



КАПИТЕЛ 3 / CHAPTER 3³

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD): THEORY, DIAGNOSIS AND PRACTICAL ASPECTS OF PSYCHOTHERAPY

DOI: 10.30890/2709-2313.2022-14-02-017

Вступ.

В сучасних умовах напруженої соціально-економічної ситуації, локальних воєн, терористичних актів, природних і техногенних катаклізмів, зростання смертності та злочинності, коли люди опиняються в умовах гострих і / або хронічних психічно травмуючих подій, вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є актуальною проблемою, як в клінічному, так і в соціальному аспектах. *Посттравматичний стресовий розлад* – психічний розлад, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравмуючих подій, таких як військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи статеве насильство, загроза смерті або перебування свідком або заподіювачем чужої смерті тощо та проявляється як довготермінова реакція на стрес [1, 11,13,].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. До проблематики, що пов'язана із вивченням посттравматичного стресового розладу зверталися як зарубіжні так і українські вчені, зокрема, Р. Волошин, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус (вивчення механізмів розвитку ПТСР, його симптоматика, фази та причин розвитку); І. Котєнев, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. Яковенко (технології діагностики подолання стресових розладів та ПТСР); І. Малкіна-Пих (психологічна допомога в кризових ситуаціях); В. Доморацький, Н. Крилов, А. Пушкарьов (особливості корекції посттравматичного стресового розладу в учасників військових дій); Г. Сельє (теоретичні основи поняття про ПТСР і загальний адаптаційний синдром); Ф. Шапіро (психотерапія емоційних травм) [1,2, 7, 11, 12,13].

Загалом з огляду на всесторонній інтерес у проблемі ПТСР у публікаціях [1, 2, 3, 5, 8, 11, 12,13, 15, 17 та ін.] симптоматика посттравматичних стресових розладів позначалася як «солдатське серце», «серцево – судинний невроз», «невроз бою», «операційна» або «бойова втома», «посттравматичний реактивний стан» (J. Zohar, Л. Хохлова, «залізничний синдром спинного мозку» (F. Erichsen.), «синдром напруги» (M. Hamilton), «військовий невроз»

³Authors: Hilman Anna Yuriivna, Kulesha Nataliia Petrivna



(А.Орпенгейм), «травматичний невроз» (Л. Даршкевич, Е. Блейлер, О.Бумке), «травматичні неврози війни» (А.Кардінер), «невроз переляку» (Е.Краєрелін), «психогенні реакції військового часу» (Г.Сухарева), «неврастенічний психоз» (Г.Сухарева), «реактивний психоз» (Н. Фелінський), «посттравматичний реактивний стан» (М.Гуревич), «постреактивний розвиток особистості» (В. Гіляровський, О.Кербиков, К. Іммерман). Сьогодні існує ціла низка досліджень, що описують симптоми ПТСР після інфаркту міокарда, після абортів, після операцій, що пов'язані з ампутаціями та вираженими дефектами зовнішності. Всі ці види психічних травм мають подібну етіологію — усі вони ґрунтуються на впливі так званого «гострого» стресу.

Частота прояву ПТСР, за науковими розвідками різних авторів [2, 6, 11, 12, 13], відрізняється в залежності від досліджуваного матеріалу, застосування діагностичних критеріїв, характеристик обстежуваного контингенту, використовуваних методів дослідження. За даними американських авторів, поширеність ПТСР серед населення становить 8-9%. В т.ч. вітчизняні дослідники вказують, що його частота в популяції коливається в межах від 1 до 12% і варіює залежно від частоти катастроф і травматичних ситуацій в межах 48-80% [1, 2, 11, 12,13, 14,15,17 та ін.].

Однозначно, що поширеність ПТСР зростає під час трагічних подій, що охоплюють масове число населення. Деякі автори вважають[1,2, 8, 11, 12,13, 14], що хоча б одну травматичну подію у своєму житті пережили 61% чоловіків і 49% жінок, багато (25-48%) – дві або більше психологічних травм. Прогнозується подальше зростання психічних розладів у відповідь на психічні травми. Вище вказане дає можливість узагальнити основні проблеми вивчення ПТСР, глибше проаналізувати симптоматику розладу, особливості його розпізнання, діагностики і психотерапії.

Мета статті: проаналізувати особливості прояву симптоматики посттравматичного стресового розладу, його діагностики та психотерапії.

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз, порівняння, систематизація даних психологічної, медичної літератури з проблем вивчення ПТСР; теоретичне моделювання з метою концептуалізації основних положень дослідження.

Виклад основного матеріалу. Посттравматичний стресовий розлад відносять до психогенного розладу, яке викликається впливом важких стресорів. *Посттравматичний стресовий розлад* (ПТСР) вважають психічний розлад, який може виникнути у людей, які пережили травматичну подію, таку як



стихийне лихо, серйозна аварія, терористичний акт, війна / бій, згвалтування або яким загрожує смерть, сексуальне насильство або серйозні травми [5,7,9,11].

Перший історичний етап вивчення ПТСР характеризувався описом гострих порушень при бойовій травмі. Надалі в середині ХХ століття спостерігали подібні реакції організму при стихійних лихах природного, техногенного характеру, пожежах, у які пережили атомне бомбардування в Японії, що супроводжувалися масовою загибеллю людей [3, 11,13].

Нав'язливі і пригнічуючі спогади подій, напади тривоги, емоційне зниження були визначені як «посттравматичний невроз» або як «посттравматична психологічна хвороба», ніж підкреслювалася роль психологічних факторів у формуванні цих станів і вказувало на появу *другого етапу* дослідження ПТСР.

Хронічні наслідки психологічних травм почали досліджувати в 48-і роки ХХ століття у колишніх в'язнів концентраційних таборів, у яких виявляли депресію, тривогу в поєднанні з різними соматичними симптомами, страх і параноєю, тотальною недовірою оточенню, особистісними змінами.

Термін «посттравматичний стресовий розлад» вперше з'явився в американській класифікації DSM-III [9,11,14,15,17] в 1960 році і розглядався в рамках невротичних розладів («невроз тривоги», «транзиторні ситуаційні розлади») на основі діагностичних критеріїв, розроблених М. Horowitz та ін. Це свідчило про появу *третього етапу* у вивченні даного розладу. З того часу значне зусилля було спрямоване на дослідження етіології, патогенезу, факторів ризику, феноменології і пов'язаної з ПТСР коморбідної патології, а також лікування.

Як особливий вид психічних порушень, що виникає у людей внаслідок впливу особливо потужних психогенних факторів, поняття ПТСР з'явилося вперше в американській психіатричній і психологічній літературі в кінці 70-х років [2, 6, 11, 12, 14]. За результатами аналізу психічних порушень у ветеранів в'єтнамської війни С. Fiqley (1978) запропонував поняття «поств'єтнамський синдром». Отож, до кінця 70-х років уже був накопичений значний матеріал, який, не дивлячись на відмінності характеру психічних травм, вказував на наявність цілої низки загальних і специфічних клінічних ознак.

Термін «посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» був вперше запропонований М. Хоровіц. Ним були розроблені діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті за основу при складанні Американської класифікації хвороб.

Відповідно до МКХ-10 визначається, що услід за травмуючими подіями, які



виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [8,9,11]. Потерпілими ПТСР можуть бути не тільки безпосередньо травмовані люди, а й очевидці подій, що відбуваються, родичі, рятувальники, медичний персонал, пожежники, стаючи прихованої жертвою під час надання допомоги при катастрофах. Однак, зазначимо, що далеко не у всіх суб'єктів які пережили вплив одного і того ж стресової події розвивається ПТСР (J.López-Ibor) [1,13].

Люди з ПТСР страждають напруженими, тривожними думками та почуттями, пов'язаними з їх досвідом, що триває довго після закінчення травматичної події. Вони можуть пережити подію через ретроспективи або кошмари; вони можуть відчувати смуток, страх або гнів; і вони можуть відчувати себе відірваними або відчуженими від інших людей. Люди з ПТСР можуть уникати ситуацій або людей, які нагадують їм про травматичну подію, і вони можуть мати сильні негативні реакції на щось таке звичайне, як сильний шум або випадковий дотик.

Діагноз ПТСР вимагає *вражаючої травматичної події* [4,7,8,15, 17]. Однак вплив може бути непрямим, а не з перших рук. Наприклад, ПТСР може трапитись у людини, яка дізнається про насильницьку смерть близької родини чи друга. Це також може статися в результаті неодноразового викриття жахливих деталей травми, так, як працівники міліції, котрі розкривають деталі випадків жорстокого поводження з дітьми або збирають залишки тіла постраждалих після страшного ДТП.

Причиною посттравматичного стресового розладу може бути будь-яке сильне переживання, що виходять за рамки звичайного досвіду і викликає крайнє перенапруження всій емоційно-вольової сфери людини. Найбільш вивченим причинним фактором є військові конфлікти, що викликають у активних учасників ПТСР з деякими характерними особливостями («військовий невроз», «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «чеченський синдром»). Справа в тому, що симптоматика ПТСР при військовому неврозі погіршується труднощами адаптації колишніх учасників бойових дій до мирного існування. Досвід військових психологів [4,6,9,16] свідчить, що посттравматичний синдром вкрай рідко розвивається у людей, досить швидко включилися в життя соціуму (робота, сім'я, друзі, хобі тощо).

У мирний час найбільш сильним стресовим чинником, що викликає розвиток посттравматичного синдрому більш ніж у 60% жертв, є полон



(викрадення, захоплення заручників). Також дуже високий ризик розвитку посттравматичного синдрому у жертв сексуального насильства (від 30 до 60%) («синдром зґвалтованих»). Дещо нижчий ризик розвитку ПТСР у осіб, що пережили сексуальні кримінальні інциденти. Так, при жорстокому побитті ймовірність виникнення посттравматичного синдрому становить близько 30%, при пограбуванні – 16%, у свідків вбивств – близько 8% [4,9,16].

Ймовірність розвитку посттравматичного синдрому у людей, які пережили природні або техногенні катаклізми, в тому числі автомобільні та залізничні катастрофи, залежить від величини особистих втрат (загибель близьких людей, важкі травми, втрата майна) і може становити від 3% (при відсутності важких втрат) до 83% (у разі нещасного збігу обставин) [3,5,7,8,9,]. При цьому у багатьох пацієнтів з «синдромом вижили» розвивається почуття провини (часто абсолютно невинуватого) в загибелі близьких або сторонніх людей.

Основною причиною виникнення ПТСР вважається стресовий розлад, який виник після трагічної події. Виходячи з цього, *етіологічні фактори* прояву цього розладу у дорослої особи можуть бути наступними: різні стихійні лиха природного характеру; широкий спектр катастроф; напад терористів; великі і сильні травми індивідуального характеру; сексуальне насильство в дитячому віці; крадіжка дитини; наслідки від хірургічного втручання; військові дії нерідко викликають синдром ПТСР у представників чоловічої статі; викидні дуже часто призводять до прояву даного розладу у жінок; злочин, скоєний на очах в особи; думки про невиліковне захворювання як власне, так і близьких людей [3,7,8,11].

До найпоширеніших *факторів ризику розвитку ПТСР* найчастіше відносять: 1) переживання небезпечних подій та травм; 2) поранення; 3) побачити, як інша людина постраждала, або побачити мертве тіло; 4) дитяча травма; 5) відчуття жаху, безпорадності або надзвичайного страху; 6) маючи незначну або взагалі відсутність соціальної підтримки після надзвичайної ситуації, травми тощо; 7) боротьба з додатковим стресом після події, таким як втрата коханої людини, біль і травма або втрата роботи чи будинку; 8) мали в анамнезі психічні захворювання або зловживання наркотиками та ін. [3,7].

Крім цього, існує *група ризику*, представники якої найбільш сильно схильні до виникнення синдрому ПТСР. До них відносяться: 1) працівники медичної служби, які змушені бути присутніми при різних катастрофічних ситуаціях; 2) рятувальники, що знаходяться в безпосередній близькості від втрати життя, рятуючи людей, що опинилися в центрі катастрофічних подій;



3) журналісти та інші представники інформаційної сфери, яким за службовим обов'язком доводиться бути в епіцентрі події; 4) безпосередньо самі учасники екстремальних подій і члени їх сімей [3,8].

У спеціальній літературі виділяються наступні *діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу* [2,3,7,9,10,11,12,13,14,15 та ін.].

А. Людина пережила психотравмуючу подію, при якій мали місце наступні дві умови: 1) вона була учасником або свідком події, яка супроводжувалася реальною смертю або її загрозою, нанесенням серйозної фізичної шкоди або загрозою фізичної цілісності щодо неї самої або інших людей; 2) вона випробувала інтенсивний страх, безпорадність або жах. Примітка: у дітей замість цього могла спостерігатися неадекватна поведінка або збудження в умовах психотравмуючої події.

Б. Психотравмуюча подія у людини служить предметом постійних переживань, які можуть приймати одну або декілька з наступних форм: 1) повторювані нав'язливі гнітючі згадування про травму у вигляді образів, думок, відчуттів. Примітка: у дітей раннього віку можуть бути постійні ігри, сюжетно пов'язані з пережитою травмою; 2) повторювані болісні сновидіння, що включають сцени з пережитої події. Примітка: у дітей можливі застрашливі сновидіння без певного змісту; 3) людина діє або відчуває таким чином, начебто заново реально переживає психотравмуючу подію (у вигляді оживлених переживань, ілюзій, галюцинацій або дисоціативних епізодів по типу «флешбеку» (образів з минулого), в тому числі в момент пробудження або при інтоксикації). Примітка: у дітей можливе повторюване розігрування в іграх епізодів травми; 4) інтенсивний психологічний дискомфорт при контакті з внутрішніми або зовнішніми стимулами, які символізують або нагадують психотравмуючу подію; 5) надмірні фізіологічні реакції при контакті з «якорями» (внутрішніми або зовнішніми стимулами, які символізують або нагадують психотравмуючу подію).

В. Постійне уникнення стимулів, які пов'язані з травмою, а також ряд загальних проявів, які були відсутні до травми (необхідні не менше трьох з наступних симптомів): 1) прагнення уникнути думок, почуттів або розмов про травму; 2) прагнення уникнути дій, місць, людей, здатних нагадати про травму; 3) неможливість пригадати важливі деталі психотравми; 4) виражене обмеження інтересів і небажання брати участь у будь-якої діяльності; 5) відстороненість, замкнутість; 6) ослаблення афективних реакцій (у тому числі



нездатність відчувати любовні почуття); 7) відчуття безнадійності (відсутність будь-яких очікувань, пов'язаних з кар'єрою, одруженням, дітьми або тривалістю майбутнього життя).

Г. Постійні ознаки підвищеної збудливості, які були відсутніми до травми і які проявляються не менш як двома наступними нижче симптомами: 1) труднощі засипання або підтримки сну; 2) дратівливість або спалахи люті; 3) порушення концентрації уваги; 4) підвищена настороженість; 5) посилений стартл-рефлекс (стереотипне короткочасне генералізоване скорочення м'язів).

Д. Тривалість симптомів, зазначених у критеріях Б, В, Г, не менше одного місяця.

Е. Розлад заподіює клінічно виражений дискомфорт або порушує життєдіяльність потерпілого в соціальній, професійній, сімейній чи інших важливих сферах.

ПТСР кваліфікується наступним чином: 1) як гострий, якщо тривалість симптомів не перевищує трьох місяців; 2) як хронічний, якщо симптоми тривають більше трьох місяців; 3) як відставлений, якщо симптоми проявляються не раніше ніж через шість місяців після психотравмуючої події [1].

Для постановки діагнозу посттравматичного стресового розладу необхідно виявити не менше трьох з перерахованих симптомів. З симптомів підвищеної активації (інсомнія, дратівливість, підвищена збудливість, посилений стартл-рефлекс) мають бути присутні принаймні два. Діагноз посттравматичного стресового розладу встановлюється тільки в тому випадку, якщо відмічені симптоми зберігаються не менше місяця.

Отже, до *симптомів посттравматичного стресового розладу* відносять *симптоми* чотирьох категорій (конкретні з яких можуть відрізнитися за ступенем тяжкості) [2,3,7,12]:

1. *Вторгнення*: Нав'язливі думки, такі як неодноразові мимовільні спогади; страждаючі думки; або спогади травмуючої події. Спогади можуть бути настільки яскравими, що люди відчувають, що вони переживають травматичний досвід або бачать його на очах.

2. *Уникнення*. Уникання нагадувань про травматичну подію може включати уникання людей, місць, діяльності, предметів та ситуацій, які можуть викликати тривожні спогади. Люди можуть намагатися уникати згадувати чи думати про травматичну подію. Вони можуть опиратися розмові про те, що сталося, або як вони ставляться до цього.



3. *Зміни в пізнанні та настрої*: нездатність запам'ятати важливі аспекти травматичного задуму, негативні думки та почуття, що призводять до постійних та спотворених переконань про себе чи інших (наприклад, «Мені погано», «Нікому не можна довіряти»); спотворені думки про причину чи наслідки події, що призводять до помилкового звинувачення себе чи інших; постійний страх, жах, гнів, провина або сором; знижений або відсутній інтерес до діяльності (професійної та іншої), яка раніше приносила задоволення, і до якої раніше вдавалася особа; почуття відірваності чи відчуженості від інших; або нездатність відчувати позитивні емоції (порожнеча щастя чи задоволення).

4. *Зміни збудження та реактивності*: симптоми збудження та реактивності можуть включати дратівливість та гнівні спалахи; особа може поводитись необдуманно або самознищувально; надмірно пильно стежити за оточенням підозріло; легко здивуватися; або мати проблеми з концентрацією або сном.

Під час діагностики ПТСР вато врахувати, що, доросла людина повинна мати все наступне протягом принаймні 1 місяця [1,7,11,12,13,15]: 1) принаймні один повторний симптом; 2) принаймні один симптом уникнення; 3) принаймні два симптоми збудження та реактивності; 4) принаймні два когнітивні та настроїв симптоми.

Повторні симптоми включають: 1) флешбеки – знову і знову особа переживає травму, включаючи фізичні симптоми, такі як серцебиття або пітливість; 2) погані сни; 3) жахливі лякаючі думки [1,13].

Повторне виникнення симптомів може спричинити проблеми у повсякденному житті людини. Симптоми можуть починатися від власних думок і почуттів людини. Слова, предмети або ситуації, які нагадують про подію, також можуть спричинити повторне виникнення симптомів.

Симптоми уникнення включають[1,2]:

1. Триматися подалі від місць, подій або предметів, які нагадують про травматичний досвід;

2. Уникання думок або почуттів, пов'язаних з травматичною подією;

3. Речі, які нагадують людині про травматичну подію, можуть спровокувати симптоми уникнення. Ці симптоми можуть змусити людину змінити свій особистий розпорядок дня. Наприклад, після серйозної дорожньо-транспортної пригоди людина, яка зазвичай їздить за кермом, може уникати водіння або їзди на машині.



Симптоми збудження та реактивності переважно включають[1,2]:

1. Відчуття напруженості або «на краю»;
2. Виникають труднощі зі сном;
3. Маючи гнівні спалахи.

Симптоми збудження, як правило, постійні, замість того, щоб викликати речі, які нагадують одну з травматичних подій. Ці симптоми можуть змусити людину відчувати стрес і гнів. Вони можуть ускладнити виконання щоденних завдань, таких як сон, їжа або концентрація уваги.

Симптоми пізнання та настрою включають[1,2]:

1. Проблема з запам'ятовуванням ключових особливостей травмуючої події;
2. Негативні думки про себе чи світ;
3. Викривлені почуття, такі як провина або провина;
4. Втрата інтересу до приємних занять.

Симптоми пізнання та настрою можуть початися або погіршитися після травматичної події, але не через травму чи вживання наркотичних речовин. Ці симптоми можуть змусити людину відчувати себе відчуженою або відірваною від друзів чи членів сім'ї. Природно, що деякі з цих симптомів спостерігаються протягом декількох тижнів після небезпечної події. Коли симптоми тривають більше місяця, серйозно впливають на здатність людини функціонувати і не зумовлені вживанням речовин, медичними захворюваннями чи чим-небудь, крім самої події, вони можуть бути ПТСР. Деякі люди з ПТСР не проявляють жодних симптомів протягом тижнів або місяців. ПТСР часто супроводжується депресією, зловживанням психоактивними речовинами або одним або кількома іншими тривожними розладами. За результатами аналізу поняття, методологічних основ аналіз ПТСР, його симптоматики, груп та факторів ризику виникнення розладу, ми розробили модель аналізу та розпізнавання посттравматичного стресового розладу (рис.1).

Діагностика посттравматичного стресового розладу. Діагностувати посттравматичний стресовий розлад не завжди є легко. Часто потерпілі самі собі ставлять діагноз розладу, не знаючи конкретної симптоматики або це є вигідна позиція мати такий розлад для отримання різних вигод (н-д: пільг тощо).

З метою дослідження та розпізнавання симптомів посттравматичного стресового, зазвичай, проводять клінічне інтерв'ю, ведуть контрольні листи самозвітів, а також психометричні та психофізіологічні вимірювання.

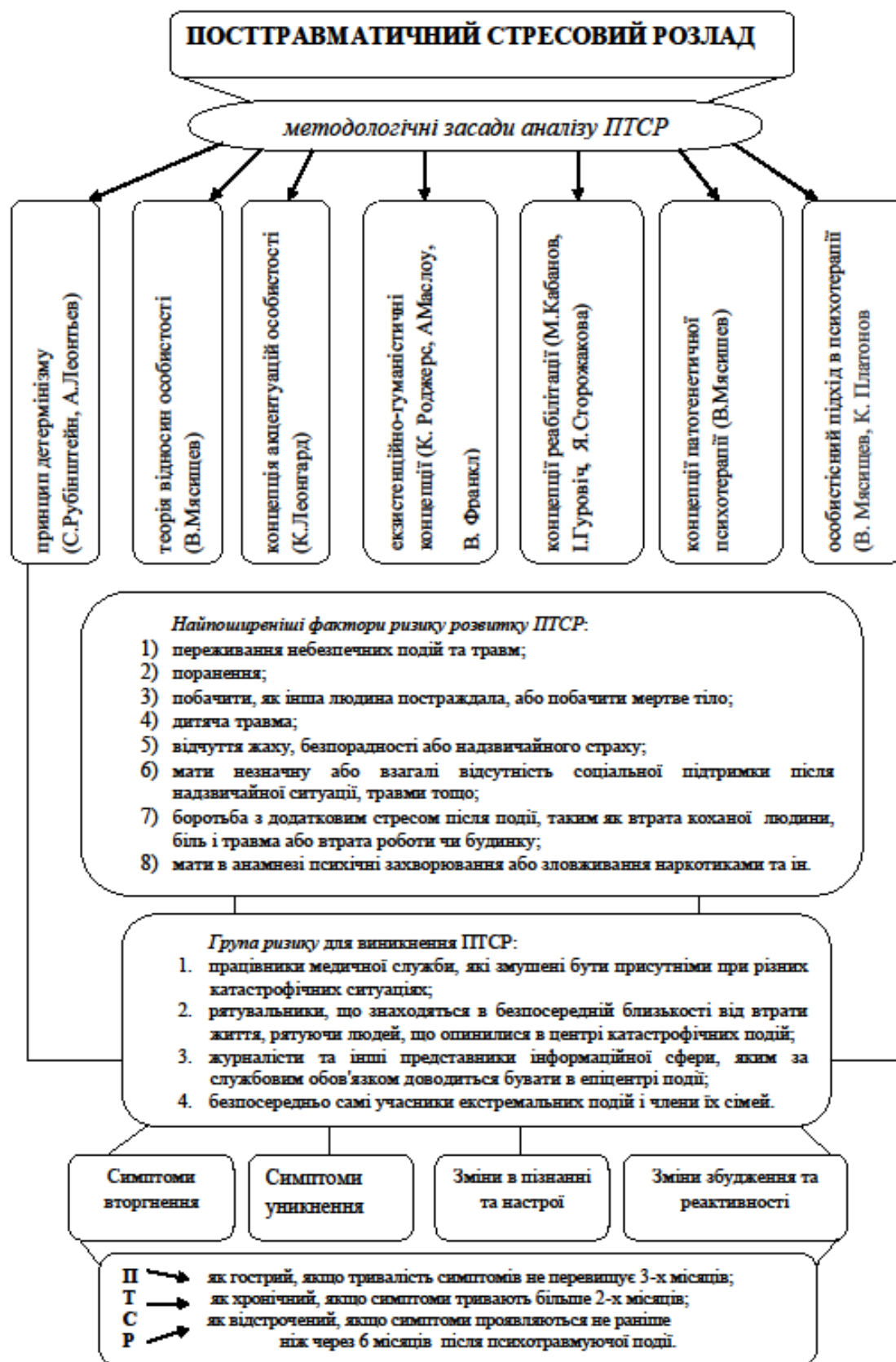


Рис.1. Модель аналізу та розпізнавання посттравматичного стресового розладу

Серед методів інтерв'ювання ПТСР використовують [1,7,11,13]: метод



структурованого клінічного інтерв'ю — СКІД (SKID — Structured Clinical Interview for DSM-III-R), напівструктуроване діагностичне інтерв'ю DIS (The Diagnostic Interview Schedule), структуроване інтерв'ю для ПТСР (The Structured Interview for PTSD (SI-PTSD)), інтерв'ю для ПТСР (PTSD-I), інтерв'ю для тривожних розладів — опрацьована версія (ADIS-R), комбіноване міжнародне діагностичне інтерв'ю (CIDI), клінічна адміністративна шкала ПТСР або шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS), шкала інтерв'ю для симптому ПТСР (PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I)).

Найпоширеніших методиками цього типу сьогодні є [1,11]: контрольний лист ПТСР, шкала самозвіту симптому ПТСР (PTSD Symptom Scale Self-Report (PSS-S)), шкала самозвіту симптому ПТСР модифікована (Modified PTSD Scale Self-Report (MPSS-S)). Контрольні листи самозвітів можуть бути важливими інструментами в мультимедійному оцінюванні, оскільки являють собою порівняно недорогу інформацію про те, як респонденти розглядають свої симптоми, не маючи прямого зв'язку з інтерв'юером. Нажаль, жодна з зазначених вище методик не включає показник валідності.

До емпіричних психометричних вимірів ПТСР відносять [1,11,14]: місісіпську шкалу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) Л. Дерогатіса, опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory — BDI), РК шкалу ММРІ (Keane PTSD Scale of the ММРІ/ММРІ-2); шкалу оцінки важкості впливу травмуючої події та ін. Психометричні вимірювання схильності впливу потенційно травмуючої події здійснюються за допомогою: шкали схильності травматичному впливу військових подій (Combat Exposure Scale), гарвардського опитувальника по травмі (Harvard Trauma Questionnaire), опитувальника травматичного стресу (Traumatic Stress Schedule).

Напрямки психотерапевтичної допомоги при ПТСР. За даними на 2016 рік, найбільш ефективними методами допомоги при ПТСР є психотерапевтичні методи [2,3,7,9,11,12,13,14,15]: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ, Cognitive behavioral therapy), метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми з допомогою руху очей (EMDR) і терапія продовженого впливу (довготривала експозиційна психотерапія, терапія із пролонгованою експозицією) (PE).

Перші два напрями роботи рекомендовані сучасними протоколами допомоги при ПТСР (*М.Фрідман, О. Романчук*). Ефективність КПТ та EMDR



встановлена кількома десятками рандомізованих контрольованих досліджень (APA, 2004, 2009). Експозиційна психотерапія [13,14,15] щоразу доводить свою ефективність, зокрема сьогодні досить вдало її практикують психотерапевти у клініці бойового стресу, психіатрії та психотравматології при Військовому медичному інституті у м. Варшава.

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

Встановлено у 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» (О.Романчук). Важливим також є залучення до лікування рідних пацієнта.

При EMDR процесуалізація травми відбувається за допомогою одночасного згадування та слідкування пацієнта поглядом за рухом руки терапевта вправо—вліво або ж іншою формою білатеральної стимуляції (почерговими дотиками до лівої/правої долоні, аудіостимуляцією тощо).

В 2016 році МОЗ був оприлюднений протокол «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації [4,5]. Посттравматичний стресовий розлад», який відповідає сучасним науковим уявленням і в якому передбачені наступні методи психотерапії і психокорекції: *обов'язкові*: 1) ТФ-КПТ (експозиція та когнітивне реструктурування); 2) ДПРО та *бажані*: 1) стрес-менеджмент; 2) раціональна терапія; 3) сімейна психотерапія.

Згідно «Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder» [7,9,13,14,15] (2007, 2013) зазначено про *психологічні втручання для дорослих з ПТСР*:

1. Дорослі з ПТСР мають бути забезпечені травмофокусованою терапією/лікуванням (травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) або десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей [EMDR], на додаток до експозиції в природних умовах).

2. Оскільки наявні дані не підтверджують важливість руху очей в EMDR, рекомендується, щоб лікар, який використовує EMDR, прийняв до відома, що



приріст ефективності лікування, швидше за все, буде через взаємодію з травматичною пам'яттю, когнітивну переробку, а також за допомогою тренування навичок опанування та засвоєння/переробки.

3. У випадках, коли симптоми не відповідають жодному з першочергових травмофокусованих форм терапії (травмофокусована КПТ і EMDR на додаток до експозиції у природних умовах), практикуючий лікар може розглянути альтернативну травмофокусовану форму втручання.

4. Втручання, що не сфокусовані на травмі, такі як підтримуюче консультування і релаксація, не повинні надаватися дорослим з ПТСР замість травмофокусованих втручань.

5. У випадках, коли симптоми не піддаються травмофокусованому втручання, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі (таких як стрес-менеджмент), та/або фармакотерапії.

6. Сеанси, що включають імагінативну експозицію, повинні тривати не менше 90 хвилин для гарантування правильності терапії на таких сеансах.

7. Після діагностування, оцінки та планування лікування, зазвичай вистачає 8-12 сеансів травмофокусованої терапії, для досягнення позитивного результату.

8. Для осіб, які страждають на ПТСР з декількома проблемами, що виникли в результаті декількох травмуючих подій, в результаті переживання травматичної реакції на втрату або у випадках, коли ПТСР є хронічним і пов'язаний зі значною недієздатністю і великою кількістю супутніх захворювань, можуть знадобитися додаткові сеанси із застосуванням специфічних методів лікування для вирішення вищевказаних проблем.

9. У випадках, коли дорослі отримали ПТСР та супутні захворювання в результаті тривалої і/або повторюваної травматичної події, може знадобитися більше часу для встановлення довірчого терапевтичного альянсу, необхідно буде приділити більше часу оволодінням навичками психоемоційного регулювання, а також може знадобитися поступовий підхід до експозиційної терапії.

На основі аналізу дієвого застосування різних напрямів психотерапії у роботі з ПТСР ми розробили схему основних із них (рис.2).

Не зважаючи на різноманітність методів та напрямків психотерапевтичної роботи (в т.ч. групової) з особами з посттравматичним стресовим розкладом, ця діяльність завжди спрямована на досягнення певних *терапевтичних цілей* [3,4, 5,7,9,11,12,13,14,15], зокрема:

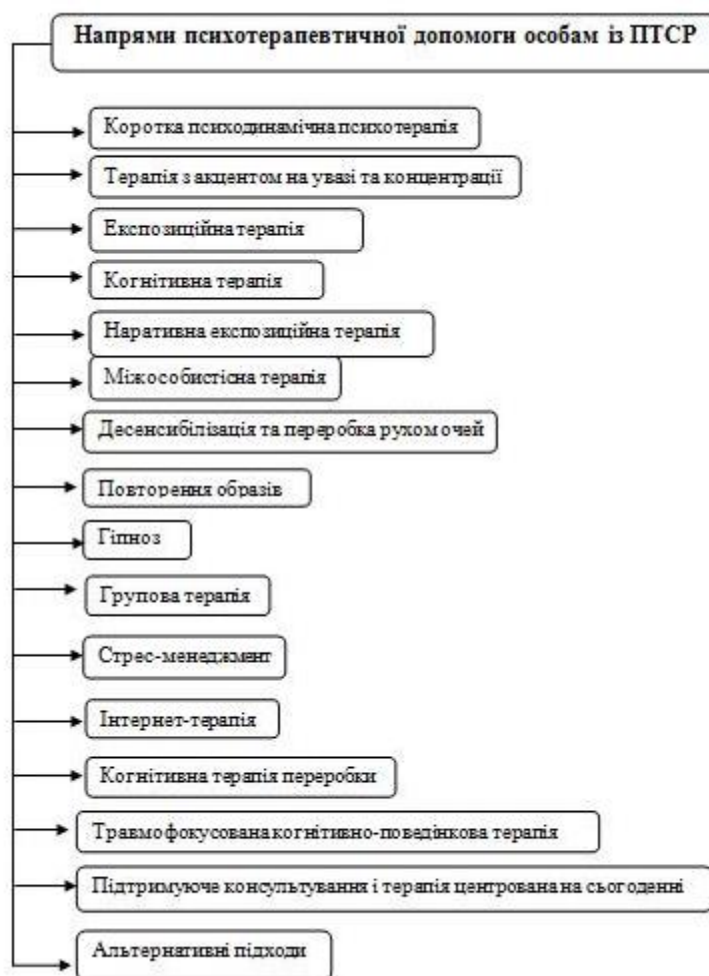


Рис. 2. Напрями психотерапевтичної допомоги особам із ПТСР

1) повторне емоційне переживання психотравми в безпечному просторі підтримуючої групи, поділ цього переживання з терапевтом і групою (при цьому терапевту не слід форсувати процес);

2) спілкування в групі з людьми, які мають схожий травматичний досвід, що дає можливість зменшити почуття ізоляції, відчуженості, сорому і посилити почуття приналежності, доречності, спільності, незважаючи на унікальність травматичного переживання кожного учасника групи;

3) можливість спостерігати за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів на тлі соціальної підтримки від терапевта і членів групи;

4) спільне навчання методам контролю над наслідками особистої травми;

5) можливість бути в ролі того, хто допомагає (здійснює підтримку, вселяє впевненість, повертає почуття власної гідності), що дозволяє подолати відчуття власної нікчемності («мені нічого запропонувати іншим»), зміщення фокусу з почуття власної ізольованості і негативних зневажливих думок на такі думки, які



пов'язані з підтримкою інших («дехто з присутніх страждає більше, ніж я»);

б) набуття досвіду нових взаємин, що допомагають учасникам групи сприйняти стресову подію іншим, більш адаптивним способом.

Визначені цілі представимо відповідно до етапів психотерапевтичної (групової) роботи з ПТСР (також авторська розробка) (рис. 3.).

Розглянемо детальніше етапи професійної допомоги при роботі з ПТСР [2,3,5,11,12,13,18,20,21,23,24,25,26]:

Першим етапом будь-якої психологічної допомоги є психологічна діагностика. Вона може проходити як у формі тестів, так і у формі бесіди, у ході якої фахівець усвідомлює подробиці проблемної ситуації і переживань людини, яка звернулася до нього за допомогою.

Другий етап – це укладення так званого «психотерапевтичного договору». Як правило, цей договір не набуває форму офіційного юридичного документа.

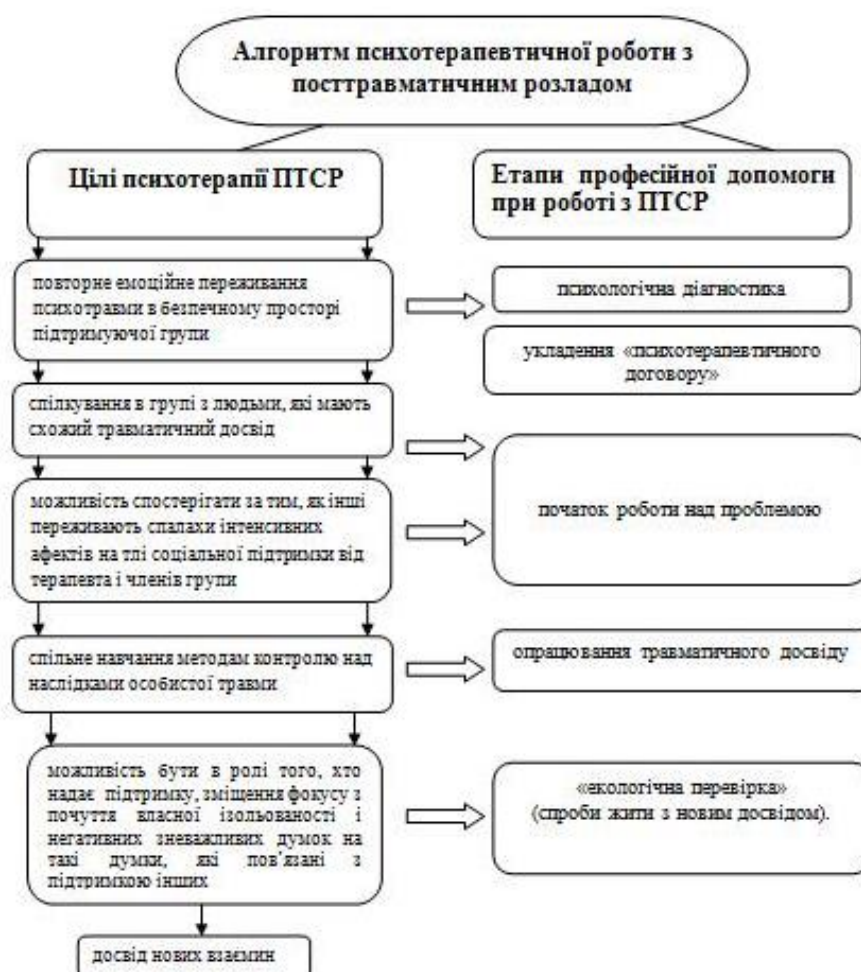


Рис.3. Алгоритм психотерапевтичної роботи з посттравматичним стресовим розладом



Це просто певна домовленість між фахівцем і клієнтом про порядок їх спільної роботи (з якою проблемою йде робота, як довго вона може протривати, з яких етапів складатиметься, на який результат розрахована).

Третій етап – початок роботи над проблемою. На цьому етапі найважливішим спільним досягненням фахівця і клієнта є створення, розширення і зміцнення тих психологічних ресурсів, які допоможуть впоратися з травматичним досвідом. Для того щоб впоратися з психологічною травмою, потрібні психологічні, душевні сили. Підготовка, «вирощування» цих сил визначає успішність подальших корекційних заходів.

Четвертий етап – опрацювання травматичного досвіду. Ця стадія роботи починається тоді, коли накопичені сили, і постраждала людина вже готова зустрітися зі спогадами, переживаннями тієї події, що викликала психологічну проблему. Людина на цьому етапі переживає і приймає травматичну ситуацію. Коли ми вживаємо слово «пережити», ми припускаємо, що ця подія стає частиною особистого досвіду людини, який пов'язаний з минулим, в той час як посттравматичний стресовий розлад припускає, що психологічно для людини ця ситуація є справжньою та продовжує діяти в сьогоденні. Для того, щоб психологічна травма, отримана людиною, стала частиною особистого минулого, її повторне актуальне переживання є невід'ємним етапом одужання.

Постраждалі люди усвідомлюють, що дала їм ця ситуація, чому вона їх навчила (наприклад, «завдяки цій ситуації я став сильним», «ця ситуація показала, що у мене є справжні друзі» тощо).

П'ятим етапом у психологічній корекції ПТСР є етап, який фахівці називають «екологічною перевіркою». На цьому етапі людина пробує жити з новим досвідом, який вона отримала у процесі психокорекції та психотерапії. Ця стадія необхідна для того, щоб травматичні переживання не повернулися знову. Адже часто людина звикає жити в своїй проблемі, звикають до цього і люди, що оточують її. У цей період людина обговорює з фахівцем зміни, які відбуваються в її житті у зв'язку з роботою над травмою. Таким шляхом відбувається перевірка того, наскільки людина впоралася з посттравматичним стресовим розладом, перевіркою, яку влаштовує саме життя.



Висновки.

Отже, посттравматичний стресовий розлад є однією з найбільш частих і несприятливих форм психічних порушень у осіб, які пережили життєво небезпечні ситуації. Це важкий психічний стан, що виникає в результаті одиничної або повторюваної події, що надає надпотужний негативний вплив на психіку індивіда. Травматичність події тісно пов'язана з відчуттям власної безпорадності через неможливість ефективно діяти в небезпечній ситуації. Важливо пам'ятати, що це є відстрочена реакція психіки на складну життєву подію людини. До симптомів ПТСР відносять симптоми чотирьох категорій: вторгнення, уникнення, зміни в пізнанні та настрої, зміни збудження та реактивності. Під час діагностики ПТСР вато врахувати, що, доросла людина повинна мати хоча б один повторний симптом; хоча б симптом уникнення; принаймні два симптоми збудження та реактивності; хоча б два когнітивні та настрої симптоми протягом принаймні 1 місяця. Найбільш ефективними методами психотерапії у роботі з ПТСР є переважно когнітивна та пролонгована експозиційна психотерапія. Побудову професійної допомоги слід розгортати на основі алгоритму психотерапевтичної роботи з посттравматичним стресовим розладом, де цілі психотерапевтичної роботи відповідають її етапам незалежно від обраного методу.