes and Pathways. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(10), 1041–1059. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1422841>.
137. Strachan, L. P., Paulik, G., McEvoy, P. M. (2022). A narrative review of psychological theories of post-traumatic stress disorder, voice hearing, and other psychotic symptoms. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(6), 1791–1811. <https://doi.org/10.1002/cpp.2754>.
138. Strange, D., & Takarangi, M. K. (2012). False memories for missing aspects of traumatic events. *Acta psychologica*, 141(3), 322–326. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2012.08.005>.
139. Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2015). Neuropsychological deficits are not predictive of deficient emotional self-regulation in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(12), 1046–1053. <https://doi.org/10.1177/1087054713476548>.
140. Husain, S.A., Allwood, M.A., & Bell, D.J. (2008). The Relationship Between PTSD Symptoms and Attention Problems in Children Exposed to the Bosnian War. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 52-62. <https://doi.org/10.1177/1063426607310847>.
141. Syharat, C.M., Hain, A., Zaghi, A.E., Gabriel, R.E., & Berdanier, C.G. (2023). Experiences of neurodivergent students in graduate STEM programs. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1149068>.
142. Valentine, J. L., Mabey, L., & Miles, L. (2015). Neurobiology of trauma. A practical guide to forensic nursing: Incorporating forensic principles into nursing practice. 37-54. <http://hdl.lib.byu.edu/1877/7950>.
143. van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking Press, 464. <http://dx.doi.org/10.3109/10673229409017088>.

144. van Marle, H. (2015). PTSD as a memory disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1).<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27633@zept20.2015.6.issue-s1>.
145. Wendt, F. R., Garcia-Argibay, M., Cabrera-Mendoza, B., Valdimarsdóttir, U. A., Gelernter, J., Stein, M. B., Nivard, M. G., Maihofer, A. X., Post-Traumatic Stress Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Nievergelt, C. M., Larsson, H., Mattheisen, M., Polimanti, R., & Meier, S. M. (2023). The Relationship of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Posttraumatic Stress Disorder: A Two-Sample Mendelian Randomization and Population-Based Sibling Comparison Study. *Biological psychiatry*, 93(4), 362–369. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.08.012>.
146. Wood, D., Crapnell, T., Lau, L., Bennett, A., Lotstein, D., Ferris, M., & Kuo, A. (2018). Emerging adulthood as a critical stage in the life course. *Handbook of life course health development*, 123-143. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3_7.
147. Wymbs, B. T., Canu, W. H., Sacchetti, G. M., & Ranson, L. M. (2021). Adult ADHD and romantic relationships: What we know and what we can do to help. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(3), 664-681. <https://doi.org/10.1111/jmft.12475>.
148. Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M., & Zhang, L. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PloS one*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120270>.
149. Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World psychiatry*, 17(3), 243-257. <https://doi.org/10.1002/wps.20568>.
150. Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., Hobfoll, S. E., Koenen, K. C., Neylan, T. C., & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.

151. Yehuda, R., Tischler, L., Golier, J. A., Grossman, R., Brand, S. R., Kaufman, S., & Harvey, P. D. (2006). Longitudinal assessment of cognitive performance in Holocaust survivors with and without PTSD. *Biological psychiatry*, 60(7), 714–721. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.069>.

152. Young, A. & Breslau, N. (2016). Chapter 3. «What Is PTSD?» The Heterogeneity Thesis. *Culture and PTSD: Trauma in Global and Historical Perspective* (pp. 135-154). Philadelphia: University of Pennsylvania Press. <https://doi.org/10.9783/9780812291469-004>.

153. Young, S., Hollingdale, J., Absoud, M., Bolton, P., Branney, P., Colley, W., Craze, E., Dave, M., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Liang, H. L., Murphy, C., Mackintosh, P., Murin, M., O'Regan, F., Ougrin, D., Rios, P., Stover, N., ... Woodhouse, E. (2020). Guidance for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder based upon expert consensus. *BMC medicine*, 18(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01585-y>.

154. Zalsman, G., & Shilton, T. (2016). Adult ADHD: A new disease? *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(2), 70-76. <https://doi.org/10.3109/13651501.2016.1149197>.

155. Zasiiekina, L. (2014). Psycholinguistic Representation of Individual Traumatic Memory in the Context of Social and Political Ambiguity. *East European Journal of Psycholinguistics*, 1(2), 118-125. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.45899>.

156. Zasiiekina, L., Kokun, O., Kozihora, M., Fedotova, T., Zhuravlova, O., & Bojko, M. (2022). A Concept Analysis of Moral Injury in Ukrainian National Guard Service Members' Narratives: A Clinical Case Study. *East European Journal of Psycholinguistics*, 9(1), 296-314. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2022.9.1.zas>.