

# **Олег Чабан: «ПТСР. Медична допомога. Тестування»**

Переходимо до медичної допомоги при ПТСР, і як ключове словом тут я хотів би виділити «тестування». Знов відсилаю вас до літератури – наша команда на замовлення МОЗ України розробила [«Адаптовану клінічну настанову, засновану на доказах. ПТСР»](#).

У таблицях 2.3 та 3.1 можна почитати, що саме ми можемо застосувати з області доказової медицини, що є інформативним для розуміння усвідомлення, чи у вашого пацієнта, який звернувся з будь-якою патологією, можлива наявність ПТСР.

Шкал достатньо багато, тому я не встигаю пройти всіма, але все одно я виділяю деякі як бажані.

## **Вторинна (спеціалізована) медична допомога**

За наявності відповідних симптомів:

- Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS);
- Шкала депресії Гамільтона (HAM-D);
- Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A);
- Пітсбургський опитувальник якості сну.

Для визначення мішеней психотерапії/психокорекції:

1. Опитувальник якості життя – FS-36 тощо;
2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R);
3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim (в адаптації Л.І. Васермана).

## **Третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

Бажані:

- Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory-TSI);
- Тест життєстійкості S. Maddi (в адаптації Д.А. Леонтьєва, Є.І. Рассказової);
- Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim (в адаптації Л.І. Васермана);
- Госпітальна шкала тривоги та депресії;
- Тест вибору кольору Люшера;

- Тест AUDIT.

Для оцінки посттравматичного стресового розладу, відповідно до діагностичних критеріїв системи ICD-11, використовується наступний інструмент скринінгу:

### **Міжнародний опитувальник травми – ITQ-International Trauma Questionnaire (Cloitre et al., 2018)**

Він вимірює три кластери PTSD за допомогою шести питань, що стосуються останнього місяця. У цьому інструменті також є питання для вимірювання складного PTSD. В опитувальник також включений інструмент для оцінки стану складного посттравматичного стресового розладу (Complex Post-Traumatic Stress Disorder). Щоб визначити цей стан, система класифікації вимагає діагноз посттравматичного стресового розладу та, додатково, наявність принаймні по одному симптому з трьох кластерів, характерних для складного посттравматичного стресового розладу. Ці три кластери відбивають розлади т. зв. «самоорганізації», до них належать симптоми в областях афективної дисрегуляції, негативної самооцінки та труднощів у відносинах.

### **Перелік життєвих подій для DSM-5 (Weathers, et al., 2013)**

Це – опитувальник, який досліджує 17 потенційно травмуючих життєвих ситуацій/подій, що відбулися за все життя, та їхній вплив.

### **Шкала для оцінки ПТСР – CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)**

Структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5, зазвичай, використовується для постановки діагнозу ПТСР. CAPS-5 оцінює основні критерії цього розладу, ступінь функціональних порушень і надає клінічну оцінку тяжкості розладу та зміни тяжкості в процесі лікування. Пункти, які використовуються в цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР, згідно з настановою DSM-5.

### **Інтерпретація CAPS - 5**

Діагностичні критерії згідно із настановою DSM-5:

- Критерій А – наявність травматичної події;
- Критерій В – 5 запитань щодо симптомів інтрузії;

- Критерій С – 2 запитання щодо симптомів уникнення;
- Критерій D – 7 запитань стосовно негативних думок та емоцій;
- Критерій E – 6 запитань щодо надмірної реактивності/збудливості;
- Критерій F – тривалість симптомів (має бути > 1 місяця);
- Критерій G – порушення спричиняє клінічно значущий дистрес чи погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

Для констатації ПТСР пацієнт повинен мати експозицію до травмуючої події, набрати 2 або більше балів хоча б в одному із запитань критеріїв B та C, а також 2 або більше балів хоча б у двох запитаннях критеріїв D та E. Тривалість симптомів має складати > 1 місяця. «Загальні рейтинги» допоміжні для визначення ступеня функціональних порушень, тяжкості розладу, змін під час лікування, рівня деперсоналізації/дереалізації та валідності результатів.

### **PCL-5 (The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5)**

Це – опитувальник-самозвіт, заповнення якого займає приблизно 5-10 хвилин (Weathers, et al., 2013). Він складається з 20 питань та оцінює 20 симптомів цього діагнозу за останній місяць. Загалом 33 – це пороговий бал (cut-off score), коли стан задовольняє діагностичні критерії.

### **Інтерпретація PCL-5**

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів залежно від ступеня вираженості симптому. Цей опитувальник, зазвичай, використовується для скринінгу ПТСР. Питання в цій шкалі відображають відповідні кластери симптомів ПТСР, згідно з класифікацією DSM-5:

- Критерій A – опис травматичної події;
- Критерій B, симптоми інтрузії – з 1 по 5 запитання;
- Критерій C, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання;
- Критерій D, негативні думки й емоцій – з 8 по 14 запитання;
- Критерій E, симптоми надмірної реактивності – з 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події обов'язкова.

Існує 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

- При підрахунку за кластерами симптомів пацієнт відповідає на 2+ балів в одному запитанні із критеріїв В та С, та на два запитання – із критеріїв D та E.
- При підрахунку загальної кількості балів пацієнт загалом набирає їх 33 або більше.

### **Шкала для клінічної діагностики ПТСР та опитувальник «Перелік симптомів ПТСР»**

Оригінальні шкали:

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). «The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at [ptsd.va.gov](http://ptsd.va.gov)».

Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). «The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). Interview available from the National Center for PTSD at [ptsd.va.gov](http://ptsd.va.gov)».

### **Інтерпретація CAPS-5**

Структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5, зазвичай, використовується для постановки діагнозу ПТСР. CAPS-5 оцінює основні критерії цього розладу, ступінь функціональних порушень і надає клінічну оцінку тяжкості розладу та зміни тяжкості в процесі лікування. Пункти, які використовуються в цій шкалі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР, згідно з настановою DSM-5:

Критерій А – наявність травматичної події;

Критерій В – 5 запитань щодо симптомів інтрузії;

Критерій С – 2 запитання щодо симптомів уникнення;

Критерій D – 7 запитань стосовно негативних думок та емоцій;

Критерій E – 6 запитань щодо надмірної реактивності/збудливості;

Критерій F – тривалість симптомів (має бути > 1 місяця);

Критерій G – порушення спричиняє клінічно значущий дистрес чи погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

Для констатації ПТСР пацієнт повинен мати експозицію до травмуючої події, набрати 2 або більше балів хоча б в одному із запитань критеріїв В і С, а також 2 або більше балів хоча б щодо двох запитань критеріїв D та E. Тривалість симптомів має складати > 1 місяця. «Загальні рейтинги» допоміжні для визначення ступеня функціональних порушень, тяжкості

розладу, змін під час лікування, рівня деперсоналізації/дереалізації та валідності результатів.

### **«Система суб'єктивних балів дистресу» (Subjective Units of Distress – SUDs)**

Ця система дозволяє людині самій оцінити власний емоційний стан і його динаміку під час зустрічі/сеансу. На початку сеансу ми просимо пацієнта відзначити, яку оцінку він поставив би своєму емоційному стану від 0 до 10 балів (можна намалювати відповідну вісь). У разі ключового моменту під час сеансу можна повторити це питання та стежити за змінами емоційного стану.

- 10 = Почувається нестерпно погано, все виходить із-під контролю як при нервовому зриві, пригнічений, попереду все погано. Ви можете бути настільки засмучені, що не хочете розмовляти, тому що не можете уявити, чи хтось може зрозуміти ваше хвилювання;
- 9 = Почуття розпачу. Те, що більшість людей називають 10, насправді 9. Почувається надзвичайно наляканим – настільки, що це майже нестерпно, і ви боїтеся того, що можете зробити. Відчуваєте, що все дуже і дуже погано, відчуття втрати контроль над своїми емоціями.
- 8 = Відчуття, що божеволієте. Початок відчуження;
- 7 = Починаєте хвилюватися, на межі безумовно поганих почуттів. Ви можете важко утримувати контроль;
- 6 = Почуваєте себе погано настільки, що починаєте думати, що потрібно щось робити з цим почуттям;
- 5 = Помірковано засмучений, незручно. Із неприємними відчуттями, все ж таки, можна впоратися, доклавши певних зусиль;
- 4 = Швидше засмучений – настільки, що неможливо ігнорувати неприємну думку. Ви можете впоратися з цим нормально, але не відчуваєтеся добре;
- 3 = Швидше засмучений. Стурбовані настільки, що ви це помічаєте;
- 2 = Трохи засмучений, але це непомітно, якщо тільки не звернути увагу на свої почуття та не зрозуміти: так, щось мене засмучує;
- 1 = Немає гострих відчуттів, переважно хороше самопочуття. Якщо ви докладете особливі зусилля, то можете відчути щось неприємне, але не дуже;
- 0 = Світ безтурботний, повне полегшення. Більше жодного занепокоєння з приводу будь-якої конкретної проблеми.

## LEC-5 (Life Events Checklist for DSM-5) СХИЛЬНІСТЬ ДОТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ І ПТСР

**ВСТУП:** Зараз я перерахую Вам низку важких чи стресових ситуацій, які інколи трапляються з людьми. Щодо кожної події я хотів би (хотіла б) запитати Вас: чи трапилось це з Вами особисто; чи бачили Ви, як це відбувалось із кимось іншим; Ви дізнались, що це трапилось із Вашим близьким членом родини чи Вашим близьким другом; Ви зіштовхнулись із цим як із частиною Вашої роботи (наприклад, медик, співробітник поліції, військовий або інші професії, які можуть опинитися першими на місці події); Ви не певні або це Вас не стосується.

Будь ласка, думайте про все своє життя (включно дорослішання та доросле життя), коли ми проходитимемо всім списком подій.

### МОЖЛИВІ КІЛЬКА ВАРІАНТІВ ВІДПОВІДЕЙ.

	Трапилось зі мною	Був свідком	Трапилось із близьким	Через роботу	Не певен	Не стосується
Стихийне лихо (повінь, ураган, торнадо, землетрус тощо)	1	2	3	4	5	6
Пожежа або вибух	1	2	3	4	5	6
Транспортна пригода (включно ДТП, кораблетроцю, аварію потягу, літака)	1	2	3	4	5	6
Серйозна аварія на роботі, вдома чи під час відпочинку (травма, падіння, перелом, удар струмом тощо)	1	2	3	4	5	6
Дія отруйної речовини (небезпечні хімікати, радіація тощо)	1	2	3	4	5	6
Фізичне насильство (наприклад, на вас напали, вдарили рукою, ногою чи якимось предметом, побили)	1	2	3	4	5	6
Збройний напад (наприклад, у Вас стріляли, поранили ножом тощо, погрожували)	1	2	3	4	5	6

пістолетом, ножем, вибухівкою)						
Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до вчинення будь-якого статевого акту силою чи погрозами завдати шкоду)	1	2	3	4	5	6
Інший небажаний або неприємний сексуальний досвід	1	2	3	4	5	6
Бойові дії або перебування в зоні війни (як військовий або цивільна особа)	1	2	3	4	5	6
Полон (наприклад, викрадення, взяття в заручники, військовополонений)	1	2	3	4	5	6
Хвороба чи травма із загрозою життю	1	2	3	4	5	6
Тяжкі страждання (фізичні чи моральні)	1	2	3	4	5	6
Несподівана насильницька смерть (наприклад, вбивство чи самогубство)	1	2	3	4	5	6
Несподівана смерть від нещасного випадку	1	2	3	4	5	6
Серйозне каліцтво, або травма, або смерть, спричинені Вами комусь іншому	1	2	3	4	5	6
Будь-яка інша дуже стресова подія чи досвід	1	2	3	4	5	6

Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P. & Keane, T.M. (2013) *The Life Events Checklist for DSM-5 (IEC-5)*. Instrument available from the National Centre for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov)

	Нітрохи	Трохи	Помірно	Доволі сильно	Надзвичайно
Тривожні та небажані спогади про стресову подію, які повторюються?	0	1	2	3	4
Тривожні сни про стресову подію, які повторюються?	0	1	2	3	4
Ви раптово відчували себе або діяли так, ніби стресова подія відбувається з Вами знову (ніби Ви «знову там» і переживаєте все наяву)?	0	1	2	3	4
Ви сильно засмучувались, коли щось нагадувало Вам про стресову подію?	0	1	2	3	4
У вас виникали сильні фізіологічні відчуття, коли щось нагадувало Вам про стресову подію (наприклад, сильне серцебиття, ускладнене дихання, потовиділення)?	0	1	2	3	4
Ви прагнули уникати спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних зі стресовою подією?	0	1	2	3	4
Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (наприклад, людей, місць, розмов, дій, предметів або ситуацій)?	0	1	2	3	4
Вам було важко згадати важливі епізоди стресової події?	0	1	2	3	4
Ви дуже негативно ставилися до себе, інших людей чи світу загалом (наприклад, у Вас були такі думки: я – поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна довіряти, всюди небезпека)?	0	1	2	3	4
Ви звинувачували себе чи когось іншого в стресовій події чи в тому, що відбулося після нього?	0	1	2	3	4
У Вас були значні негативні почуття, такі як страх, жах, гнів, відчуття провини чи сорому (щодо себе чи інших)?	0	1	2	3	4

Існують тести для різних категорій осіб. Наприклад, ось **тест на ПТСР для цивільного населення:**

*October, 2010 VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress*

PTSD CheckList - Civilian Version (PCL-C)

**ДЛЯ ЦИВІЛЬНИХ**

Пацієнт ФІБ: \_\_\_\_\_ Дата  
 \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_р.

*Інструкція для пацієнтів.*

Нижче наведено перелік проблем і нарікань, що їх інколи мають пацієнти (ветерани) внаслідок стресу, який вони перенесли у своєму житті (внаслідок травматичної події, психотравми).

- \* Будь ласка, уважно прочитайте кожен пункт.
- \* Як сильно ця проблема турбувала Вас *протягом останнього місяця?*
- \* Поставте в кожній графі позначку «X» у потрібній клітині.



№	Відповідь	Ні, Анітрохи (1)	Злегка (2)	Помірно (3)	Сильно (4)	Дуже Сильно (5)
1	Настійливі <i>спогади, думки або живі картини</i> , що непокоять, про травматичну подію минулого?					
2	Настійливі <i>сновидіння</i> , що непокоять, про травматичну подію минулого?					
3	Зненацька починаєте <i>діяти</i> або <i>відчувати</i> , наче травматична подія минулого <i>знову з Вами відбувається</i> (наче знову живете в тому часі)?					
4	Відчуваєте <i>серйозний неспокій</i> , коли <i>щось нагадує</i> Вам про травматичну подію минулого?					
5	Почуваєтесь <i>фізично погано</i> (наприклад, <i>серцебиття, задуха, кидає в піт</i> ), коли <i>щось нагадує</i> Вам про травматичну подію минулого?					
6	Уникаєте <i>думати</i> або <i>розмовляти</i> про травматичну подію минулого, або уникаєте <i>повернення відчуттів</i> , що з цим пов'язані?					
7	Уникаєте <i>певного роду діяльності</i> або <i>ситуацій</i> , оскільки вони <i>нагадують</i> Вам про травматичну подію минулого?					
8	Вам <i>важко пригадати суттєві моменти</i> з тієї травматичної події минулого?					
9	Ви втратили <i>інтерес до речей, які, зазвичай, раніше були Вам до вподоби</i> ?					
10	Ви відчуваєте себе <i>віддалено</i> або <i>відрізано</i> від інших людей?					
11	Відчуваєте себе <i>емоційно занимілим</i> , або що Ви не здатні мати відчуття любові до Ваших близьких?					
12	Почуваєтесь так, немов би Ваші <i>перспективи на майбутнє</i> стали дуже обмеженими?					
13	Важко <i>засинати</i> або <i>перебувати у стані сну</i> ?					

14	Відчуваєте в собі <i>дражливість</i> або маєте <i>спалахи гніву</i> ?					
15	Вам важко зосередитись?					
16	Ви « <i>супер пильні</i> » або завжди напоготові?					
17	Ваші нерви « <i>на межі</i> », Вас « <i>підхоплює</i> » на різкі звуки?					

Weathers, F.W., Huska, J.A., Keane, T.M. *PCL-M for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division? 1991/  
This is a Government document in the public domain.

Appendices Page-211

## Тест на ПТСР для військових

October, 2010 VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress

### PTSD CheckList – Military Version (PCL-C) ДЛЯ ВІЙСЬКОВИХ

Пацієнт ФІБ: \_\_\_\_\_ Дата  
\_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_ р.

#### Інструкція для пацієнтів.

Нижче наведено перелік проблем і нарікань, що їх інколи мають Військові Ветерани внаслідок стресу, який вони перенесли на військовій службі (морально важких вражень військової служби).

- \* Будь ласка, уважно прочитайте кожен пункт.
- \* Як сильно ця проблема турбувала Вас *протягом останнього місяця*?
- \* Поставте в кожній графі позначку «X» у потрібній клітині.

№	Відповідь	Ні, Анітрохи (1)	Злегка (2)	Помірно (3)	Сильно (4)	Дуже Сильно (5)
1	Настійливі <i>спогади, думки або живі картини</i> , що непокоять, із морально важких вражень служби?					
2	Настійливі <i>сновидіння</i> , що непокоять, із морально важких вражень служби?					
3	Зненацька починаєте <i>діяти</i> або <i>відчувати</i> , наче морально важкі враження служби <i>знову з Вами відбуваються</i> (наче знову живете в тому часі)?					
4	Відчуваєте <i>серйозний</i> <i>неспокій</i> , коли <i>щось нагадує</i>					

	Вам про морально важкі враження служби?					
5	Почуваєтесь <i>фізично погано</i> (наприклад, серцебиття, задуха, кидає в піт), коли <i>щось нагадує</i> Вам про морально важкі враження служби?					
6	Уникаєте <i>думати</i> або <i>розмовляти</i> про морально важкі враження служби, або уникаєте <i>повернення відчуттів</i> , що з цим пов'язані?					
7	Уникаєте <i>певного роду діяльності</i> або <i>ситуацій</i> , оскільки вони <i>нагадують</i> Вам про морально важкі враження служби?					
8	Вам <i>важко пригадати суттєві моменти</i> з морально важких вражень служби?					
9	Ви втратили <i>інтерес до речей, які, зазвичай, раніше були Вам до вподоби</i> ?					
10	Ви відчуваєте себе <i>віддалено</i> або <i>відрізано</i> від інших людей?					
11	Відчуваєте себе <i>емоційно занімілим</i> , або що Ви не здатні мати відчуття любові до Ваших близьких?					
12	Почуваєтесь так, немов би Ваші <i>перспективи на майбутнє</i> стали дуже обмеженими?					
13	Важко <i>засинати</i> або <i>перебувати у стані сну</i> ?					
14	Відчуваєте в собі <i>дражливість</i> або маєте <i>спалахи гніву</i> ?					
15	Вам важко <i>зосередитись</i> ?					
16	Ви <i>«супер пильні»</i> або завжди напоготові?					
17	Ваші нерви <i>«на межі»</i> , Вас <i>«підхоплює»</i> на різкі звуки?					

Weathers, F.W., Huska, J.A., Keane, T.M. *PCL-M for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division? 1991/  
This is a Government document in the public domain.

Appendices Page-211

## Скринінг-тест ПТСР для первинної ланки:

### Скринінг-тест на ПТСР для первинної ланки

A positive response to the screen does not necessarily indicate that a patient has a Post-traumatic Stress Disorder. However, a positive response does indicate that a patient *may* have PTSD or trauma-related problems and further investigation of trauma symptoms by mental-health may be warranted.

Позитивна відповідь на скринінг-тест не є обов'язковою ознакою того, що пацієнт має Пост-Травматичний Стресовий Розлад. Однак позитивна відповідь – ознака, що пацієнт *може* мати ПТСР або пов'язані із травмою проблеми, і подальше обстеження травматичних симптомів лікарем цілком доцільне.

---

#### Primary Care PTSD Screen ЛАНКИ

#### СКРИНІНГ-ТЕСТ на ПТСР для ПЕРВИННОЇ

\* \* \* \* \*

**У Вашому житті, чи потрапляли Ви будь-коли в ситуацію важкої психічної травми, що внаслідок неї Ви протягом останнього місяця...**

1. Бачили це в кошмарах або мимоволі думали про той випадок?

**ТАК**

**НІ**

2. Щосили намагалися не думати про це або навмисне змінювали свої плани, аби уникнути ситуації, що нагадала б про це?

**ТАК**

**НІ**

3. Відчували себе постійно напеготові, уважно стежили за тим, що відбувається навкруги, або мимоволі, рефлексивно підхоплювалися («лячна реакція»)?

**ТАК**

**НІ**

4. Відчували в собі «задерев'яніння» або відокремленість від людей, від діяльності або від дійсності довкола?

**ТАК**

**НІ**

---

Current research suggest that the results of the PC-PTSD should be considered “positive” if a patient answers “yes” to any three items.

*Результат вважається позитивним, якщо пацієнт відповів «так» на будь-які три питання.*


Джерело: Підручник із клінічної практики в поводжені з пост-травматичним стресом. Видання Департаменту у справах ветеранів та департаменту оборони США, 2010, 254 с. (VA/Dod Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress).

### Додатково можна використати такі тести:

2. Психометричний метод: шкала клінічної діагностики ПТСР (Clinical administered PTSD Scale-CAPS) (Тарабрина Н.В., 2001); шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП) (Impact of Event Scale-Revised, IES-R) (Спіріна І.Д. з співавт., 2015); шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Hamilton M., 1965);

шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Hamilton M., 1965); опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) (Тарабрина Н.В., 2001); шкала оцінки тяжкості бойового досвіду (Т. Кіна) (Малкіна-Пых І.Г., 2005); опитувальник травматичного стресу (ОТС) (Котенів І.О., 1996).


3. Психодіагностичний метод: характерологічний опитувальник К. Леонгарда-Шмішека (Овчинников Б.В. с соавт., 2010); шкала оцінки інтегрованого показника якості життя (Mezzich, Coher, Ruiperez, Liu & Yoon) (Mezzich J., Cohen N., Ruiperez M. et al., 1999); методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л.І. Вассермана (у модифікації В.В. Бойко) (Малкіна-Пых І.Г., 2005); методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерса, Р. Даймонда) (Райгородский Д.Я., 2002); методика оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (адаптований варіант методики Н.С. Ендлера, Д.А. Паркера «Coping Inventory for Stressful Situations») (Крюкова Т.Л., 2001).



## ОПИТУВАЛЬНИК ПТСР

(BRESLAU N., PETERSON EL., SCHULTZ LT., KESSLER RC.)

	Після події, що спричинила у Вас психологічну травму:	ТАК	НІ
1	Чи уникали Ви спогадів про цю подію, намагаючись залишитися подальше від певних місць, людей або не займатися певною діяльністю?		
2	Чи втратили Ви зацікавлення у діяльності, яка раніше була для Вас важливою або приносила задоволення?		
3	Чи стали Ви більш ізольованими від інших людей або віддаленими від них?		
4	Чи відчували Ви, що Вам важко закохатися або захопитися іншими людьми?		
5	Чи відчували Ви, що Вам стало важче планувати майбутнє?		
6	Чи з'явилися у Вас проблеми із засинанням чи сном?		
7	Чи стали Вас дратувати чи лякати звичні звуки чи рухи?		



### Скринінг алкогольної залежності

АУДИТ (AUDIT)

**≥ 15**

## AUDIT (AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test)

Для раннього виявлення осіб групи ризику та осіб, які зловживають алкоголем, широко застосовується тест «AUDIT», розроблений у 1989 році робочою групою ВООЗ.

Тест містить серію з 10 запитань: три питання щодо споживання, чотири – щодо залежності та 3 питання щодо проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю.

*Інструкція: «Обведіть ту цифру, яка найточніше відображає Вашу ситуацію».*

1. Як часто Ви споживаєте напої, що містять алкоголь?				
(0) Ніколи	(1) Раз на місяць або рідше	(2) 2-4 рази на місяць	(3) 2-3 рази на тиждень	(4) 4 рази на тиждень або частіше

2. Скільки чарок алкогольного напою Ви випиваєте в то день, коли споживаєте алкоголь?				
(0) 1 або 2	(1) 3 або 4	(2) 5 або 6	(3) Від 7 до 9	(4) 10 або більше

3. Як часто Ви випиваєте 6 або більше чарок?				
(0) Ніколи	(1) рідше, ніж раз на місяць	(2) 1 раз на місяць	(3) 1 раз на тиждень	(4) Щодня чи майже щодня

4. Як часто за останній рік Ви помічали, що, розпочавши пити алкогольні напої, не можете зупинитись?				
1. Ніколи	(1) рідше, ніж раз на місяць	(2) 1 раз на місяць	(3) 1 раз на тиждень	(4) Щодня чи майже щодня

5. Як часто за останній рік через надмірне вживання алкоголю Ви не змогли зробити те, що робите зазвичай?				
(0) Ніколи	(1) рідше, ніж раз на місяць	(2) 1 раз на місяць	(3) 1 раз на тиждень	(4) Щодня чи майже щодня

6. Як часто за останній рік Вам необхідно було похмелитися вранці, щоб прийти до тями після того, як Ви забагато випили напередодні?				
(0) Ніколи	(1) рідше, ніж раз на місяць	(2) 1 раз на місяць	(3) 1 раз на тиждень	(4) Щодня чи майже щодня

7. Як часто за останній рік Ви відчували провини чи докори сумління після випивки?				
(0) Ніколи	(1) рідше, ніж раз на місяць	(2) 1 раз на місяць	(3) 1 раз на тиждень	(4) Щодня чи майже щодня

8. Як часто за останній рік Ви не могли згадати, що було напередодні увечері, бо ви були п'яним?				
(0) Ніколи	(1) рідше, ніж раз на місяць	(2) 1 раз на місяць	(3) 1 раз на тиждень	(4) Щодня чи майже щодня

9. Чи отримували Ви чи хтось інший травму через надмірне вживання Вами алкогольних напоїв?		
(0) Ні	(2) Так, але не в минулому році	(4) Так, минулого року

10. Хтось із родичів, друг, лікар чи інший медичний працівник висловлювали занепокоєння щодо вживання Вами алкоголю або пропонували Вам зменшити кількість вживаного алкоголю?		
(0) Ні	(2) Так, але не в минулому році	(4) Так, минулого року

*«Пороговий бал, що рекомендується, – 8. Люди з балом більш ніж 15, швидше за все, відповідають критеріям наявної просто зараз алкогольної залежності».*

*(Петров Д.В. «Діагностика, лікування та профілактика розладів, викликаних вживанням алкоголю», – Ярославль, 2003, С. 90-92)*

*\* «Для уточнення категорії відповіді заведено вважати, що одна порція алкогольного напою дорівнює 10 г чистого спирту. В країнах, де вміст алкоголю в стандартному напої відрізняється від 10 грам більш ніж на 25%, категорії відповідей потрібно модифікувати відповідним чином».\*\*  
(«Первинна профілактика психічних, неврологічних і психосоціальних розладів. – М.: «Сенс», 2002, – С. 126-127)*

*\*\* В найузагальнішому вигляді це – кувалька пива, чарка міцних спиртних напоїв або келих сухого вина.*

## **Бостонський тест стресостійкості**

### Тест на оцінку стресостійкості

Даний тест на оцінку стресостійкості був розроблений вченим-психологом Медичного центру Університету Бостона. Необхідно відповісти

на питання, виходячи з того, наскільки часто ці твердження вірні для Вас. Відповідати слід на всі пункти, навіть якщо дане твердження до Вас взагалі не відноситься.

Пропонуються наступні відповіді з відповідною кількістю очок: майже завжди - 1;

часто - 2;

іноді - 3;

майже ніколи - 4;

ніколи - 5.

1. Ви їсте, принаймні, одне гаряче блюдо в день.
2. Ви спите 7-8 годин, принаймні, чотири рази на тиждень.
3. Ви постійно відчуваєте любов інших і віддаєте свою любов натомість.
4. У межах 50 кілометрів у Вас є хоча б одна людина, на якого Ви можете покластися.
5. Ви виконуєте фізичні вправи до поту хоча б два рази на тиждень.
6. Ви викурюєте менше половини пачки сигарет на день.
7. За тиждень Ви споживаєте не більше п'яти чарок алкогольних напоїв.
8. Ваша вага відповідає Вашому зростанню.
9. Ваш дохід повністю задовольняє Ваші основні потреби.
10. Вас підтримує Ваша віра.
11. Ви регулярно займаєтеся клубної або громадською діяльністю.
12. У Вас багато друзів і знайомих.
13. У Вас є один або двоє друзів, яким Ви повністю довіряєте.
14. Ви здорові.
15. Ви можете відкрито заявити про свої почуття, коли Ви злі або стурбовані чимось.

16. Ви регулярно обговорюєте з людьми, з якими живете, Ваші домашні проблеми.
17. Ви робите щось тільки заради жарту хоча б раз на тиждень.
18. Ви можете організувати Ваш час ефективно.
19. За день Ви споживаєте не більше трьох чашок кави, чаю або інших напоїв, що містять кофеїн.
20. У Вас є трохи часу для себе протягом кожного дня.

Тепер складіть результати Ваших відповідей і з отриманого числа відніміть 20 очок.

Якщо Ви набрали менше 10 очок, то Вас можна порадувати, у випадку якщо Ви відповідали ще і чесно, - у Вас прекрасна стійкість до стресових ситуацій і впливу стресу на організм, Вам нема про що турбуватися. Якщо Ваше підсумкове число перевищило 30 очок, стресові ситуації мають неабиякий вплив на Ваше життя, і Ви їм не можете опиратися.

Якщо Ви набрали більше 50 очок, Вам слід серйозно задуматися - чи не час змінити Ваше підхід, Ваше ставлення до життя. Ви дуже уразливі для стресу. Погляньте ще раз на питання тесту. Якщо Ваша відповідь на якесь твердження має 3 очки і вище, постарайтеся змінити свою поведінку, яка описується в даному пункті і Ваша уразливість до стресу знизиться. Наприклад, якщо Ваша оцінка за 19 пункт – 4 бали, спробуйте пити хоча б на одну чашку кави в день менше, ніж зазвичай. Почніть придивлятися до себе уважніше вже зараз.

### **Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)**



Таблица 1. <b>HADS</b> : каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа; выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части		
Часть I (оценка уровня тревоги)		Часть II (оценка уровня депрессии)
<b>1. Я испытываю напряжение, мне не по себе</b> все время часто время от времени, иногда совсем не испытываю	3 2 1 0	<b>1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство</b> определенно, это так наверное, это так лишь в очень малой степени, это так это совсем не так
<b>2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться</b> определенно это так, и страх очень велик да, это так, но страх не очень велик иногда, но это меня не беспокоит совсем не испытываю	3 2 1 0	<b>2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное</b> определенно, это так наверное, это так лишь в очень малой степени, это так совсем не способен
<b>3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове</b> постоянно большую часть времени время от времени и не так часто только иногда	3 2 1 0	<b>3. Я испытываю бодрость</b> совсем не испытываю очень редко иногда практически все время
<b>4. Я легко могу присесть и расслабиться</b> определенно, это так наверно, это так лишь изредка, это так совсем не могу	0 1 2 3	<b>4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно</b> практически все время часто иногда совсем нет
<b>5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь</b> совсем не испытываю иногда часто очень часто	0 1 2 3	<b>5. Я не слежу за своей внешностью</b> определенно, это так я не уделяю этому столько времени, сколько нужно может быть, я стал меньше уделять этому времени я слежу за собой так же, как и раньше
<b>6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться</b> определенно, это так наверно, это так лишь в некоторой степени, это так совсем не испытываю	3 2 1 0	<b>6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения</b> точно так же, как и обычно да, но не в той степени, как раньше значительно меньше, чем обычно совсем так не считаю
<b>7. У меня бывает внезапное чувство паники</b> очень часто довольно часто не так уж часто совсем не бывает	3 2 1 0	<b>7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы</b> часто иногда редко очень редко
<b>Общее количество баллов</b>		<b>Общее количество баллов</b>
<b>Интерпретация результатов:</b> 0-7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8-10 баллов – «субклинически выраженная тревога/депрессия», 11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия».		

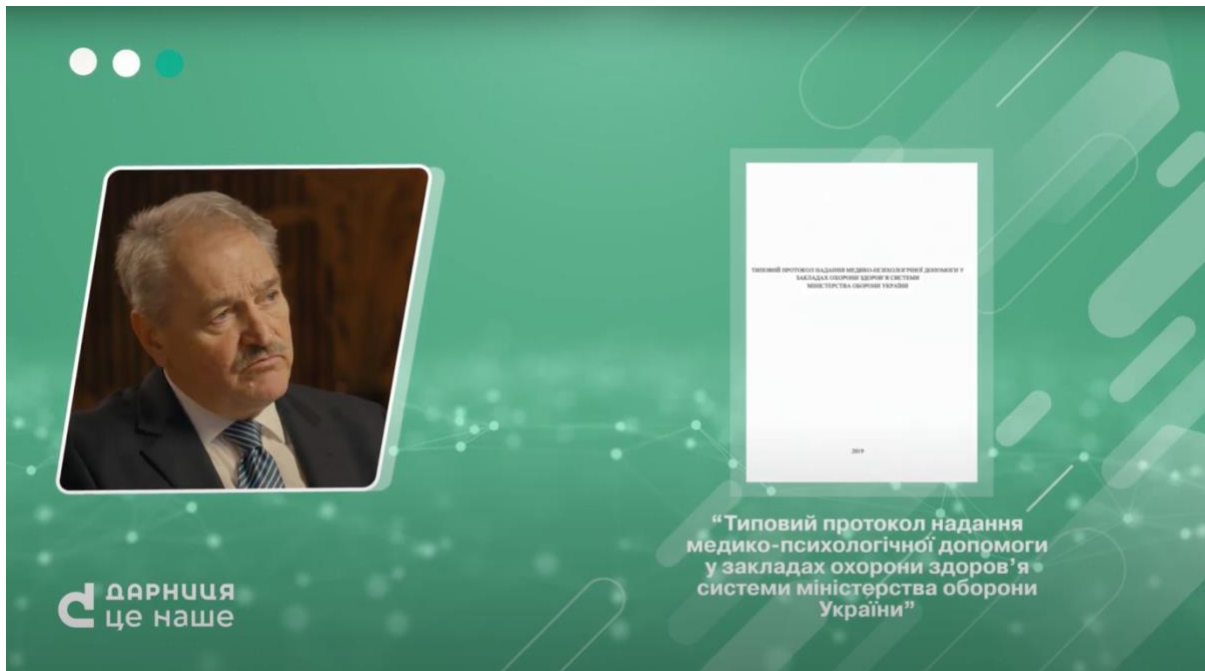
Пройти онлайн-тестування скринінгу тривоги, депресії, стресових розладів, на наявність ПТСР тощо можна на сайті: <http://surl.li/bvezf>

## Медицина допомога. Лікування

Клінічні настанови, де ви можете самі познайомитися з темою більш детально:

- [Coping with Posttraumatic Stress Disorder in Returning Troops](#) – Brenda K. Wiederhold, Ph.D., MBA, BCIA

- [Protocol for Treatment of Post Traumatic Stress Disorder](#) – Mooli Lahad Ph.D., Ph.D. and Miki Doron M.A., M.H.A.



- «Керівництво з первинної інтегративної та сумісної охорони психічного здоров'я під час проведення всіх видів операцій» (Primary Care-Mental Health Integration Co-Located, Collaborative Care: An Operations Manual);
- Стандартизована угода НАТО «Охорона психічного здоров'я при застосуванні Сил оборони (STANAG 2564, AmedP 8.6 Forward mental health care) з урахуванням вимог стандартизованої угоди НАТО щодо превенції психосоматичних захворювань під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) (STANAG 2548, AmedP-63 Management of post deployment somatoform complaints)»;
- Керівництво США FM 4-02-51 «Контроль стресу у військовослужбовців під час їхнього застосування в операціях» та розділ 8 керівництва США FM 4-25.11;
- Рекомендації FM 4-02-51 (США) щодо створення позаштатних мобільних спеціалізованих груп як для надання медико-психологічної допомоги, моніторингу дизадаптаційного синдрому після миротворчих місій, так і для наукової роботи;
- Наказ Міністра оборони України №611 від 13.12.2004 «Про затвердження Положення про організацію медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних миротворчих операціях»;

- стандартизована угода НАТО (STANAGs 2568, 2569, 2566) щодо запобігання самогубств, які недоступні країнам-партнерам;



The graphic features a green background with abstract white and light green geometric shapes and lines. In the top left corner, there are three small circles: two white and one teal. On the left side, there is a white-bordered portrait of a man with a mustache, wearing a dark suit and a striped tie. To the right of the portrait is a book cover titled "Risk Management of Terrorism Induced Stress: Guidelines for the Golden Hours (Who, What and Where)". The cover is white with blue and black text. Below the book cover, the URL [https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics\\_181867.htm?](https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_181867.htm?) is displayed in white text. In the bottom left corner, there is a logo consisting of a white stylized 'd' followed by the text "ДАРНИЦЯ" and "це наше" below it.



## **Принципи ведення осіб із ПТСР:**

- Соціальна підтримка;
- Підтримання безпечного середовища;
- Залучення та підтримка сімей та/або опікунів;
- Мова та культура;
- Планування лікування та залучення до нього пацієнтів;
- Активне спостереження;
- Психологічні консультації.

## **Психологічні інтервенції**

### **Індивідуальна травмофокусована КПТ:**

- Терапія методом когнітивної обробки;
- Когнітивна терапія;
- Експозиційна терапія;
- Пролонгована терапія експозицією;
- КПТ проводиться за затвердженою методикою, зазвичай, у 8-12 сесій, або більше (йдеться про множинні травматичні події).

### **Травмофокусована КПТ включає:**

- Психосвіту щодо реагування на травматичні події, стратегію керування поведінкою;
- Опрацювання й обробку травматичних спогадів;
- Роботу над емоціями, пов'язаними з травмою (наприклад, це – сором, провина, втрата, гнів);
- Реструктуризацію понять, пов'язаних із травмою;
- Допомогу для подолання поведінки уникнення;
- Підтримку для відновлення адаптації (соціум, робота);
- Підготовку до завершення терапії;
- Планування мотиваційних сесій, особливо із значимими датами (наприклад, річниця травматичних подій).

**Якщо невиражені симптоми, немає ризику завдання шкоди собі або оточуючим, варто розглянути такий варіант, як підтримуюча комп'ютиризована КПТ (8-12 сесій).**

## **Травмофокусовані методи психотерапії**

## Основні техніки травмофокусованих втручань

Техніки	Мета та зміст
Експозиція наживо (in vivo exposure)	Пряме зіткнення в реальному житті з об'єктом, ситуацією або діяльністю, пов'язаними з травматичним досвідом, які викликають тривогу. Це сприяє отриманню досвіду відсутності реальної загрози та, відповідно, зниженню тривоги.
Експозиція в уяві (imaginal exposure)	Представлення в уяві об'єкта, ситуації або діяльності, пов'язаних із травматичним досвідом, які викликають тривогу. Це сприяє уявному переживанню тривоги та, відповідно, її зниженню.
Пролонгована експозиція (prolonged exposure)	Побудова ієрархії об'єктів, ситуацій або діяльності, які викликають тривогу, з подальшою експозицією (в уяві та наживо). Експозиція може відбуватись покроково, у порядку зростання показників тривоги (graded exposure) або одноразово, через зіткнення зі стимулами, які пов'язані з найбільшою тривогою (flooding).
Щеплення стресом (stress inoculation)	Підготовка до дії стресових факторів шляхом психоедукації щодо проблеми стресу, передбачення можливих складнощів, розробки плану дій у складних ситуаціях і напрацювання відповідних навичок.
Стимульна конфронтація (stimulus confrontation)	Зіткнення зі стимулами, які викликають тривогу та страх, без жодного уникання в максимально можливій інтенсивності та тривалості з метою напрацювання резистентності до їхньої дії.
Когнітивна реструктуризація (cognitive restructuring)	Визначення й оскарження ірраціональних автоматичних думок і когнітивних викривлень, пов'язаних із травматичним досвідом, із метою раціоналізації мислення та розвитку його адаптивних стратегій.
Повторне когнітивне опрацювання (cognitive reprocessing)	Пошук, ідентифікація та зміна (переписування) непродуктивних когніцій, пов'язаних з інтерпретацією травматичних подій, так званих «точок застрягання» (stuck points), які викривлюють сприймання та гальмують відновлення. Когнітивне переопрацювання веде до змін у «картині травми» та дозволяє позбавитись негативних почуттів (зокрема почуття провини).
Наративна реконструкція (narrative reconstruction)	Побудова системної хронологічної розповіді по досвід травматичної події зі зміною значень, наданих під час її переживання, на більш реалістичні й адаптивні. Основна мета – інтеграція травматичної події в автобіографічну пам'ять людини.
Переоповідь сновидінь (imagery rehearsal)	Переписування нічних жахів, зокрема їхніх кінцівок, на спокійні, не асоційовані з досвідом травматичних переживань, із метою стабілізації сну та позбавлення нічних жахів.

## Психотехніки: ефективність і доказовість

Доказові дані	Джерела	РДД	ЯДБ	СДР
КТ ефективна для військових і ветеранів із ПТСР, пов'язаним чи не пов'язаним із військовими діями	Монсон та ін., 2006	I	Висока	B
ЕТ ефективна в лікуванні ПТСР (у порівнянні зі списком очікування, терапією, центрованою на теперішньому, та іншими контрольними методами порівняння)	Базоглу, 2005, 2007 Клуатр, 2002 Купер та ін., 1989 Феске, 2008, Фoa та ін., 1991 та 1999a Айронсон та ін., 2002 Кін та ін., 1989 Маркс та ін., 1998	I	Висока	A

	МакДонах, 2005 Нойнер, 2004, 2008 (розповідь про життя) Шнурр, 2007			
SIT ефективний у лікуванні ПТСР	Фоа та ін., 1999а Фоа та ін., 1991 Кілпатрік та ін., 1982, Ротбаум, 2001	I	Висока	A
ДПРО – ефективна терапія в лікуванні ПТСР (порівняно з переліком очікувань, стандартною терапією та контролем активної терапії)	Хемтоб та ін., 2000 Девідсон і Паркер, 2001 Максфілд і Хайер, 2002 Шепард та ін., 2000 Ван дер Колк та ін., 2007	I	Висока	A
IRT – варіант лікування ПТСР (зокрема, кошмарів і порушення сну)	Краков та ін., 1995, 2001а, 2001b Форбз та ін., 2001, 2003 Кук та ін., 2010	I II-1 I	Задовільна	C
Деякі форми психодинамічної терапії можуть розглядатись як терапія для лікування ПТСР	Бром та ін., 1989 Герсон, Карліер, Ламбертс і ван дер Колк, 2000 Ліндауер та ін., 2005	I	Задовільна	C
Психодинамічна терапія для пацієнтів із супутніми патологіями	Куртуа, 1999 Рот і Батсон, 1997 Шегольд, 1989	II-2	Задовільна	C

## Групова психотерапія

**Таблиця I-5 Групова терапія при ПТСР (Ши та ін., 2009)**

Підхід	Техніки/Стратегії
Групи підтримки (зосереджені на поточних подіях)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Спрямовані на підвищення щоденного функціонування шляхом надання безпеки, довіри прийняття та нормалізації симптомів;</li> <li>- Допомагають людям розвивати почуття контролю над проблемами за допомогою зворотного зв'язку групи, емоційної підтримки та посилення адаптивної поведінки;</li> <li>- У центрі уваги – актуальні питання життя, а не травматичний досвід.</li> </ul>
Психодинамічний/ Міжособистісний процес (Зосереджені на травматичних подіях)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Сприяють навчанню на основі самопізнання та змін;</li> <li>- В разі концентрації на трагічних подіях, травматичний матеріал виникає в менш структурованому вигляді або приховано, а акцент робиться на підвищенні обізнаності про несвідомі страхи та неадекватні моделі поведінки;</li> <li>- Зосереджуються на розумінні сенсу симптомів травми;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Допомагають окремим особам досягти уявлення та провести зв'язок із тим, як теперішні труднощі можуть бути пов'язані з травмою;</li> <li>- Міжособистісна терапія (ІРТ) допомагає членам групи визначити свої конкретні труднощі та поведінкові моделі у відносинах, які сприяють поганому функціонуванню;</li> <li>- Групи «процесу» зберігають зосередженість на безпосередньому досвіді людини, її почутті та потребах, а також – на її взаємодії з іншими членами.</li> </ul>
<p>Групи когнітивно-поведінкової терапії (Зосереджені на травматичних подіях)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Включають психологічне навчання стосовно травматичного досвіду та професійної підготовки контролю за тривогою та збудженням;</li> <li>- Травматичний досвід усувається безпосередньо за допомогою повторних імагінальних методів впливу на сесіях і наявності окремих осіб, які слухають аудіозапис їхнього травматичного досвіду як домашнє завдання між сесіями;</li> <li>- Неадаптовані думки та переконання визначені та змінені або реструктуризовані;</li> <li>- На заключних сесіях планують профілактики рецидивів і розглядають навички подолання труднощів.</li> </ul>

### ПТСР: Психологічні інтервенції

- Психотерапія, сфокусована на роботі з травмою (КПТ і десенсибілізація та переробка рухами очей), ефективна терапія першої лінії для пацієнтів із ПТСР (рівень А)  
(Bisson J., Andrew M., 2013; Mendes D. D., 2008; Bisson J. et al., 2007 ).
  - КПТ (рівень А):
    - Кількість сесій, зазвичай, повинна становити 8-12;
    - Тривалість, залежно від цілей і завдань, – 60-120 хвилин;
    - На перших сесіях, зазвичай, виникає необхідність у більш тривалих заняттях (90 та більше хвилин);
    - На більш пізніх, зазвичай, достатньо 60 хвилин
- (Ehlers A. et al., 2005; Adenauer H. et al., 2011; Dunne R. L. et al., 2012).
- Психологічні інтервенції, не сфокусовані на роботі з травмою, наприклад, клієнт-центрована терапія, психодинамічна терапія, гіпнотерапія та інші, не повинні використовуватись у рутинному лікуванні гострого/хронічного ПТСР, оскільки не мають достатньої доказової бази;
  - Медикаментозна терапія, зазвичай, не повинна використовуватись як терапія першої лінії ПТСР.

### Доказовість ефекту психотерапії при ПТСР



Десенсибілізація через рух очей і репроцесінг:

- 2007, Kolk et al., – ефект кращий ніж від флуоксетину;
- 2007, Hogberget al., свідки транспортних пригод – ефективно.

Тренінг навичок переборення:

- 2004, Neuner et al., – відсутня різниця.

Психодинамічні:

- Недостатньо даних, але рекомендовано (АРА, 2004).

Групова:

- 2005, Chard – різниця між індивідуальною та груповою не доведена.

Перша психологічна допомога:

- 2004, «ПРАКТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО ПО ЛІКУВАННЮ ГОСТРОГО ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ» (доповнення 2009 р.) – неефективна ППД як стратегія для профілактики ПТСР.

Експозиційна психотерапія КПТ – 2006, Monson et al. – ефективніша порівняно з чергою очікування (редукція 50 %):

- 2007, Resick et al. – дослідження ефективності окремих компонентів КПТ – когнітивна психотерапія без експозиції більш ефективна ніж лише експозиційна;
- 2007, Schnurr et al. – тривала експозиційна психотерапія (на 3-6 місяців) – у результаті пацієнти не відповідали критеріям ПТСР (ефективна):
- 2007, Bassoglu et al. – короткотривала експозиційна психотерапія постраждалих від землетрусу: на 12-24 тижні та через 1-2 роки – зниження за шкалою CAPS (ефективна).

**Найбільш поширені «протокольні» методи психотерапії при ПТСР**

**НАЙЧАСТІШІ «ПРОТОКОЛЬНІ» МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ПТСР**

- NICE** TF CBT (ТФ КПТ)  
NICE
- NICE** ПСИХООСВІТА, СТРЕСМЕ-НЕДЖМЕНТ, СІМЕЙНА РАЦІОНАЛЬНА  
NICE
- NICE** EMDR (ДПРО)  
NICE
- ПСИХОДИНАМІЧНІ АРА 2004
- SEE FAR CBT THE ISRAELI MINISTRY OF DEFENSE (MOD) CLINICAL GUIDELINES FOR PTSD TREATMENT
- ГРУПОВА, ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

**ДАРНИЦЯ**  
це наше

За даними на 2016 рік, найбільш ефективні методи допомоги при ПТСР – два психотерапевтичні методи: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ, Cognitive behavioral therapy) і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR). Ці два методи рекомендовані сучасними протоколами допомоги при ПТСР. Так само про це йдеться й у підручнику СРГ.

Ефективність КПТ та EMDR встановлена кількома десятками рандомізованих контрольованих досліджень (АРА, 2004, 2009).

Різновиди когнітивно-поведінкової терапії, такі як терапія з пролонгованою експозицією (prolonged exposure therapy, PE) та терапія з когнітивним процесінгом (Cognitive Processing Therapy, CPT), демонструють відмінні результати – особливо в лікуванні пацієток жіночої статі, котрі перенесли сексуальну травму в дитячому чи дорослому віці, а також – у лікуванні військового персоналу, ветеранів із наслідками воєнної травми та пацієнтів, що перенесли важку дорожньо-транспортну аварію.

Встановлено в психотерапевтичній практиці, що «тривалість терапії залежить від ступеня тяжкості ПТСР: при простих формах це може бути доволі короткотривале лікування (6-12 сесій), при комплексних – багато місяців, а то й років». Важливе також залучення до лікування рідних пацієнта.

## ДОКАЗОВІСТЬ КПТ



ДОСЛІДЖЕННЯ	МЕЖА G	95% ДІ	ЗНАЧЕННЯ Z	ЗНАЧЕННЯ P	МЕЖА G ТА 95% ДІ
Acute Stress Disorder Bryant et al. (1998)	1,49	0,60-2,38	3,29	0,00	+
Bryant et al. (1999)	1,28	0,52-2,04	3,29	0,00	+
Bryant et al. (2003)	1,66	0,75-2,58	3,57	0,00	+
Bryant et al. (2005)	1,08	0,47-1,69	3,47	0,00	+
Generalized Anxiety Disorder Borkovec and Costello (1993)	0,57	-0,08-1,21	1,71	0,09	+
Wetherell et al. (2003)	0,44	-0,21-2,10	1,34	0,18	+
Obsessive-Compulsive Disorder Foa et al. (2005)	1,65	0,95-2,35	4,62	0,00	+
Greist et al. (2002)	0,74	0,40-1,08	4,32	0,00	+
Lindsay et al. (1997)	2,08	0,91-3,28	3,48	0,00	+
Panic Disorder Bakker et al. (1999)	0,43	-0,09-0,96	1,62	0,11	+
Barlow et al. (2000)	0,23	-0,35-0,81	0,77	0,44	+

ДАРНИЦЯ  
це наше

## ДОКАЗОВІСТЬ КПТ



ДОСЛІДЖЕННЯ	МЕЖА G	95% ДІ	ЗНАЧЕННЯ Z	ЗНАЧЕННЯ P	МЕЖА G ТА 95% ДІ
Black et al. (1993)	0,26	-0,40-0,92	0,78	0,44	+
Craske et al. (1995)	0,49	-0,25-1,22	1,29	0,20	+
PTSD Bianchard et al. (2003)	0,65	0,11-1,20	2,35	0,02	+
Bryant et al. (2003)	1,48	0,68-2,29	3,61	0,00	+
Foa et al. (1991)	0,44	-0,39-1,28	1,05	0,30	+
Marks et al. (1998)	0,75	0,11-1,40	2,28	0,02	+
McDonagh et al. (2006)	0,13	-0,50-0,77	0,41	0,68	+
Neuner et al. (2004)	0,41	-0,32-1,14	1,10	0,27	+
Social Anxiety Disorder Clack et al. (2003)	0,89	0,25-1,53	2,72	0,01	+
Cottreaux et al. (2000)	0,51	-0,02-1,04	1,89	0,08	+
Davidson et al. (2004)	0,52	0,09-0,96	2,36	0,02	+
Helmberg et al. (1998)	0,94	0,38-1,52	3,15	0,00	+

ДАРНИЦЯ  
це наше

## ДОКАЗОВІСТЬ КПТ



ДОСЛІДЖЕННЯ	МЕЖА G	95% ДІ	ЗНАЧЕННЯ Z	ЗНАЧЕННЯ P	МЕЖА G ТА 95% ДІ
Lucas (1994)	0,43	-0,23-1,09	1,28	0,20	+
Smits et al. (2006)	0,53	-0,15-1,21	1,52	0,13	+
Усього	0,73	-0,56-0,90	8,62	0,00	

ДАРНИЦЯ  
це наше

### **Застереження від невірних психологічних інтервенцій:**

- Психологічний дебрифінг у ситуації провокації надмірних спогадів;
- Травматичні спогади у вечірній і передсонний час;
- Абортивна психотерапія, без створення перспективи та психотерапевтичної дорожньої карти;
- Неконтрольована психологічна допомога волонтерів (часті повторні зустрічі, настирливі бажання «залізити в душу», повчання, осуд тощо);
- Емоційно нестабільний або «вигорілий» психотерапевт;
- Правильні техніки, але в неповному або спотвореному виконанні (наприклад, при ДПРО – пропуск формування «безпечного місця» чи оцінки тілесних реакцій, зміна об'єкту травматичної пам'яті тощо);

### **[Стаття: «Сучасні тенденції у діагностиці та лікуванні ПТСР»](#)**

### **[Рекомендації від австралійського центру посттравматичного ментального здоров'я \(“Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder” Australian Centre for Posttraumatic Mental Health\):](#)**

- ПЕРША ЛІНІЯ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД (СПОСТЕРЕЖЕННЯ, СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА (ЗВИЧНІ СПРАВИ), ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БАЗОВИХ ПОТРЕБ;
- ОБРОБКА ПСИХОТРАВМИ, КПТ, ПСИХООСВІТА;
- ДРУГА ЛІНІЯ ДОДАЄТЬСЯ ПРИ НЕЕФЕКТИВНОСТІ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ;
- У ДРУГІЙ ЛІНІЇ АД: ПЕРША ЛІНІЯ: СІЗЗС;
- У ДРУГІЙ ЛІНІЇ АД: НОВІ ТА ТЦА;
- У ДРУГІЙ ЛІНІЇ АД: ІМАО;
- ОЦІНКА ГСР ЯК ФАКТОРА МОЖЛИВОГО МАЙБУТНЬОГО ПСИХІЧНОГО РОЗЛАДУ, АСОЦІЮЄТЬСЯ З ПОГІРШЕННЯМ ЯКОСТІ ЖИТТЯ.

### **Медикаменти:**

- СІОЗС (сертралін) або СІЗЗСН (венлафаксин);
- Призначаються, якщо пацієнт надає перевагу медикаментам;
- Ці препарати не пропонуються як перша лінія допомоги;

- Недостатньо даних про окремі СІОЗС. Вибір індивідуальний;
- Уникати побічних ефектів;
- Антипсихотики: рисперидон (надмірне збудження або психотичні симптоми, та якщо інші препарати або психологічна терапія не ефективні);
- Антипсихотики не є альтернативою ТФ КПТ;
- Не рекомендована група бензодіазепінів.

### ПРОТОКОЛ З ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ ПТСР

Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE):

#### **Доказова база 2008:**

Перша лінія: Міртазапін, Амітриптилін, Феналзін;

Друга лінія: ІМАО;

Третя лінія: Бензодіазепіни.

#### **Доказова база 2012:**

Перша лінія: Сертралін,

Пароксетин, Венлафаксин;

Друга лінія: Міртазапін, Амітриптилін, Іміпрамін.

#### **Доказова база 2015:**

Перша лінія: більшість СІЗЗС, ІЗЗСН, Прегабалін.

#### **Критерії вибору антидепресанта:**

- Препарати першої лінії – антидепресанти нового покоління - SSRI, SNRI, МТ, завдяки кращій безпеці та переносимості, порівняно з препаратами першого покоління (ТСА та ІМАО);
- Всі АД несуттєво різняться між собою за тімолептичною ефективністю, тому одна лише ефективність не може бути критерієм вибору терапії;
- Критерії вибору АД: ефективність, характер побічних ефектів, простота застосування, наявність коморбідних станів і вартість;
- У випадку зміни АД слід брати до уваги побічні ефекти, ефект відміни, потенційні взаємодії ліків і швидкість зміни.

#### **Застереження щодо медикаментів при постстресових розладах:**

- Бензодіазепіни – синдром відміни, синдром психотравмуючого рикошету, відтермінованої ініціації ПТСР, залежність, висока ймовірність депресивних розладів;
- Нейролептики – неможливість когнітивного опрацювання травми, нейролептичне когнітивне зниження, серцеві проблеми;
- Зопіклони – неможливість опрацювання травми, проблеми формування нової пам'яті, негативний вплив на когнітивну сферу, залежність;
- Антидепресанти старого покоління (ТСА, ІМАО) – надмірна седація, кардіотоксичність, збільшення маси тіла.

**ТАБЛИЦЯ 3: РЕКОМЕНДАЦІЇ  
ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ПТСР**



1 →  
2 →  
3 →  
0 →

<b>ПЕРША ЛІНІЯ</b>	Флуоксетин, пароксетин, сертралін, венлафаксин XR
<b>ДРУГА ЛІНІЯ</b>	Флуоксамін, міртазапін, моклобемід, фенелзін Додатково: рисперидон, оланзапін
<b>ТРЕТЯ ЛІНІЯ</b>	Амітриптилін, іміпрамін, есциталопрам Додатково: карбамазепін, габапентин, ламотригін, вальпроат, тіагібін, топірамат, кветіапін, клонідин, тразодон, буспірон, бупропіон, празозин, циталопрам, флуфеназін, налтрексон
<b>НЕ РЕКОМЕНДОВАНО</b>	Дезпіпрамін, ципрогептадин Монотерапія: алпразолам, клоназепам, оланзапін

**ДАРНИЦЯ**  
це наше

**ТАБЛИЦЯ 10: ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТРИВОЖНОСТІ  
ТА СУПУТНИХ РОЗЛАДІВ, СХВАЛЕНІ МІНІСТЕРСТВОМ ЗДОРОВ'Я КАНАДИ**

	Тривожний розлад	Панічний розлад	Соціофобія	Обсесивно-компульсивний розлад	Генералізований тривожний розлад	Посттравматичний стресовий розлад
<b>АНТИДЕПРЕСАНТИ</b>				х	х	
<b>СІЗЗС</b>				х		
Есциталопрам				х		
Флуоксетин				х	х	х
Пароксетин		х	х			
Пароксетин CR		х	х	х		
Сертралін		х				
<b>Трициклічні антидепресанти</b>				х		
Кломіпрамін						
<b>Інші антидепресанти</b>					х	
Венлафаксин XR		х	х		х	
Дулоксетин						
<b>Азапірони</b>					х	
Буспірон						
<b>Бензодіазепіни</b>	х					

**Доказовість ефективності АД при ПТСР, пов'язаних та непов'язаних із бойовими діями, зокрема за Кокранівськими метааналітичними дослідженнями:**

- 2006, Stein et al. – огляд 35 короткотривалих рандомізованих досліджень (4597 досліджуваних): СІЗЗС – ефективні;
- 2007, Marshall et al. – пароксетін більш ефективний чим плацебо;
- 2006, Stein et al. – повторний аналіз двох досліджень із сертраліном (2 тижні): більш ефективний чим плацебо;
- 2005, Davidson et al. – рецидив на флуоксетині: повернення до терапії більш ефективно чим плацебо;
- 2006, Martenyi et al. – 144 учасники бойових дій на Балканах: флуоксетин ефективний у порівнянні з плацебо;
- 2002, Zohar et al. - 42 ізраїльських військових: сертралін – різниці з плацебо немає;
- 2007, Friedman et al. – 169 військових із ПТСР: сертралін – різниця в порівнянні з плацебо практично відсутня.
- Оцінювання фармакотерапевтичних втручань в учасників бойових дій із ПТСР (адаптовано згідно з VA/DoD)

<b>Значні переваги</b>	<b>Деякі переваги</b>	<b>Переваги невідомі</b>	<b>Немає переваг</b>
СІЗЗС	Інгібітори моноаміноксидази	ААП (як монотерапія)	Бензодіазепіни (завдають шкоди)
ІЗЗСН	(Фенелзин)*	ААП (у додатковій терапії)	Гуанфацин
	Міртазапін	Бупропіон	Рисперидон
	Нефазадон*	Буспірон	Тіагабін
	Празозин (під час нічних жахів)	Клонідин	Топірамат
	Трициклічні антидепресанти	Типові АП	Вальпроати
		Габапентин	
		Ламотриджин	
		Небензодіазепінові гіпнотики	
		Празозин (для лікування ПТСР загалом)	
		Пропаналол	
		Тразодон (у додатковій терапії)	

- Примітка: \* – потрібно надавати підвищену увагу лікарським і дієтичним взаємодіям.

### **Доказовість ефекту інших препаратів при ПТСР:**

- Адренергічні препарати (бета-блокатори) пропронолол, празозін;
- Антипсихотичні препарати другого покоління – рісперідон, оланзепін;
- Антиконвульсанти – прегабалін, топірамат, тіагабін (так/ні), дівалпрокс;
- Гідрокортизон (100-140 мг, але лише в «золотий час» – перші 6 годин після травми, що зменшує рівень ПТСР через 3 місяці до 16% у порівнянні з контрольною групою – 60% (Zohar et al., 2014)).

Антагоніст альфа-1 адренорецепторів празозин зменшує нічні кошмари при посттравматичних травмах і порушеннях сну та покращує загальний клінічний статус (почуття благополуччя та здатність функціонувати). Доза, з врахуванням коливання АТ і схильності до ортостатичної гіпотензії: 0,5-1 мг на ніч.

### **Перспективні препарати та методи для лікування ПТСР (off-label препарати при ПТСР) (у дослідженні):**

- Препарати канабісу – травматична пам'ять, тривога та депресія;
- Празозин – кошмарні сновидіння при ПТСР;
- Ламотриджин – контроль емоцій, покращення вольових процесів;
- Електрична стимуляція nervus vagus – кошмарні сновидіння;
- Транскраніальна магнітно-фокусна терапія – емоційні розлади в рамках ПТСР;
- Топіромат – алкогольна адикція, асоційована з ПТСР;
- Нейробіоуправління – поведінкові розлади при ПТСР;
- D-циклосерин (Seromycin) – страх, ситуації уникнення при ПТСР;
- Пропранолол (Inderal) (бета-блокатор) – інтенсивність проявів ПТСР, кошмарні сновидіння;
- Тразадон – АД, близький за механізмом до пропранололу, – сон і кошмарні сновидіння при ПТСР;
- Дистанційна допомога та самопомога – профілактика ПТСР після дистресу;
- Гідрокортизон у перші 6 годин після стресового впливу – профілактика ПТСР;
- Габапентин – емоційність і кідлінг-ефект при ПТСР.



## **Атипові антипсихотичні препарати**

Клінічні дослідження показали, що вони ефективні для зниження психотичних симптомів у осіб, які страждають від ПТСР (Jeffereys, 2011).

В огляді Системи охорони здоров'я у справах ветеранів вказано, що у 60,2 % пацієнтів, яких лікували АП, не було отримано даних, що підтвердили б діагноз, за якого призначили препарати (Leslie et al., 2009). Важливо наголосити, що рецепти на АП off-label найчастіше виписують у разі ПТСР (41,8% хворих).

- Кветіапін – депресія, психомоторне збудження, порушений сон, психотична симптоматика;
- Рисперидон – психотична симптоматика;
- Оланзепін – психомоторне збудження, психотична симптоматика.

## **Антибіотик (протитуберкульозний препарат)**

D-циклосерин (Seromycin), підвищує активність речовини головного мозку під назвою N-метил-D-аспартат, необхідної для погашення страху. Під час дослідження, в якому брали участь 28 осіб, котрі страждають на страх висоти, вчені виявили, що пацієнти, які отримували перед сеансом терапії «зіштовхування» D-циклосерин, під час сеансу демонстрували нижчий рівень страху порівняно з тими, хто не отримував ліки. На сьогодні вчені вивчають ефективність комбінованого використання D-циклосерину та терапії для лікування посттравматичного стресу.

## **Бета-блокатор**

Пропранолол (Inderal) – із групи бета-блокаторів – теж вивчається щодо того, чи можна з його допомогою послабити посттравматичний стрес і увірвати ланцюжок виникнення страшних спогадів. Перші експерименти дали втішні результати: вдалося успішно послабити та, схоже, запобігти ПТСР у невеликої кількості жертв подій, що пережили психотравму.

## **Продукти харчування та ПТСР:**

Доведена ефективність чорниці як харчової добавки при лікуванні ПТСР.

**Дистанційна допомога, самодопомога:**

<http://firstaidtoterror.com>

[Risk Management of Terrorism Induced Stress. Guidelines for the Golden Hours](#)

**Коли потрібно обов'язково направити пацієнта до лікаря психіатра?**

**При таких симптомах:**

- Коморбідні психічні розлади, зокрема, з адикцією;
- Неуспішне лікування, наприклад, відсутність відповіді на АД першої лінії в адекватних дозах і термінах або при зміні АД;
- Суїцидальні або надмірно агресивні наміри та дії;
- Відсутність терапевтичного альянсу;
- небезпека через психічні розлади для самого пацієнта або оточення;
- Незрозумілі психічні розлади, серед іншого, складні психотичні прояви;
- Виявлення дисимуляції психотичних проявів.

**Наразі існує багато перспективних досліджень в лікуванні ПТСР: нейрочип, формування нових надактивних нейромереж соціалізації, галюциногени, МДМА (екстазі) тощо. Детальніше можна ознайомитись з ними за посиланням:**

<https://ichgcp.net/ru/clinical-trials-registry/research/list?cond=PTSD>

**Додаткові популярні матеріали для ознайомлення:**

[Художній фільм «Відплата»](#)

[Художній фільм «Сортування»](#)

[Художній фільм «Звичайні люди»](#)

[Стаття у BBC NEWS "Не вбивай себе до середи". Історія артилериста з ПТСР](#)

[Онлайн журнал «Психосоматична медицина та загальна практика»](#)

[Ютуб канал професора Олега Чабана](#)

**Ми працюємо тут, контакти з нами:**

Кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії  
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

Клінічна лікарня на залізничному транспорті №1  
вул. Михайла Коцюбинського, буд. 8-а, м. Київ.

+38 (044) 406-97-50

+38 (063) 801-88-38

**Дякую за те, що слухали. Гарних і теплих Вам думок, бережіть себе та  
будьте здорові!**