

МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА  
НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ"

**ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ  
РОЗЛАД. ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ**

КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ

**ЗМІСТ**

<u>Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови</u>	3
<u>Список скорочень</u>	3
<u>Передмова мультидисциплінарної робочої групи</u>	3
<u>Короткий опис</u>	3
<u>1. Вступ</u>	3
<u>Розділ 2. Травма та реакції на травму</u>	3
<u>Розділ 3. Загальні рекомендації при роботі з дітьми і підлітками</u>	3
<u>Розділ 4. Втручання</u>	3
<u>Розділ 5. Рекомендації щодо лікування гострої реакції на стрес, ПТСР та комплексного ПТСР.</u>	3
<u>Розділ 6. Комплексний ПТСР</u>	3
<u>Розділ 7. Економічні міркування</u>	3
<u>Розділ 8. Конкретні групи населення та типи травм</u>	3

### **Склад мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання клінічної настанови**

Дубров Сергій	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Гармата Олена	головний спеціаліст сектору з охорони психічного здоров'я Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України, заступник голови робочої групи;
Мішиєв В'ячеслав	директор комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня «ПСИХІАТРІЯ»» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
Аврамчук Олександр	доцент кафедри клінічної психології Українського католицького університету (за згодою);
Ассонов Дмитро	PhD, асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.
Возніцина Ксенія	директор державного закладу «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» Міністерства охорони здоров'я України;
Гуль Андрій	медичний директор державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;
Климчук Віталій	віце-президент Національної психологічної асоціації, експерт проекту "Психічне здоров'я для України" (за згодою)
Марута Наталія	заступник директора з наукової роботи «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Марценковський Дмитро	асистент кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Омелянчик Віталій	доктор медичних наук, професор, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Підлісецька Леся	керівник клініки психічного здоров'я дітей, підлітків та молоді, Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр (за згодою);

Сумарюк Богдан	асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології Буковинського державного медичного університету, експерт проекту «Психічне здоров'я для України» (за згодою);
Франкова Ірина	асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (за згодою);
Хаустова Олена	завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Чабан Олег	доктор медичних наук, професор, академік АНВО України, директор інституту психічного здоров'я Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Гуленко Оксана	начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------	--

Електронну версію документа можна завантажити з Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що розміщений на сайті Державного експертного центру МОЗ України (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

**Державний експертний центр МОЗ України є членом**

Guidelines International Network  
(Міжнародна мережа настанов)



### **Рецензенти:**

Венгер Олена Петрівна	завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, доктор медичних наук, професор
Маркова Маріанна Владиславівна	завідувач кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету МОЗ України, доктор медичних наук, професор

Пилягіна  
Галина  
Яківна

завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика МОЗ України, доктор медичних наук, професор

**Перегляд клінічної настанови заплановано на 2029 рік**

**Список скорочень**

A, B, C, D, GPP	Рівні доказовості, що утворюють основу для рекомендацій Національного інституту охорони здоров'я і досконалості медичної допомоги
ACPMH	Австралійський центр посттравматичного психічного здоров'я
АНТА	Центр оцінки медичних технологій «Аделаїда»
CAPS	Клінічна шкала ПТСР для Посібника з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів, Том IV
CP	Пункти консенсусу
DESNOS	Розлад крайнього стресу, не уточнений
DSM	Посібник з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
GPP	Рекомендації з належної практики
K LEC-5	Число досліджень, дані з яких були використані для розробки настанови Контрольний список травматичних подій
n	Кількість учасників
NHMRC	Національна рада з охорони здоров'я та медичних досліджень
NICE	Національний інститут здоров'я та досконалості медичної допомоги (Великобританія)
PCL	Контрольний перелік симптомів ПТСР
PICO	Визначає дослідження, які будуть включені в систематичний огляд за наступними категоріями: населення, втручання, компаратор, результат
RR	Рекомендації з досліджень
SMD	Стандартне середнє відхилення
VA/DoD	Міністерство у справах ветеранів США
BP	Відносний ризик
GSP	Гострий стресовий розлад
ДІ	Довірчий інтервал
ДПРО	Десенсибілізація та переробка рухом очей
ДТП	Дорожньо-транспортна пригода

ІМАО	Інгібітор моноаміоксидази
КН	Клінічна настанова
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
МДМА	Метилендіоксиметамфетамін
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-е видання)
НІП	Насильство з боку інтимного партнера
НЕТ	Наративна експозиційна терапія
ПЕ	Пролонгована експозиція
ПТП	Потенційно травматична подія
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
РКД	Рандомізоване контрольоване дослідження
СІЗЗС	Селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну
ТМС	Транскраніальна магнітна стимуляція
ТФ-КПТ	Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
ТЦА	Трициклічний антидепресант
ЧМТ	Черепно-мозкова травма

## **ПЕРЕДМОВА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРОНОЇ РОБОЧОЇ ГРУПИ**

*Дана клінічна настанова за темою «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» (КН) є адаптованою для системи охорони здоров'я України версією оригінальної клінічної настанови «**Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder**» (2021), що була визнана робочою групою як приклад найкращої практики надання медичної допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом і ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки медичних заходів та організаційних принципів її надання. Використані джерела були обрані на основі об'єктивних критеріїв оцінки з використанням міжнародного інструменту - Опитувальника з експертизи та оцінки настанов AGREE II.*

*Дана КН не повинна розцінюватись як стандарт медичного лікування. Дотримання положень КН не гарантує успішного лікування в кожному конкретному випадку, її не можна розглядати як посібник, що включає всі необхідні методи лікування або, навпаки, виключає інші. Остаточне рішення стосовно вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікар з урахуванням клінічного стану пацієнта та можливостей для проведення заходів діагностики і лікування у медичному закладі. Дана КН, відповідно до свого визначення, має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях, слугує інформаційною підтримкою щодо найкращої клінічної практики на основі доказів ефективності застосування певних медичних технологій, ліків та організаційних засад медичної допомоги.*

*Дана КН є рекомендаційним документом з найкращої медичної практики, заснованої на доказах ефективності, в першу чергу, для фахівців мультидисциплінарної команди, які надають як первинну, так і спеціалізовану медичну допомогу (лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, клінічних психологів, психотерапевтів).*



*Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder» (2021)*

**Короткий опис**

Дана КН містить рекомендації щодо найкращих втручань для дітей, підлітків та дорослих, які зазнали впливу потенційно травматичних подій, а також тих, у кого розвинувся гострий стресовий розлад (ГСР) або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). У КН також визнається новий діагноз "комплексний посттравматичний стресовий розлад" (КПТСР, див. Розділ 5) в 11-му перегляді Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Оскільки КПТСР є новим діагнозом, наразі немає прямих доказів того, як його лікувати.

Посібник розроблений для використання:

- широким колом лікарів загального та психіатричного профілю, які планують та надають лікування в різних клінічних установах
- людьми, які постраждали від травми, що приймають рішення про своє лікування
- фінансуючими організаціями, які приймають рішення про закупівлю послуг

Очікуваним результатом Настанов є більш широке визнання УСН, ПТСР і КПТСР, розширення доступу до науково обґрунтованої допомоги і, в кінцевому підсумку, поліпшення результатів для людей, які постраждали від травми. Важливо зазначити, що Настанови призначені для керівництва практикою, а не для обов'язкового використання. Необхідно враховувати унікальні обставини кожної людини та її загальні потреби в охороні психічного здоров'я.

КН були розроблені австралійським Центром посттравматичного психічного здоров'я "Фенікс" у співпраці з Групою з розробки настанов, до складу якої входять провідні австралійські експерти з травми, фахівці-практики, які працюють з людьми, що пережили травму, особи, які мають життєвий досвід травми, а також методолог з розробки настанов. Рекомендації ґрунтуються на доказах найкращих практик, отриманих в результаті систематичного огляду австралійської та міжнародної літератури з травматології.

Деякі з ключових рекомендацій такі:

- Після потенційно травматичної події не рекомендується проводити рутинне психологічне опитування. Найкращий підхід до надання допомоги людям після потенційно травматичного досвіду - це надання інформації, емоційної підтримки та практичної допомоги, що узгоджується з комплексом втручань, які разом називаються "психологічною першою допомогою".
- Для дорослих із симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми рекомендується модель поетапної або спільної допомоги. В рамках моделі поетапної допомоги люди отримують доказове лікування, адаптоване до тяжкості та складності їхніх симптомів.
- Для дорослих, у яких розвивається ПТСР, найкращий підхід до психологічного лікування полягає в тому, щоб протистояти пам'яті про травматичну подію, щоб примиритися з пережитим досвідом. Рекомендовані методи лікування включають травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію та її різновиди, когнітивно-процесуальну терапію (КПТ), когнітивну терапію (КТ), пролонговану експозицію (ПЕ), а також десенсибілізацію та переробку рухами очей (EMDR).
- Для дорослих медикаментозне лікування не повинно надавати перевагу травмофокусованій терапії, але може розглядатися, коли людина не готова або не бажає брати участь у травмофокусованій терапії, або не має доступу до неї, або має додаткові проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія, або не отримала користі від травмофокусованої терапії. Якщо розглядати медикаментозне лікування, то першим вибором будуть селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) або венлафаксин, інгібітор зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (СІЗЗСН).

- Для дітей та підлітків шкільного віку найкращим підходом до лікування є травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія. Однак вона повинна бути належним чином адаптована до стадії розвитку конкретної дитини чи підлітка.
- Залучення батьків та/або опікунів є дуже важливим у роботі з дітьми та підлітками, оскільки саме вони, як правило, приводять їх на обстеження та лікування. Крім того, діти є частиною системи (як правило, сім'ї), і при оцінці та лікуванні необхідно брати до уваги всю систему в цілому.

За відсутності сучасної доказової бази щодо лікування комплексного ПТСР (КПТСР), а отже, і будь-яких рекомендацій щодо лікування, до Настанов включено розділ про КПТСР, в якому розглядаються концептуальні, діагностичні, оціночні, управлінські та лікувальні питання, а також представлено короткий огляд досліджень, що проводяться в даний час.

У заключній главі надаються поради медичним працівникам щодо питань, які слід враховувати при застосуванні Настанов до певних груп або типів травм. До таких груп належать аборигени та мешканці островів Торресової протоки, біженці та шукачі притулку, військовослужбовці та колишні військовослужбовці, працівники екстрених служб та люди похилого віку, а до типів травматичних подій - дорожньо-транспортні пригоди, злочини, сексуальне насильство, насильство з боку інтимного партнера, стихійні лиха та тероризм.

## РЕЗЮМЕ

У 2007 і 2013 роках Національна рада охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC) затвердила першу і другу австралійські настанови з лікування дорослих з гострим стресовим розладом і посттравматичним стресовим розладом (далі - Настанови). Настанови 2007 року стосувалися лише дорослих, тоді як Настанови 2013 року були розширені й охоплювали дітей та підлітків. Сфера застосування цієї третьої, поточної версії Настанов була знову розширена, щоб включити розгляд нового діагнозу в МКХ-11 - комплексного ПТСР. Крім того, формат було змінено на "живу настанову". Рекомендації були опубліковані в онлайн-форматі (Австралійські настанови з ПТСР) з можливістю оновлення окремих рекомендацій, коли для цього з'явиться достатньо нових доказів.

**Розділ 1 "Вступ"** містить огляд процесу розробки рекомендацій і деталізує їх завдання й обсяг. До складу Групи з розробки настанов увійшли провідні австралійські експерти з травми, фахівці-практики, які працюють з людьми, що пережили травму, особи з особистим досвідом травми, а також методолог з розробки настанов. Групу з розробки настанов підтримувала проектна команда з Фенікса, Австралія

Настанови були розроблені з використанням методології GRADE (градація рекомендацій, аналіз, розробка та оцінка) для оцінки достовірності доказів, інтерпретації та узагальнення результатів, а також визначення сили і спрямованості рекомендацій. Достовірність доказів оцінювалася як висока, помірна, низька або дуже низька, виходячи з наукової достовірності досліджень. Окрім використання GRADE для оцінки якості доказів, Група з розробки настанов враховувала інші фактори при формулюванні рекомендацій, такі як користь і шкода, цінності та переваги пацієнтів, прийнятність для ключових зацікавлених сторін і можливість впровадження.

Рекомендації надаються за або проти варіанту лікування, із зазначенням сили рекомендації як сильної (лікарі повинні надавати втручання всім або майже всім пацієнтам у всіх або майже всіх обставинах), умовної (лікарі повинні надавати втручання більшості пацієнтів, але не всім), або як недостатньо доказів для надання рекомендації. Ці області, які потребують подальших досліджень, позначені як дослідницькі рекомендації.

Важливо зазначити, що рекомендації Настанови не мають директивного характеру. Лікарі-практики повинні використовувати свій досвід і знання при застосуванні цих настанов у рутинній клінічній практиці, а всі клінічні втручання повинні здійснюватися зі співчуттям і делікатністю.

**Розділ 2 "Травма та травматичні реакції"** містить загальну інформацію про травму та травматичні реакції. Хоча основна увага в Настановах приділяється гострому стресовому

розладу (ГСР), посттравматичному стресовому розладу (ПТСР) та комплексному посттравматичному стресовому розладу (КПТСР - обговорюється в Розділі 7), відзначається діапазон можливих реакцій, включаючи життєстійкість як звичайний результат після травматичного впливу.

Ключовою відмінністю між ПТСР та ГСР є тривалість симптомів, необхідних для постановки діагнозу. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичної події, тоді як ПТСР вимагає, щоб симптоми були присутні протягом щонайменше одного місяця після травматичної події. Короткий зміст 2 3 точки зору сукупності симптомів, діагноз ПТСР вимагає наявності певної кількості симптомів у межах встановлених кластерів. У DSM-5 симптоми ПТСР не класифіковані в межах кластерів, тому діагноз ставиться на основі вираженості симптомів у сукупності. ПТСР включає симптоми, не пов'язані зі страхом (ризикована або деструктивна поведінка, надмірно негативні думки та припущення про себе або світ, перебільшене звинувачення себе або інших у спричиненні травми, негативний афект, зниження інтересу до діяльності, відчуття ізольованості), тоді як ГСР не включає. І, нарешті, ПТСР включає дисоціативний підтип, тоді як при ГСР деперсоналізація і дереалізація включені як симптоми під заголовком "дисоціативний".

В МКХ-11 ПТСР і КПТСР підпадають під загальну батьківську категорію "Розлади, специфічно пов'язані зі стресом". ПТСР складається з трьох груп симптомів:

1. повторне переживання травми
2. уникнення травматичних нагадувань
3. стійке відчуття поточної загрози, що проявляється перебільшеним переляком і підвищеною пильністю

КПТСР включає три кластери ПТСР і три додаткові кластери, які відображають "порушення самоорганізації" (ПСО): проблеми з Я-концепцією і порушення у взаєминах.

Оцінки поширеності ПТСР протягом життя коливаються від 5% до 10%. Ймовірність розвитку ПТСР залежить від характеру події. Загалом, найвищий рівень захворюваності на ПТСР пов'язаний з міжособистісною травмою, такою як звалтування та інші види сексуального насильства; найнижчий рівень - зі стихійними лихами та заподіянням шкоди іншим людям. Звичайно, це залежить від характеру конкретного інциденту, з яким зіткнулася людина.

Інформація про скринінг, оцінку (включаючи індивідуальні особливості), діагностику та планування лікування представлена в Розділі 2 з низкою рекомендацій для клінічної практики, в тому числі:

- Для людей, які звертаються до служб первинної медичної допомоги з повторюваними неспецифічними проблемами фізичного здоров'я, рекомендується, щоб лікар первинної медичної допомоги розглянув можливість скринінгу психологічних причин, включаючи питання про те, чи пережила людина травматичну подію, і описав деякі приклади таких подій.
- Важливість ретельної клінічної оцінки, що охоплює відповідний анамнез (включаючи травматичний анамнез), ПТСР і пов'язані з ним діагнози, загальний психіатричний статус (із зазначенням ступеня коморбідності), фізичне здоров'я, вживання психоактивних речовин, шлюбно-сімейну ситуацію, соціальну та професійну функціональність, а також якість життя.
- Створення міцного терапевтичного альянсу слід розглядати як необхідну основу для проведення конкретних психологічних втручань і може потребувати додаткового часу для людей, які зазнали тривалого та/або повторного травматичного впливу.
- Відповідні цілі лікування повинні бути адаптовані до унікальних обставин і загальних потреб людини в психіатричній допомозі та визначені у співпраці з людиною.

**Розділ 3 “Загальні рекомендації при роботі з дітьми і підлітками”** Викладено основні питання роботи з молодими людьми з ПТСР, включаючи наступні:

- діти і підлітки, як правило, є залежними від дорослих, які мають забезпечити їх доступ до лікування, підкреслюючи важливість взаємодії з відповідним дорослим;
- діти є частиною системи (зазвичай сім'ї), тому під час обстеження і лікування необхідно приймати до уваги всю систему;

- необхідно постійно пам'ятати про психосоціальний розвиток, наслідки травм і доцільність лікування в цьому контексті.

Типові клінічні прояви у дітей і підлітків, а також питання скринінгу, обстеження і лікування цієї групи докладно описані в Розділі 3. Серед ключових практичних порад наступні:

- Питання про вплив ПТП, які найчастіше переживалися, повинні бути включені як стандартні в проведення будь-якої психіатричної оцінки дітей і підлітків. Якщо наявність такого впливу визначена, дитину слід обстежити на наявність симптомів ПТСР.
- Для дітей і підлітків застосування структурованого клінічного інтерв'ю користується більшою перевагою як спосіб діагностики, ніж опитувальник для постановки діагнозу.
- Участь когось із батьків/осіб, які здійснюють догляд, під час проведення діагностики та лікування є бажаною для дітей і підлітків з ГСР або ПТСР.
- Для дітей і підлітків лікування повинно здійснюватися з урахуванням розвитку потреб особистості. Переважно слід використовувати протоколи, які були розроблені спеціально для дітей і підлітків, а не намагатися модифікувати протоколи лікування, призначені для дорослих.

**Розділ 4 "Втручання"** містить описи всіх втручань, що містяться в Настановах, щодо яких були надані категоричні, умовні або дослідницькі рекомендації. Описи всіх втручань, на які є посилання в систематичному огляді літератури (включаючи ті, які не підтверджені доказами), викладені в онлайн версії Австралійських клінічних настанов з ПТСР. Для того, щоб втручання або лікування було включено в Настанову, необхідно, щоб було проведено принаймні одне рандомізоване контрольоване дослідження, яке було включено принаймні в один з мета-аналізів, проведених для відповіді на відповідні питання визначення обсягу дослідження (останні включені в Розділ 5 "Методологія").

**Розділ 5 "Методологія"** містить огляд систематичного огляду доказів, що лежать в основі рекомендацій з лікування, наведених у цій настанові. У розділі викладено підхід, застосований до систематичного огляду, включаючи джерела літератури, використану стратегію пошуку, вилучення та аналіз даних, оцінку якості та оцінку достовірності доказової бази (з використанням системи GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations). У цьому розділі також розглядаються обмеження систематичного огляду.

**Розділ 6 "Рекомендації щодо лікування"** містить рекомендації Настанови щодо лікування, а також питання, які слід враховувати при впровадженні настанови. Також представлено перелік втручань, рекомендованих для подальших досліджень.

Рекомендації щодо лікування наступні

<b>Рекомендації для дітей та підлітків</b>
<b>Втручання протягом перших трьох місяців після травми</b>
<b>Універсальні втручання (для всіх дітей та підлітків, які зазнали травми)</b>
<b>Умовна рекомендація ПРОТИ індивідуального психологічного дебрифінгу</b> Для дітей та підлітків протягом перших трьох місяців після отримання травми ми пропонуємо надавати інформацію, емоційну підтримку та практичну допомогу, а не індивідуальний психологічний дебрифінг.
<b>Показані втручання (для осіб з симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців)</b>
<b>Умовна рекомендація щодо дитячої та сімейної травматичної стресової інтервенції (CFTSI)</b> Дітям і підліткам протягом перших трьох місяців після травми, які мають симптоми ПТСР, ми пропонуємо пропонувати дитячу та сімейну травматичну стресову інтервенцію (CFTSI), а не підтримувальне консультування.

Психологічні інтервенції для дітей та підлітків з ПТСР
<b>Настійна рекомендація для травмофокусованої КПТ (ТФ-КПТ)</b> Для дітей та підлітків з симптомами ПТСР ми рекомендуємо травмофокусовану КПТ.
<b>Наполеглива рекомендація щодо травмофокусованої КПТ для опікунів та дитини</b> Для дітей та підлітків з симптомами ПТСР ми рекомендуємо травмофокусовану КПТ для опікунів та дитини.
<b>Умовна рекомендація для EMDR</b> Для дітей та підлітків з симптомами ПТСР ми пропонуємо десенсибілізацію та переробку рухами очей (EMDR), якщо КПТ, сфокусована на травмі, недоступна або неприйнятна.
Фармакологічні втручання для дітей та підлітків з ПТСР
Рекомендацій не надано

<b>Рекомендації для дорослих</b>
Втручання протягом перших трьох місяців після травми
<b>Універсальні втручання (для всіх дорослих, які зазнали травми)</b>
<b>Умовна рекомендація ПРОТИ індивідуального психологічного дебрифінгу</b> Для дорослих протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо надавати інформацію, емоційну підтримку та практичну допомогу замість індивідуального психологічного дебрифінгу.
<b>Умовна рекомендація ПРОТИ групового психологічного дебрифінгу</b> Для дорослих протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо надавати інформацію, емоційну підтримку та практичну допомогу, а не проводити груповий психологічний дебрифінг.
Показані втручання (для осіб з симптомами ПТСР)
<b>Настійна рекомендація щодо моделі поетапної/спільної допомоги</b> Для дорослих із симптомами ПТСР у перші три місяці після травми ми рекомендуємо модель поетапної/спільної допомоги, в якій люди отримують доказову допомогу, співмірну з тяжкістю та складністю їхніх потреб.
<b>Умовна рекомендація щодо травмофокусованої КПТ</b> Дорослим із симптомами ПТСР у перші три місяці після травми ми пропонуємо пропонувати травмофокусовану КПТ (включає тривалу експозицію, когнітивно-процесуальну терапію, когнітивну терапію) замість того, щоб нічого не робити.
<b>Умовна рекомендація для короткого EMDR</b> Дорослим із симптомами ПТСР у перші три місяці після травми ми пропонуємо запропонувати короткий EMDR замість того, щоб нічого не робити.
Psychological interventions for adults with PTSD
<b>Наполеглива рекомендація для когнітивно-процесуальної терапії (КПТ)</b> Дорослим з ПТСР ми рекомендуємо когнітивно-процесуальну терапію (КПТ).

<p><b>Наполеглива рекомендація для когнітивної терапії (КТ)</b> Дорослим з ПТСР ми рекомендуємо когнітивну терапію (КТ).</p>
<p><b>Наполеглива рекомендація для EMDR</b> Дорослим з ПТСР ми рекомендуємо десенсибілізацію та переробку рухів очей (EMDR).</p>
<p><b>Наполеглива рекомендація для тривалої експозиції (ТЕ)</b> Для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо тривалу експозицію (ТЕ).</p>
<p><b>Наполеглива рекомендація для травмофокусованої КПТ (ТФ-КПТ)</b> Для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо травмофокусовану КПТ.</p>
<p><b>Умовна рекомендація для керованої КПТ, орієнтованої на травму, в Інтернеті</b> Для дорослих з ПТСР, для яких травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо керовану травмофокусовану КПТ в Інтернеті.</p>
<p><b>Умовна рекомендація для наративної експозиційної терапії (NET)</b> Для дорослих з ПТСР, у яких травма пов'язана з геноцидом, громадянським конфліктом, тортурами, політичним ув'язненням або переміщенням, ми пропонуємо наративну експозиційну терапію (NET).</p>
<p><b>Умовна рекомендація для терапії, орієнтованої на сьогодення (PCT)</b> Для дорослих з ПТСР, для яких травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо терапію, зосереджену на теперішньому часі (PCT).</p>
<p><b>Умовна рекомендація для тренінгу зі стресостійкості (SIT)</b> Для дорослих з ПТСР, для яких травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо тренінг "Щеплення стресу" (SIT).</p>
<p><b>Умовна рекомендація для травмофокусованої КПТ (групової)</b> Для дорослих з ПТСР, для яких індивідуальна травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо групову травмофокусовану КПТ.</p>
<p><b>Фармакологічні втручання для дорослих з ПТСР</b></p>
<p><b>Умовна рекомендація для СІЗЗС (сертралін, пароксетин або флуоксетин)</b> Дорослим з ПТСР ми пропонуємо СІЗЗС (сертралін, пароксетин або флуоксетин) у випадках, коли застосовується будь-який з перелічених нижче препаратів:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Людина не бажає або не в змозі брати участь у рекомендованій психологічній терапії або отримати доступ до неї (ТФ-СВТ, РЕ, СТ, СРТ або EMDR).</li> <li>● Особа має супутні захворювання або пов'язані з ними симптоми (наприклад, клінічно виражену депресію та високий рівень дисоціації), при яких показані СІЗЗС.</li> <li>● Обставини особи недостатньо стабільні, щоб розпочати рекомендовану психологічну терапію (наприклад, внаслідок значного постійного життєвого стресу, такого як домашнє насильство).</li> <li>● Особа не отримала значної користі від рекомендованої психологічної терапії.</li> <li>● Існує значний час очікування, перш ніж психологічне лікування стане доступним.</li> </ul>
<p><b>Умовна рекомендація для венлафаксину</b> Дорослим з ПТСР ми рекомендуємо венлафаксин у випадках, коли застосовується будь-яка з наведених нижче обставин:</p>

- Людина не бажає або не в змозі брати участь у рекомендованій психологічній терапії або отримати доступ до неї (ТФ-КПТ, ПЕ, КТ, КПТ або EMDR).
- Людина має супутні захворювання або пов'язані з ними симптоми (наприклад, клінічно виражену депресію та високий рівень дисоціації), при яких показані СІЗЗСН.
- Обставини особи недостатньо стабільні, щоб розпочати рекомендовану психологічну терапію (наприклад, внаслідок значного постійного життєвого стресу, такого як домашнє насильство).
- Особа не отримала значної користі від рекомендованої психологічної терапії.
- Існує значний час очікування, перш ніж психологічне лікування стане доступним.

**Розділ 7 “Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР)”** Сфера застосування цих Настанов була розширена, щоб включити розгляд комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР). Підгрупа осіб з ПТСР, частіше за все ті, хто пережив події міжособистісного, тривалого і повторюваного характеру (наприклад, сексуальне насильство в дитинстві, ув'язнення, катування), мають низку характерних ознак, які проявляються поряд з основними симптомами ПТСР. Людей з такими ознаками часто називають людьми з КПТСР, який, хоча і не включений як діагноз в DSM-5, був визнаний психічним розладом з виходом 11-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі - ВООЗ). Враховуючи відсутність досліджень, які могли б відповісти на можливі питання щодо лікування КПТСР, у Розділі 7 представлено нарративний огляд поточних проблем, пов'язаних з КПТСР, з посиланням на розвиток дослідницької бази з лікування. У розділі розглядаються дебати в літературі щодо того, чи є сучасні методи лікування ПТСР ефективними для осіб з КПТСР, чи потребують модифікації, а також обговорюються майбутні напрямки досліджень. Нарративний огляд був підготовлений проектною групою Фенікс Австралія і доопрацьований після консультацій з Групою з розробки настанов.

**Розділ 8 "Економічні міркування"** висвітлює економічні наслідки ПТСР. Встановлено, що ПТСР пов'язаний з високим рівнем використання послуг, більшою індивідуальною інвалідністю, ніж інші психічні або фізичні розлади, і має вищі витрати на охорону здоров'я, ніж депресія і тривога. У Розділі 8 розглядаються дослідження, присвячені фінансовому тягарю ПТСР та економічній ефективності лікування, і робиться висновок про необхідність комплексної оцінки цих сфер і поточного фінансування лікування ГСР та ПТСР, щоб забезпечити виділення достатніх ресурсів.

**Розділ 9 "Специфічні групи населення та типи травм"** містить вказівки щодо питань, які слід враховувати при застосуванні Настанов до певних груп населення, у яких розвивається ПТСР після травми, а також до певних типів травм. Спільним для багатьох з цих груп населення є вплив тривалого та/або повторюваного травматичного досвіду, а в деяких випадках - постійна загроза подальшого впливу.

У цьому розділі розглядаються такі особливі групи населення

- аборигени та мешканці островів Торресової протоки
- біженці та шукачі притулку
- військовослужбовці та колишні військовослужбовці
- працівники екстрених служб
- люди похилого віку з ПТСР.

Категорії травматичних подій, що розглядаються в цьому розділі, є наступними

- Дорожньо-транспортні пригоди
- Злочини
- Сексуальне насильство
- Катастрофи
- Тероризм
- Насильство з боку інтимного партнера

## КОРОТКИЙ ОГЛЯД

ГСР та ПТСР є психологічними реакціями, що розвиваються у деяких осіб після травматичних подій, таких як масштабна катастрофа, війна, сексуальне чи фізичне насилля, ДТП, тортури тощо. Вплив травматичних подій не є рідкісним явищем. Масштабні громадські опитування в Австралії та за кордоном виявляють, що 50-65% осіб піддаються, щонайменше, одній травматичній події у своєму житті. Більшість осіб мають певну психологічну реакцію на травму: відчуття страху, суму, провини, гніву тощо. Тим не менш, більшість з них з плином часу відновлюються та лише у невеликій частки розвиваються ГСР або ПТСР. За наявними оцінками в минулому році 1,3% австралійців пережили ПТСР і близько 5-10% осіб пережили ПТСР в якийсь момент у своєму житті.

ГСР і ПТСР – дуже схожі психологічні розлади, які мають наступні основні симптоми:

- повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію, ненавмисні рецидивуючі спогади (флешбеки), кошмари; виражені психологічні страждання або фізичні реакції, такі як пітливість, пришвидшене серцебиття та паніка при реальній або мнестичній ситуації, яка нагадує про подію;
- уникнення та емоційне заціпеніння – уникнення діяльності, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмеженість емоційного реагування/проявів; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості;
- перебудження – проблеми зі сном, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірна реакція страху.

Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, обмежене усвідомлення оточуючого (того, що відбувається навколо), дереалізацію, деперсоналізацію та дисоціативну амнезію.

Основна відмінність між ГСР і ПТСР – це період часу, що минув з моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичної події, а ПТСР діагностується після першого місяця з моменту психотравми.

Обсяг наукових досліджень з питань ГСР і ПТСР, що опубліковані за останнє десятиліття, і консенсус, що виникає на основі цих досліджень, є підставою для розробки клінічних рекомендацій. В останні роки настанови були розроблені в Національному інституті охорони здоров'я та досконалості медичної допомоги (NICE) у Великобританії (2005) і в Американській психіатричній асоціації (APA, 2004) та Управлінні у справах колишніх військовослужбовців (VA/DoD, 2004) у Сполучених Штатах Америки. Разом з тим, австралійські настанови розроблені з урахуванням потреб нашого населення та системи охорони здоров'я та, де це доречно, відображають зміст систематичних оглядів, заснованих на настановах NICE (2005) та VA/DoD (2004).

Ці КН були розроблені робочою групою, що включає в себе провідних фахівців з питань психологічної травми з усієї Австралії, за консультаційної підтримки мультидисциплінарної комісії, що складається з представників охорони здоров'я, які беруть участь у наданні медичної допомоги людям з ГСР і ПТСР, а також користувачів послуг.

КН були розроблені відповідно до вимог розробки настанов Національної ради з охорони здоров'я і медичних досліджень. Систематичний огляд літератури був проведений Центром оцінки технології охорони здоров'я «Аделаїда» (АНТА), а економічні міркування були виконані незалежним економістом у сфері охорони здоров'я.

Систематичний огляд складається з 18 дослідницьких питань. Вісім з цих оновлених питань були раніше відображені в настановах NICE (2005), п'ять оновлених питань були раніше відображені в настановах VA/DoD (2004) і п'ять нових питань представляють собою прогалини, виявлені в попередніх настановах. Для визначення поточного стану доказової бази було об'єднано результати попередніх та поточних систематичних оглядів. Практичні рекомендації були розроблені робочою групою на підставі наявних даних. Для практичних галузей, не охоплених діючими дослідженнями, були вироблені рекомендації на основі



експертного консенсусу думок. Там де були виявлені недоліки існуючої науково-дослідної доказової бази, були надані рекомендації для майбутніх досліджень.

На додаток до систематичного огляду літератури, а також рекомендацій з терапії та досліджень, що впливають з даного огляду, ця настанова містить основну базову інформацію про ГСР і ПТСР, засоби діагностики й оцінки, особливості планування втручань та питання, які необхідно врахувати при застосуванні настанови для ряду конкретних груп населення, які постраждали внаслідок отриманих травм. Настанова призначена в якості основи, що складається з передових практичних методів, навколо якої має вибудовуватись система лікування, яку мають забезпечувати кваліфіковані фахівці. Вона не призначена для обов'язкового використання, але застосовується разом з клінічною оцінкою у відповідності до унікальних обставин кожної окремої людини і загальних потреб охорони психічного здоров'я. КН разом з ключовою довідковою інформацією представлені в коротких супутніх документах, розроблених для практикуючих лікарів і громадськості, відповідно. Документи, які доступні на веб-порталі АСРМН (<http://www.acpmh.org.au>):

- «Австралійська КН для лікування дорослих з гострим стресовим розладом і посттравматичним стресовим розладом: КН для практикуючих лікарів».
- «Австралійська КН для лікування дорослих з гострим стресовим розладом і посттравматичним стресовим розладом».
- «Інформація для осіб з гострим стресовим розладом і посттравматичним стресовим розладом, їх сімей та осіб, які здійснюють догляд».

## **1. ВСТУП**

### **ЩО ТАКЕ КЛІНІЧНА НАСТАНОВА?**

Клінічна настанова – це систематичні офіційні положення, сформульовані для надання допомоги практикуючим лікарям, споживачам і керівникам при прийнятті рішень щодо охорони здоров'я. Такі офіційні положення щодо провідної практики лікування ґрунтуються на ретельній оцінці доказової бази з опублікованих досліджень щодо результатів лікування або інших процедур охорони здоров'я (NHMRC, 2000b: vii).

### **ОБҐРУНТУВАННЯ ДЛЯ РОЗРОБКИ РЕКОМЕНДАЦІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ**

За останнє десятиліття опублікована велика кількість досліджень про результати лікування ГСР і ПТСР. Таким чином, стало можливим розробити практичні КН на основі обґрунтованих даних. За останні роки КН для лікування ПТСР були опубліковані як у Великобританії Національним інститутом здоров'я та досконалості медичної допомоги (NICE, 2005), так і в США Американською асоціацією психіатрів (АРА, 2004) і Департаментом у справах ветеранів (VA/DoD, 2004). При розробці даної австралійської настанови ми звернулися до систематичних оглядів, які лежать в основі настанов NICE (2005) і VA/DoD (2004), включаючи, де це доречно, адаптацію рекомендацій, зроблену в попередніх настановах. Тим не менш, існує необхідність у розробці настанови з урахуванням потреб австралійців і системи охорони здоров'я цієї країни.

### **МЕТА НАСТАНОВИ**

Дана настанова спрямована на підтримку високоякісного лікування дітей, підлітків та дорослих із ГСР, ПТСР та кПТСР шляхом створення системи найкращих практик, на основі яких можна вибудовувати лікування. Настанова була розроблена для використання: лікарями загальної практики і фахівцями в області психічного здоров'я, які планують лікування в клінічних умовах; споживачами, які приймають рішення про своє лікування; фінансовими організаціями, що приймають рішення про закупівлю послуг.

Результатом використання цієї настанови, що очікується, є: більш широке визнання ГСР, ПТСР і кПТСР, розширення доступу до науково обґрунтованої допомоги і, в кінцевому підсумку, поліпшення результатів лікування людей, які постраждали від травми.

Дану настанову не слід розглядати як неухильний припис для проведення лікування, вона також не повинна обмежувати впровадження інноваційних методів лікування та розвиток, заснований на науково-обґрунтованих доказах, консенсусі експертів, оцінці практикуючих лікарів потреб пацієнта і його уподобань.

Цю настанову слід використовувати для впровадження підходів до лікування першої та другої лінії, заснованих на наукових доказах, за винятком випадків, коли є вагомі підстави не робити цього в конкретному випадку

**Коментар робочої групи:** зазначений у “*Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*” комплексний посттравматичний стресовий розлад за НК 025:2021 “Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я” відповідає діагнозу “Стійкі зміни особистості, які не є ознакою ушкодження та захворювання головного мозку” (код F62.0), за МКХ-10 відповідає діагнозу “Стійка зміна особистості після катастрофічного досвіду” (код F62.0), а за МКХ-11 відповідає діагнозу “Комплексний посттравматичний стресовий розлад” (код 6B41).

## СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ

Дана настанова надає інформацію та рекомендації щодо науково-обґрунтованих методів лікування осіб, у яких після переживання травматичних подій розвинулися (або є ризик розвитку) проблеми, що відповідають критеріям ГСР і ПТСР.

Діагностичні критерії для ГСР та ПТСР визначені в міжнародно визнаних діагностичних посібниках. У дослідницьких умовах найбільш широко використовується Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (DSM), опублікований Американською психіатричною асоціацією. П'ята версія цього посібника (DSM-5) була опублікована в 2013 році. Окрім МКХ-10, іншою діагностичною класифікаційною системою, що враховувалась при написанні настанови, є МКХ-11, опублікована в 2018 році. На відміну від DSM-5, МКХ-11 включає діагноз комплексного ПТСР.

Розробники визнають, що є ряд заходів, які широко використовуються в клінічній практиці, але які не були належним чином перевірені, і важливо зазначити, що відсутність доказів не обов'язково означає, що ці заходи є неефективними. Однак втручання, які мають доведену доказову базу, слід вважати першочерговими. Розрив між науково обґрунтованими втручаннями та клінічною практикою має допомогти визначити порядок денний досліджень у майбутньому. Так само в першу чергу повинні використовуватися доказові втручання, а не втручання, що не мають доказової бази, за винятком випадків, коли є вагомі причини не використовувати доказові втручання.

Ця настанова була сформульована з припущенням, що лікування буде надаватись кваліфікованими фахівцями, які володіють навичками відповідних психосоціальних і медичних втручань, що оцінюються за діючими професійними стандартами. Настанова не замінює знання та вміння компетентних практиків. Рекомендації не призначені для обов'язкового використання, вони є настановою по проведенню відповідних втручань у контексті унікальних обставин кожної людини та її загальних потреб в охороні психічного здоров'я. Практикуючі лікарі повинні використовувати свій досвід і знання у застосуванні цих настанов в повсякденній клінічній практиці. При застосуванні даної настанови в установах охорони здоров'я слід враховувати наявність та доступність відповідних послуг у сільських та віддалених місцевостях і відповідної освіти та професійної підготовки для підтримки практикуючих лікарів при впровадженні рекомендованих науково-обґрунтованих втручань.

**Коментар робочої групи:** Важливо вказати, що настанова “*Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*” враховує всі діагностичні критерії та особливості відповідно до DSM-5. Хоч доказова однорідність діагнозів у ICD-10 та DSM-5, не викликає заперечень, важливо пам'ятати про це при використанні цієї настанови.

## **ОБМЕЖЕННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ**

Як зазначалося вище, ця настанова спрямована на лікування РАС та ПТСР (у тому числі комплексного ПТСР). Настанова не призначена для використання в обов'язковому порядку; скоріше, практикуючі лікарі повинні використовувати свій досвід і знання при застосуванні Настанови. Лікарі завжди повинні надавати лікування в межах своєї компетенції та, за необхідності, звертатися за подальшим навчанням та/або супервізією. Ці настанови ґрунтуються на найякісніших дослідженнях, доступних на сьогоднішній день. Очікується, що в міру того, як нові та новітні методи лікування будуть накопичувати достатньо сильну доказову базу для включення в якості рекомендованих втручань, вони будуть включатися в цю "живу" настанову.

## **ПІДХІД ДО РОЗРОБКИ НАСТАНОВИ**

Короткий огляд ролей та обов'язків людей, які брали участь у розробці Настанов, наведено тут. Загальним процесом розробки настанов керувала доцент Андреа Фелпс (Andrea Phelps). Групу з розробки настанов очолював професор Деррік Сілове, до складу якої входили наукові експерти, методолог, кінцеві користувачі та споживачі. Склад Групи з розробки настанови наведено у розділі "Подяка".

Групу з розробки настанов підтримувала команда проекту "Фенікс Австралія" у складі доцента Андреа Фелпс, доктора Роз Летбрідж, доктора Кім Джонс, доктора Трейсі Варкер і доктора Джона Купера, які відповідали за синтез доказів і підготовку резюме доказів, написання та координацію розробки і написання настанов.

Для оцінки достовірності доказів, інтерпретації та узагальнення результатів, а також визначення сили і спрямованості рекомендацій у настановах використовувалася методологія GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Д-р Сью Бреннан, методолог, консультувала Групу з розробки настанов щодо підходу GRADE, зіставлення процесу GRADE з вимогами NHMRC, а також процесу визначення рекомендацій.

## **ПРОЦЕС**

Австралійські настанови були розроблені на основі систематичного огляду, проведеного для настанов ISTSS, і оновлені командою Phoenix Australia з урахуванням результатів досліджень, опублікованих у період з листопада 2018 року по червень 2019 року. На додаток до питань, розглянутих у систематичному огляді ISTSS, Австралійська група з розробки настанов відібрала два додаткових питання для систематичного огляду: перше - про лікування комплексного ПТСР, а друге - про втручання з підвищення готовності до інциденту. Група з розробки настанов під керівництвом нашого експерта-методолога використовувала методологію GRADE для розробки рекомендацій на основі систематичних оглядів. Остаточні рекомендації викладені в Розділі 6. На онлайн-платформі Австралійських настанов також викладені рекомендації, а також наукові докази, що лежать в основі цих рекомендацій, і подальші вказівки щодо них. Ілюстроване резюме процесу, використаного для розробки рекомендацій, представлено на рисунку 1 на наступній сторінці.



Рисунок 1: Методологія огляду доказів

Проект настанови з лікування гострого стресового розладу, посттравматичного стресового розладу та комплексного посттравматичного стресового розладу комплексного посттравматичного стресового розладу були доступні для громадського обговорення з 21 лютого 2020 року по 23 березня 2020 року.

### **Впровадження та поширення Керівних принципів**

NHMRC окреслює шість принципів імплементації, які повинні лежати в основі розробки настанов і поширюватися від етапу планування до розповсюдження. З цією метою розробники цих Настанов мають:

1. розглянули очікуваних користувачів Настанов (див. "Цілі Настанов")
2. розглянули сферу застосування Настанов з урахуванням головної мети цих Настанов - покращення результатів для людей, які постраждали від травми (див. "Сфера застосування Настанов")
3. забезпечили основу для прозорого процесу розробки, щоб гарантувати, що рекомендації "заслужують на довіру" (див. "Розробка Настанов")
4. сформулювали чітко сформульовані рекомендації, які можна застосувати на практиці
5. провели консультації з громадськістю перед публікацією Вказівок
6. розглянули презентацію та формат Настанов, включаючи використання онлайн-платформи для покращення доступу до доказової бази, яка лежить в основі рекомендацій Настанов, та забезпечення процесу регулярного оновлення при появі нових доказових даних.

Крім того, окремим документом надається план практичного впровадження, який базується на міркуваннях австралійського контексту охорони здоров'я та визначенні відповідних організацій, яким можуть бути спрямовані ключові рекомендації. Ключові рекомендації Настанови необхідно ефективно поширювати серед медичних працівників, спеціалістів з планування послуг, замовників та людей, які безпосередньо постраждали від травми. Комунікаційні цілі стратегії розповсюдження включають наступне.

1. Підвищити обізнаність медичних працівників щодо Настанов та рекомендованих втручань.
2. Підвищити обізнаність про Настанову серед працівників освіти та фахівців у сфері дитячого психічного здоров'я.
3. Залучити професійні організації та провідні організації до процесу розповсюдження.
4. Залучити до процесу розповсюдження Настанов організації, які просувають кращі практики.
5. Забезпечити доступ споживачів послуг з охорони психічного здоров'я до ключових рекомендацій Настанови.
6. Продемонструвати практичні політичні наслідки Настанови особам, які приймають рішення в ключових урядових департаментах та галузевих організаціях.

Ці цілі будуть досягнуті за допомогою низки заходів, включаючи надання доступних супутніх документів Настанови для практиків і членів спільнот, рецензованих публікацій, прес-релізів (у тому числі з використанням соціальних мереж), цільових консультацій з ключовими зацікавленими сторонами та особами, які приймають рішення в урядових установах і службах охорони психічного здоров'я, а також інтеграцію рекомендацій у відповідні політичні та навчальні ініціативи.

Що стосується впровадження в Австралії фармакологічних рекомендацій, викладених у цій настанові, лікарі повинні пам'ятати про правила, які можуть застосовуватися у випадках, коли вартість лікарського засобу субсидується урядом (Pharmaceutical Benefits Schedule) або іншою третьою стороною.

### **Підтримання цінності актуальних настанов**

Щоб забезпечити постійну актуальність рекомендацій настанови, Група з розробки настанов встановить графік огляду літератури, який базуватиметься на визначеності сукупності доказів щодо кожного питання, яке розглядається в систематичних оглядах. Критерії пріоритетності, запропоновані Akl та колегами (2017)<sup>3</sup>, будуть враховані при визначенні частоти оновлення окремих рекомендацій:

1. Пріоритетність рекомендації для прийняття рішень (включає, але не обмежується сферами відомих варіацій у практиці, новими втручаннями та високою поширеністю).
2. Ймовірність того, що рекомендація буде змінена з появою нових доказів (тобто рекомендації, для яких доказова база має низький або дуже низький рівень достовірності).
3. Ймовірність виявлення нових наукових доказів.

Перший перегляд та оновлення заплановано до кінця 2021 року.

### **Обмеження відповідальності**

Ці настанови слід використовувати в поєднанні з клінічною оцінкою та вподобаннями пацієнта. Лікуючий лікар несе повну відповідальність за правильний вибір терапії.

### **Використані джерела**

1. World Health Organisation. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2018.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Akl EA, Meerpohl JJ, Elliott J, et al. Living systematic reviews: Living guideline recommendations. Journal of clinical epidemiology. 2017;91:47-53.

## **РОЗДІЛ 2. ТРАВМА ТА РЕАКЦІЇ НА ТРАВМУ**

### **ТРАВМА, ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ І ПОТЕНЦІЙНО ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ**

У сфері психічного здоров'я слово "травма" використовується непослідовно, іноді під ним розуміють подію, а іноді - психологічну травму, що виникла внаслідок цієї події. Буквально, травма означає рану, і цей термін повсякчасно використовується у секторі охорони фізичного здоров'я для опису ушкодження. У сфері психічного здоров'я воно означає травму або поранення «психіки»; тобто шкоду, завдану емоційному чи психологічному здоров'ю і благополуччю людини. Вважається, що така травма описується біологічними, психологічними та соціальними аспектами, тобто у біопсихосоціальному підході).

*Потенційно травматична подія* (ПТП) буде використовуватися у цій настанові для позначення подій, які відповідають критеріям стресорів для ПТСР та ГСР Посібника з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів (п'яте видання, DSM-5)<sup>1</sup>. Цей термін позначає широке коло індивідуальних оцінок і способів реагування на подібні події. Певна подія, незалежно від того, якою б загрозливою вона не здавалася б, не обов'язково викличе 'психічну травму' для всіх, хто її зазнає.

*Травмуюча подія* буде використовуватися у цій настанові для позначення події, що фактично призвела до психічної травми, а термін *травма* буде використовуватися для позначення власне психічної травми.

### **Потенційно травматичні події**

Потенційно травматична подія - це будь-яка загроза, реальна чи уявна, життю або фізичній безпеці особи, її близьких або тих, хто її оточує. До потенційно травматичних подій належать, зокрема:

- війна
- катування
- сексуальне насильство
- фізичне насильство
- стихійні лиха
- нещасні випадки
- тероризм.

Вплив потенційно травматичної події може бути прямим (наприклад, пережити безпосередньо або стати свідком) або непрямим (наприклад, дізнатись про неї), і може бути одноразовим або багаторазовим.

За своєю природою деякі події з більшою ймовірністю можуть бути пережиті як надзвичайно травматичні, і з більшою ймовірністю можуть викликати постійні труднощі та клінічно діагностовані симптоми ГСР та/або ПТСР. Навмисні акти фізичного насильства, такі як катування та побиття, а також тривалі та/або повторювані події, такі як сексуальне насильство в дитинстві та перебування в концентраційному таборі, з більшою ймовірністю, ніж природні події або нещасні випадки, можуть призвести до травматичної реакції.<sup>2,3</sup>

Хоча це і виходить за рамки концепції потенційно травматичної події, важливо визнати потенціал трансгенераційних наслідків травми, коли вплив систематичних катувань, структурного насильства або пригнічення, геноциду або насильства в сім'ї може проявлятися в проблемах з психічним здоров'ям у наступного покоління.<sup>4,5</sup>

Як правило, події, які не містять елементу серйозної фізичної загрози, не вважаються потенційно травматичними, навіть якщо вони становлять значну загрозу психологічній цілісності або благополуччю. Таким чином, такі події, як розлучення або розставання, втрата роботи, словесні образи/переслідування не вважаються потенційно травматичними подіями і не відповідають критерію стресового фактора для діагностики ПТСР. Критерії стресу в DSM-5 чітко виключають спостереження травматичних подій за допомогою електронних засобів масової інформації, телебачення, кіно та інших травматичних подій за допомогою електронних засобів масової інформації, телебачення, фільмів або фотографій, якщо це не є частиною професійної діяльності людини.<sup>1</sup>

### **Поширені реакції на потенційно травматичні події**

Ступінь психологічного дистресу є дуже поширеним явищем відразу після травматичного впливу і може вважатися частиною нормальної відповіді. У випадках важкої травматичної події більшість людей можуть мати симптоми в перші два тижні після події. Травмовані люди схильні бути пригніченими, мати підвищену тривожність, порушення сну й апетиту. Деякі з них будуть мати додаткові реакції, такі як страх, сум, почуття провини або злість. У більшості випадків психологічні ознаки дистресу зникають протягом днів та тижнів після травматичної події, так як люди використовують звичні їм копінг-стратегії і соціальну підтримку, аби примиритися зі досвідом.<sup>6</sup> Втім, у меншості людей симптоми зберігаються і розвиваються в ГСР та/або ПТСР.

### **Синдроми травматичного стресу**

Коли індивідуальний психологічний дистрес після травматичної події зберігається і є достатньо серйозним, щоб впливати на важливі сфери психосоціального функціонування, він більше не можуть вважатися нормальною реакцією на травматичну подію. Слід розглядати можливість наявності посттравматичних розладів психічного здоров'я, таких як ГСР або ПТСР. Слід зазначити, що велика кількість інших психічних розладів, включаючи тривожні, афективні розлади і розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, можуть бути присутніми як окремо, так і разом з ГСР та ПТСР. Наприклад, у великому дослідженні травматичних ушкоджень, що виникли у тих, хто вижив, виявили, що хоча майже третина отримали психіатричний діагноз у період 12 місяців після травми, було виявлено більше двох третин тих, хто не мав діагнозу ПТСР.<sup>7</sup> Найбільш розповсюдженим діагнозом у період 12 місяців після травми була депресія (16%), далі йдуть генералізовані тривожні розлади (11%), наркоманія (10%), ПТСР (10%), агорафобія (10%), соціальна фобія (7%), панічні розлади (6%) та obsesивно-компульсивні розлади (4%).

### **ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД**

Після того, як людина піддається впливу травматичної події, вона може відчувати значний дистрес та/або погіршення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування. Коли це триває довше двох днів, слід розглянути діагноз ГСР. Якщо посттравматичні симптоми не зникають після місяця, клініцист оцінює наявність ПТСР. Діагноз РАС більше не ставиться.

*Коментар робочої групи: Критерії гострої реакції на стрес згідно з МКХ-10 наведено нижче:*

### *F43.0. Гостра реакція на стрес*

*Тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших видимих психічних розладів у відповідь на винятковий фізичний і психічний стрес і зазвичай минає протягом кількох годин або днів. Індивідуальна вразливість і здатність до подолання стресу відіграють певну роль у виникненні та тяжкості гострої реакції на стрес. Симптоми мають зазвичай змішану і мінливу картину і включають початковий стан "заціпеніння" з деяким звуженням поля свідомості і звуженням уваги, нездатністю усвідомлювати стимули і дезорієнтацією. Цей стан може супроводжуватися або подальшим відстороненням від навколишньої ситуації (аж до дисоціативного ступору - F44.2), або збудженням і надмірною активністю (реакція втечі або фуґа). Часто присутні вегетативні ознаки панічної тривоги (тахікардія, пітливість, почервоніння обличчя). Симптоми зазвичай з'являються протягом декількох хвилин після впливу стресового стимулу або події і зникають протягом двох-трьох днів (часто протягом декількох годин). Може спостерігатися часткова або повна амнезія (F44.0) щодо цього епізоду. Якщо симптоми не зникають, слід розглянути можливість зміни діагнозу.*

*Включено:*

- *Гостра кризова реакція*
- *Гостра реакція на стрес*
- *Бойова втома*
- *Кризовий стан*
- *Психічний шок*

Гострий стресовий розлад (ГСР) був введений до DSM-IV у 1994 році. У 2013 році в п'ятому виданні Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5)<sup>1</sup> Американська психіатрична асоціація переглянула діагностичні критерії. У DSM-5 РАС було перекласифіковано з розряду тривожних розладів у нову категорію розладів, пов'язаних з травмою та стресом. РАС розглядається як гостра реакція на стрес, яка не вимагає наявності специфічних кластерів симптомів. Натомість для діагностики потрібні щонайменше дев'ять симптомів з широкого переліку дисоціативних симптомів, симптомів повторного переживання, уникнення та збудження. У Таблиці 2.1 наведені критерії, які повинні бути дотримані для встановлення діагнозу РАС.

Вруант<sup>8</sup> провів систематичний аналіз літератури з вивчення прогностичної корисності ГСР. В огляді повідомляється, що люди, які відчувають ГСР, мають високий ризик розвитку ПТСР, при чому більшість досліджень вказують, що принаймні половина осіб з ГСР згодом відповідають критеріям ПТСР. Проте, огляд показав, що більшість населення, в яких в підсумку розвинувся посттравматичний синдром, не повністю задовольняли раніше критерії для ГСР. Таким чином, діагноз ГСР певною мірою є предиктором розвитку ПТСР, але відсутність діагнозу ГСР не обов'язково повинно бути предиктором хорошого прогнозу.

Таблиця 2.1: Діагностичні критерії DSM-5 (перефразовані) для гострого стресового розладу (код DSM-5 308.3)

**A.** Особа зазнала фактичної смерті або загрози смерті, тяжких тілесних ушкоджень чи сексуального насильства в результаті наступних дій.

1. Безпосередній вплив.
2. Була свідком (особисто).



3. Опосередковано, дізнавшись, що близький родич або близький друг зазнав травми. Якщо подія була пов'язана з фактичною смертю або загрозою смерті, то вона мала бути насильницькою або випадковою.

4. Неодноразовий або вкрай непрямий вплив негативних деталей події (подій), як правило, під час виконання професійних обов'язків (наприклад, працівники служб швидкого реагування, які збирають частини тіла; професіонали, які неодноразово стикалися з деталями жорстокого поводження з дітьми). Сюди не входить непрямий непрофесійний вплив через електронні засоби масової інформації, телебачення, фільми чи фотографії.

**В.** Дев'ять (або більше) симптомів з будь-якої з наступних п'яти категорій (з початком або загостренням після травматичної події).

#### **Симптоми нав'язливості**

1. Повторювані, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про подію (події) (діти можуть виражати цей симптом у повторюваних іграх).

2. Повторювані травматичні нічні кошмари (діти можуть бачити тривожні сни без змісту).

3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), які можуть виникати в діапазоні від коротких епізодів до повної втрати свідомості (діти можуть повторно відтворювати подію в грі).

4. Інтенсивний або тривалий дистрес або фізіологічна реактивність після впливу травматичного нагадування.

#### **Негативний настрій**

5. Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення або любовні почуття).

#### **Дисоціативні симптоми**

6. Змінене відчуття реальності оточення або самого себе (наприклад, бачення себе з точки зору іншого, заціпеніння, уповільнення часу).

7. Нездатність згадати важливий аспект травматичної події (зазвичай не пов'язана, наприклад, з травмою голови, алкоголем або наркотиками).

#### **Симптоми уникнення**

8. Наполегливе уникнення тривожних думок або почуттів, пов'язаних з травмою.

9. Намагання уникати зовнішніх нагадувань, пов'язаних з травмою (наприклад, людей, місць, розмов, діяльності, предметів або ситуацій).

#### **Симптоми збудження**

10. Порушення сну.

11. Роздратована або агресивна поведінка.

12. Підвищена пильність.

13. Проблеми з концентрацією уваги.

14. Перебільшена реакція на переляк.

**С.** Тривалість симптомів за критерієм В становить від трьох днів до одного місяця після травми.

**Д.** Симптоми спричиняють клінічно значущий дистрес або функціональні порушення.

**Е.** Симптоми не пов'язані з вживанням психоактивних речовин, медичним станом або психозом.

## **КОМЕНТАР РОБОЧОЇ ГРУПИ**

Враховуючи, що клінічна настанова не містить даних щодо діагностики та лікування розладів адаптації (РА), а РА є одним з найпоширеніших психічних розладів з суттєвими медико-соціальними наслідками (суїцидальний ризик при даній патології у 12 разів перевищує аналогічний показник в популяції), члени робочої групи використовували результати проекту швидкої оцінки доказів (REA) Департаменту в справах ветеранів «Які ефективні методи лікування розладу адаптації» (Australia, 2016).

Розлад адаптації – це психіатричний діагноз, який виникає у відповідь на стресову або

травматичну подію. Його діагностують, коли особа реагує на стресову/травматичну подію клінічним дистресом або порушенням, а також симптомами, схожими на тривогу/депресію, але не відповідає критеріям іншого психіатричного розладу (наприклад, великого депресивного розладу, посттравматичного стресового розладу або інших психічних розладів). Розлад адаптації – це психічний розлад, який вражає тих людей, які не можуть адаптуватися після стресової події. Поширеними стресовими факторами, що викликають розлад адаптації, є будь-які серйозні зміни в житті, такі як розрив стосунків, хвороба або травма, робота або фінансові труднощі. У військовому середовищі це також може включати вплив бойових дій або інших потенційно травматичних подій, а також розлуку з родиною під час розгортання. Розлад адаптації є дуже поширеним, і особливо високі показники були виявлені серед військовослужбовців і ветеранів. Однак, незважаючи на те, що розлад адаптації є одним із найбільш широко діагностованих психічних розладів у клінічних установах і закладах первинної медичної допомоги, як не парадоксально, він є одним із найменш досліджених. Схожі докази підтверджують думку про те, що розлад адаптації викликає серйозне клінічне занепокоєння, оскільки він пов'язаний із самошкодженням і суїцидальною поведінкою. Крім того, розлад адаптації значно збільшує інвалідність і знижує якість життя, і це може бути раннім показником ризику розвитку більш серйозної психопатології в майбутньому.

Немає дійсного інструменту скринінгу чи діагностики розладів адаптації. Діагностика розладу адаптації здійснюється за допомогою всебічного клінічного інтерв'ю та діагностичних критеріїв, викладених у DSM-5 (наприклад, через виключення інших, більш серйозних психічних розладів, таких як депресія або тривога).

«Розлад адаптації передбачає більший рівень дистресу, ніж можна було б очікувати після певної події(-й). Іноді його діагностують, коли інші психіатричні захворювання, такі як сильна депресія та тривога, були виключені та обмежені за часом. Немає рекомендованих інструментів для діагностики регулювання розладу або оцінки його тяжкості в загальній практиці.

Лікар загальної практики може розглянути можливість використання Шкали депресії та тривожного стресу (DASS) для оцінки рівня дистресу пацієнта та Список оцінки інвалідності Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHODAS 2.0) для оцінки рівнів функціональних порушень»:

*Шкали депресії та тривожного стресу (DASS)*

- DASS-42 або скорочено DASS-21 складається з 42 або 21 пункт відповідно, і вимірюють негативні емоційні стани депресії, тривоги та стресу<sup>10</sup>.
- Пацієнт може самостійно призначити його, а потім оцінити лікар загальної практики.
- DASS може використовуватися як індикатор дистресу, пов'язаного з розладом адаптації.
- І DASS-21, і DASS-42 прийнятні для використання для діагностики розладу адаптації.

*Список оцінки інвалідності Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHODAS 2.0)*

- WHODAS 2.0 — це загальна оцінка функціональних можливостей, яка доступна у версії з 36 пунктів (приблизно 20 хвилин на виконання) або у версії з 12 пунктів (приблизно 5 хвилин на виконання). Його можна призначити самостійно або використовувати лікарем загальної практики під час клінічної бесіди.

**Втручання**

На даний момент недостатньо доказів на підтримку використання КПТ, поведінкових, релаксаційних, психодинамічних психотерапевтичних, фармакологічних або змішаних втручань у лікуванні розладу адаптації. Незважаючи на велику кількість методів, жоден з них не мав достатньої якості, щоб отримати рейтинг якості «помірний». Основні обмеження досліджень результативності терапевтичних інтервенцій включали відсутність подальшої оцінки, відсутність базової оцінки, яку проводить лікар (на відміну від самостійної оцінки). показники звіту), малий розмір вибірки та відсутність контролю над антидепресантами чи іншими ліками.

Окрім методологічних обмежень досліджень, існує низка інших фундаментальних питань щодо поточної літератури щодо розладів адаптації. Зокрема, підхід до діагностики та

вимірювання розладу адаптації був непослідовним у різних дослідженнях. Дуже небагато досліджень досліджували, чи людина втратила діагноз розладу адаптації після втручання, і замість цього поклалися на симптоматику депресії та тривоги. Деякі дослідження не використовували правильних діагностичних критеріїв для розладу адаптації, і класифікували осіб як такі, що мають подвійний діагноз депресії або інших психічних розладів на додаток до розладу адаптації. Ця помилка в діагностиці свідчить про плутанину навколо критеріїв діагностики розладу адаптації в більш загальному плані.

Незважаючи на те, що не було жодних втручань, оцінених як підтримувані, інші психіатричні розлади розробили методи лікування, які можуть допомогти в лікуванні розладу адаптації. Наприклад, люди з легкою або субсиндромальною депресією можуть відповідати критеріям розладу адаптації.

Хоча поточна доказова база для лікування розладу адаптації не містить достатньо високоякісних досліджень для підтримки прямих рекомендацій, тим часом клініцисти та постачальники можуть покладатися на непрямі докази з інших відповідних рекомендацій. Наприклад, поточні рекомендації щодо лікування субсиндромальної депресії передбачають використання методів лікування на основі КПТ, і тому їх слід розглядати як засіб першої лінії в лікуванні розладу адаптації. Розлад адаптації залишається погано дослідженим і погано вивченим розладом. Це дає можливість як для спонсорів, так і для дослідників розробити високоякісні дослідження з лікування розладу адаптації. Це дослідження може мати значний вплив на членів спільноти, які намагаються відновитися після стресової події.

#### **Використані джерела:**

1. Summary Report. What are effective interventions for adjustment disorder? November 2016. Summary of the Rapid Evidence Assessment. Commonwealth of Australia 2016.
2. Mazza, D., Brijnath, B., Chakraborty, S.P. and the Guideline Development Group. 2018. Clinical guideline for the diagnosis and management of work-related mental health condition in general practice. Melbourne: Monash University
3. Mazza, D., Brijnath, B., Chakraborty, S.P. and the Guideline Development Group. 2019. Clinical guideline for the diagnosis and management of work-related mental health conditions in general practice. Melbourne: Monash University.

## **ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД**

У 2013 році Американська психіатрична асоціація переглянула діагностичні критерії ПТСР у п'ятому виданні Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5<sup>1</sup>). Як і РАС, ПТСР включено до нової категорії "Розлади, пов'язані з травмою та стресом".

*Коментар робочої групи: згідно з МКХ-10, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) належить до групи "Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади".*

### **F43.1. Посттравматичний стресовий розлад**

*Виникає як відтермінована або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) винятково загрозливого або катастрофічного характеру, яка, ймовірно, може спричинити глибокий дистрес майже у будь-якої людини. Сприятливі фактори, такі як особистісні риси (наприклад, компульсивні, астеничні) або невротичні захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг розвитку синдрому або погіршити його перебіг, але вони не є ні необхідними, ні достатніми для пояснення його виникнення. Типовими ознаками є епізоди повторного переживання травми у навіязливих спогадах*

("флешбеки"), сновидіннях або кошмарах, що відбуваються на тлі стійкого відчуття "заціпеніння" та емоційного притуплення, відсторонення від інших людей, нереагування на оточення, ангедонія, уникнення діяльності та ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай спостерігається стан вегетативного збудження з підвищеною пильністю, посиленою реакцією на переляк і безсонням. Тривога і депресія зазвичай пов'язані з вищезазначеними симптомами і ознаками, а суїцидальні думки не є рідкістю. Початок настає одразу після травми з латентним періодом, який може тривати від кількох тижнів до кількох місяців. Перебіг може бути різним, але в більшості випадків можна очікувати одужання. У невеликій частині випадків стан може мати хронічний перебіг протягом багатьох років, з часом переходячи у стійку зміну особистості (F62.0).

*Включено:*

*Травматичний невроз*

У DSM-5 було внесено кілька змін до діагностичних критеріїв ПТСР.<sup>9</sup> Вони включали звуження визначення "травматичної події" в Критерії A1 та виключення Критерію A2, який вимагав, щоб реакція на травматичну подію включала сильний страх, безнадію або жах, оскільки існує мало емпіричних підтверджень того, що це підвищує точність діагностики<sup>9</sup>. Інша основна зміна полягала в тому, що замість трьох кластерів симптомів з'явилося чотири, а кластер симптомів уникнення та заціпеніння розділили на два. Це відображає дослідження, які показують, що активне і пасивне уникнення є незалежними явищами, і призводить до вимоги, щоб діагноз ПТСР включав принаймні один симптом активного уникнення. Група симптомів пасивного уникнення стала більш загальним набором дисфоричних симптомів, негативних змін у пізнанні та настрої.

Як видно з таблиці 2.2, DSM-5 вимагає дотримання восьми груп критеріїв для постановки діагнозу ПТСР. Окрім відповідності критерію A, який визначає вплив травматичної події, для діагностики ПТСР необхідна наявність одного з п'яти симптомів повторного переживання, одного з двох симптомів уникнення, двох з семи симптомів негативних змін у пізнанні та настрої, а також двох з шести симптомів гіперактивного збудження. Критерій F передбачає, що симптоми кластерів B, C, D і E повинні бути присутніми щонайменше один місяць. Критерій G вимагає, щоб розлад викликав клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування. Критерій H вимагає, щоб симптоми не були пов'язані з вживанням психоактивних речовин або станом здоров'я.

У DSM-5 були вилучені специфікації гострого та хронічного ПТСР, а поняття "відстроченого ПТСР" було замінено на "відстрочений прояв", який визначається як такий, що не відповідає повним діагностичним критеріям щонайменше через шість місяців після події.

#### **Симптоми повторного переживання**

Повторне переживання або "нав'язливий" симптом часто розцінюється як ознака травматичного стресу. Повторне переживання симптомів включає нав'язливі і небажані думки й образи подій і тяжкі сни або кошмари. Повторне переживання симптомів може також включати 'спогади', де люди можуть втратити усвідомлення їх оточення і зануритися в спогад про цю подію. Ці спогади можуть бути настільки яскравими, що люди відчують, як ніби вони переживають травматичну подію знову. Люди можуть засмутитися від згадки, що сталося, і мати сильні фізичні реакції, такі як потовиділення, прискорене серцебиття.

#### **Симптоми уникнення та оніміння**

Симптоми уникнення та оніміння, як правило, розуміються як результат різних базових механізмів. Уникнення характеризується навмисними спробами викинути спогади про травматичну подію шляхом активного уникнення будь-яких можливих нагадувань. Таке уникнення може змусити людину йти на крайні заходи, щоб уникати людей, місць і заходів, які викликають тяжкі спогади, а також внутрішніх тригерів, таких як думки і почуття. У той час як симптоми активного уникнення передбачають активну складову поведінки, симптоми

оніміння є більш пасивними і можуть менше контролюватися. Симптоми оніміння відображаються через втрату інтересу до занять, які раніше приносили задоволення, відчуженість від оточуючих, обмеження емоційних реакцій (наприклад, неможливість відчувати радість чи любов) і почуття укороченого майбутнього. Вважається, що ці симптоми оніміння особливо характеризують більш хронічні і важкі форми захворювання. Як такі, вони, як правило, вважаються несприятливим прогностичним показником. Як зазначалося вище, оскільки емпіричні дослідження вказують на те, що уникнення та оніміння є окремими групами симптомів, DSM-IV ділить існуючий Критерій С на дві частини: (1) 'поведінка уникнення' (необхідна наявність одного симптому); та (2) "негативні зміни у пізнавальній та емоційній сфері", який охоплює і поширюється на симптоми оніміння (необхідна наявність двох симптомів).

### **Негативні зміни в когніції та настрої**

У DSM-5 кластер симптомів уникнення/заціпеніння DSM-IV, що складався з семи симптомів, був переглянутий і розділений на два окремі кластери симптомів - описаний вище кластер зусиль уникнення та кластер негативних змін у когніції та настрої, що складається з семи симптомів. Цей новий кластер симптомів включає попередні симптоми оніміння і додає негативні когніції, викривлене звинувачення і стійкі негативні емоції.

### **Симптоми збудження**

ПТСР пов'язаний з істотним збільшенням активності симпатичної нервової системи, далеко за межами її адаптивної функції у відповідь на травматичну подію. Особа переживає поточну підвищену сексуальну збудливість, як ніби "система страху" була відкалібрована для холостого ходу вищого рівня. Підвищена сексуальна збудливість проявляється в ряді таких симптомів, як порушення концентрації уваги і пам'яті, дратівливість і гнів, проблеми зі снів, лякливості і постійна готовність до небезпеки (надмірна пильність). У DSM-V до цієї групи симптомів було включено додатковий симптом – "необережна/нерозважлива або саморуйнівна поведінка".

### **Дисоціативний підтип**

У DSM-5 введено дисоціативний підтип ПТСР. Він охоплює людей, які, на додаток до повної відповідності критеріям ПТСР, відчувають дисоціативні симптоми (деперсоналізацію або дереалізацію). Сучасна література свідчить про те, що дисоціативний підтип може бути пов'язаний з більшою складністю і хронізацією як травматичної історії, так і загального тягаря хвороби.<sup>10,11</sup>

Таблиця 2.2: Діагностичні критерії DSM-5 (перефразовані) для посттравматичного стресового розладу у дорослих, підлітків та дітей старше шести років (код DSM-5 309.81)\*.

**A.** Особа зазнала фактичної смерті або загрози смерті, тяжких тілесних ушкоджень чи сексуального насильства в результаті наступних дій.

1. Безпосередній вплив.
2. Була свідком (особисто).
3. Опосередковано, дізнавшись, що близький родич або близький друг зазнав травми. Якщо подія була пов'язана з фактичною смертю або загрозою смерті, то вона мала бути насильницькою або випадковою.
4. Неодноразовий або вкрай непрямий вплив негативних деталей події (подій), як правило, під час виконання професійних обов'язків (наприклад, працівники служб швидкого реагування, які збирають частини тіла; професіонали, які неодноразово стикалися з деталями жорстокого поводження з дітьми). Сюди не входить непрямий непрофесійний вплив через електронні засоби масової інформації, телебачення, фільми чи фотографії.

**B.** Один або більше з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичною подією (подіями), з початком після травматичної події.

1. Повторювані, мимовільні та нав'язливі спогади про подію (події). (Примітка: у дітей цей симптом може виражатися в повторюваних іграх).

2. Травматичні нічні кошмари. (Примітка: діти можуть бачити тривожні сни, зміст яких не пов'язаний з травматичною подією (подіями)).

3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), які можуть виникати в діапазоні від коротких епізодів до повної втрати свідомості. (Примітка: діти можуть відтворювати подію в грі).

4. Інтенсивний або тривалий дистрес після впливу травматичних нагадувань.

5. Виражена фізіологічна реактивність після впливу пов'язаних з травмою подразників.

**С.** Постійне уникнення одного або більше з наведених нижче подразників, пов'язаних з травмою, що спричиняють дистрес.

1. Пов'язані з травмою думки, почуття або спогади.

2. Зовнішні нагадування, пов'язані з травмою (наприклад, люди, місця, розмови, діяльність, предмети або ситуації).

**Д.** Принаймні дві з наведених нижче негативних змін у пізнанні та настрої, які почалися або погіршилися після травматичної події.

1. Нездатність пригадати ключові ознаки травматичної події (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через травму голови, алкоголь чи наркотики).

2. Стійкі (і часто викривлені) негативні переконання та очікування щодо себе або світу (наприклад, "я поганий", "світ абсолютно небезпечний").

3. Стійке викривлене звинувачення себе або інших у спричиненні травматичної події або її наслідків.

4. Стійкі негативні емоції (наприклад, страх, жах, гнів, провина або сором).

5. Помітно знижений інтерес до значущих видів діяльності.

6. Відчуття відчуженості від інших (наприклад, відстороненість або відчуженість).

7. Скутість афекту: стійка нездатність відчувати позитивні емоції.

**Е.** Принаймні дві з наведених нижче змін збудження та реактивності, пов'язаних з травмою, які почалися або погіршилися після травматичної події.

1. Дратівлива або агресивна поведінка.

2. Саморуйнівна або безрозсудна поведінка.

3. Підвищена пильність.

4. Перебільшена реакція переляку.

5. Проблеми з концентрацією уваги.

6. Порушення сну.

**Ф.** Персистенція симптомів (за критеріями В, С, D та Е) триває більше одного місяця.

**Г.** Симптоми спричиняють клінічно значущий дистрес або функціональні порушення.

**Н.** Симптоми не пов'язані з вживанням психоактивних речовин або станом здоров'я.

Уточніть, чи так:

**З дисоціативними симптомами:** симптоми людини відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу, і, крім того, у відповідь на стресовий фактор людина відчуває стійкі або рецидивуючі симптоми будь-якого з перерахованих нижче:

**1. Деперсоналізація:** Стійкий або повторюваний досвід відчуття відірваності від своїх психічних процесів або тіла, ніби ви є стороннім спостерігачем (наприклад, відчуття, що ви перебуваєте уві сні, відчуття нереальності себе або свого тіла, або повільного плину часу).

**2. Дерезалізація:** Стійке або повторюване відчуття нереальності оточення (наприклад, світ навколо людини сприймається як нереальний, схожий на сон, далекий або спотворений).

**Примітка:** Для використання цього підтипу дисоціативні симптоми не повинні бути пов'язані з впливом речовини або медичним станом.

Вкажіть, якщо:

**З відстроченим проявом:** якщо повні діагностичні критерії не виконуються щонайменше через шість місяців після події (хоча деякі симптоми можуть бути очевидними одразу).

### **Комплексний ПТСР**

Підгрупа осіб з ПТСР, частіше тих, хто пережив події міжособистісного, тривалого та повторюваного характеру (наприклад, сексуальне насильство в дитинстві, ув'язнення,

катування), які іноді називають травмою II типу<sup>12</sup>, мають низку характерних ознак, що супроводжуються основними симптомами ПТСР. Ці ознаки можуть включати: порушення емоційного контролю; саморуйнівну та імпульсивну поведінку; порушення стосунків з іншими; ворожість; соціальну замкненість; відчуття постійної загрози; дисоціацію; соматичні скарги; відчуття неефективності, сорому, відчаю або безнадії; відчуття постійної шкоди; втрату попередніх переконань і припущень про безпеку та надійність інших людей.<sup>13,14</sup> У цій групі частіше зустрічаються проблеми хронічного самоушкодження та/або суїцидальних думок.

Людей, які демонструють таку сукупність ознак, часто називають людьми з комплексним посттравматичним стресовим розладом (кПТСР)<sup>15</sup> або розладами, спричиненими екстремальним стресом, не віднесеними до інших категорій (DESNOS).<sup>16</sup> Ці діагнози не включені до DSM-5. Однак ПТСР був офіційно визнаний психічним розладом з виходом одинадцятої редакції Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11)<sup>17</sup> Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Враховуючи це офіційне визнання ПТСР як психічного розладу, в цих настановах розглядається питання про лікувальні втручання. У Розділі 7 детально розглядаються концептуальні та діагностичні питання ПТСР, а також принципи його лікування та менеджменту.

### **Діагностичні критерії ПТСР (МКХ-11)**

В МКХ-11 ПТСР і кПТСР належать до загальної батьківської категорії "Розлади, пов'язані зі стресом". ПТСР складається з трьох груп симптомів: (1) повторне переживання травми; (2) уникнення травматичних нагадувань; і (3) постійне відчуття поточної загрози, що проявляється в перебільшеному переляку і підвищеній пильності. ПТСР включає три кластери ПТСР і три додаткові кластери, які відображають "порушення самоорганізації" (ПСО): проблеми в емоційній регуляції, Я-концепції та порушення у взаєминах. Критерії пропонуються застосовувати як до дітей і підлітків, так і до дорослих.

### **Поширеність та захворюваність на ПТСР**

Показники ПТСР слід розглядати в контексті показників схильності до ПТП у суспільстві загалом. Великі громадські опитування<sup>2,3,18</sup> показують, що від 50% до 75% людей повідомляють про принаймні одну ПТП у своєму житті, а більшість - про дві або більше подій. Міллс та його колеги<sup>18</sup> вивчили австралійські показники експозиції до ширшого кола більш специфічних ПТП, ніж у попередніх дослідженнях. Їхні висновки свідчать про те, що найпоширенішими ПТП є несподівана смерть близької людини (про це повідомили близько 35% населення); свідок тяжкого поранення або вбивства; несподіване виявлення трупа (27%); потрапляння в автокатастрофу, що загрожує життю (13%). Хоча ці цифри є важливими для розуміння рівня травматизму, цей тип ретроспективних даних завжди слід інтерпретувати з певною обережністю.

При вивченні показників ПТСР використовуються як показники поширеності, так і показники захворюваності. Поширеність - це частка населення, яка мала ПТСР протягом певного періоду часу, а захворюваність - це частота встановлення нових діагнозів ПТСР після впливу ПТП.

Звіти про поширеність ПТСР протягом життя (відсоток населення, яке пережило ПТСР у певний період свого життя) у вибірках спільнот коливаються в межах від 5% до 10%.<sup>19,20</sup> Це можна інтерпретувати як те, що приблизно від 15% до 25% людей, які зазнали впливу ПТП, також мають діагноз ПТСР.<sup>21</sup> Однак ці показники поширеності протягом життя можуть дещо вводити в оману, оскільки близько половини людей, у яких розвивається ПТСР, одужують протягом перших 12 місяців незалежно від лікування.<sup>3</sup> Крім того, звичайно, показники поширеності протягом життя потрібно інтерпретувати з обережністю, зважаючи на ретроспективний характер дослідження. Повідомляється, що 12-місячна поширеність ПТСР (відсоток населення, яке перенесло ПТСР протягом останнього року) становить 4,4% в Австралії<sup>22</sup> і від 3,5% до 4,7% у Сполучених Штатах.<sup>20,23</sup>

Фактори ризику розвитку ПТСР після травматичної події включають характер травматичної події та характеристики людини. Індивідуальні фактори ризику розвитку ПТСР після травматичної події включають стать, вік на момент травми, расу, нижчий рівень освіти, нижчий соціально-економічний статус, сімейний стан (наприклад, неодружений, розлучений або вдівець), попередню травму, несприятливий досвід дитинства, включаючи жорстоке поводження, особистий та сімейний анамнез психічних розладів, погану соціальну підтримку та початкову тяжкість реакції на травматичну подію.<sup>24,25</sup>

Характер травматичного впливу (наприклад, навмисний чи міжособистісний) є важливим фактором ризику розвитку ПТСР після ПТП.<sup>26</sup> ПТП, пов'язані з найвищими показниками ПТСР, не обов'язково є найпоширенішими ПТП.<sup>18</sup> Крімер та його колеги<sup>2</sup> виявили, що найвища 12-місячна поширеність ПТСР пов'язана з попереднім звалтуванням та домаганнями, а найнижча 12-місячна поширеність ПТСР пов'язана зі стихійними лихами, а також з тим, що ви стали свідком тяжких поранень чи вбивства когось. Подібні результати були отримані і в США.<sup>3</sup> ПТСР традиційно пов'язують з військовими діями, а рівень його поширеності серед американських ветеранів з часів війни у В'єтнамі коливається від 2% до 17%.<sup>27</sup> Оцінки поширеності ПТСР у ветеранській популяції широко варіюються залежно, наприклад, від епохи розгортання, відсотка тих, хто брав участь у бойових діях, і специфіки розгортання. Для ветеранської популяції в цілому (тобто, серед усіх когорт і серед тих, хто брав участь і не брав участі в бойових діях) оцінки поширеності зазвичай становлять близько 8% ПТСР протягом життя і 5% поточного ПТСР.<sup>28</sup> Поширеність ПТСР після стихійних лих коливається приблизно від 4% до 60%, причому більшість досліджень повідомляють про поширеність у нижній половині цього діапазону.<sup>29</sup> Ці показники часто є нижчими, ніж після техногенних катастроф (включно з терористичними актами) або техногенних аварій. Найвищий рівень поширеності ПТСР, пов'язаного з катастрофами, спостерігається серед тих, хто вижив (від 30% до 40%), і тих, хто першими реагує (від 10% до 20%), порівняно із загальним населенням (від 5% до 10%). Огляд див. у Neria et al.<sup>29</sup>

Наразі немає даних про поширеність ГСР серед австралійського суспільства в цілому. Однак огляд досліджень, що вивчають РСА<sup>30</sup>, виявив значну варіабельність між різними ПТП, зокрема, 9% після терористичних атак, від 13% до 25% після дорожньо-транспортних пригод (ДТП) і 33% серед свідків розстрілів на дорозі. Поширеність РСА значно варіюється навіть при дослідженні одного і того ж типу ПТП в різних умовах. Наприклад, у більшості досліджень поширеності травматичних ушкоджень цей показник коливається від 6% до 10%<sup>30</sup>, проте в одній лише Австралії дослідження показали, що поширеність РАС після травматичних ушкоджень становить від 1%<sup>31</sup> до 14%<sup>32</sup>.

### Супутні захворювання

Коли ПТСР триває більше кількох місяців, основні симптоми рідко існують ізольовано. Частіше вони існують разом з низкою супутніх ознак та інших коморбідних психічних розладів (наприклад, 2,3,33,34). Дані Австралійського національного дослідження психічного здоров'я та благополуччя 2007 року<sup>33</sup> показали, що 86% чоловіків і 77% жінок з ПТСР також відповідали критеріям іншого розладу за віссю I, який спостерігався протягом життя. До них відносяться тривога (52% чоловіків і 54% жінок), розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (65% чоловіків і 32% жінок), а також афективні розлади, такі як депресія (50% чоловіків і 51% жінок).

Низка досліджень виявила високий рівень коморбідності між розладом особистості та ПТСР серед дорослого населення США, хоча більшість з них були проведені на чоловіках-ветеранах бойових дій з тривалим ПТСР.<sup>35-38</sup>

На додаток до складнощів, що виникають через коморбідність, медичні працівники, які працюють з особами з більш хронічним ПТСР, часто стикаються з безліччю психосоціальних проблем, які розвинулися як вторинні по відношенню до основного розладу. До них часто відносяться скарги на біль і соматичне здоров'я, проблеми у стосунках і професійні порушення.



## Перебіг ПТСР

Інформація про перебіг ПТСР була отримана з великих епідеміологічних досліджень (наприклад, 3,33), в яких респондентів запитували, через скільки тижнів, місяців або років після початку розладу вони продовжували відчувати його симптоми. Ці ретроспективні звіти використовуються для створення "кривих виживання" або моделей перебігу ПТСР після травматичної події. Криві виживання припускають, що дві третини людей з ПТСР зрештою одужують, причому симптоми найбільш суттєво зменшуються протягом перших 12 місяців після події, хоча значна меншість продовжуватиме переживати ПТСР протягом десятиліть. Результати досліджень загальної популяції в США<sup>3</sup> та Австралії<sup>33</sup> свідчать про те, що приблизно від 50% до 60% ремісії спостерігається в період від двох до 10 років після події, з імовірним подальшим продовженням ремісії протягом наступних десятиліть. Дослідження з конкретними типами травм і групами населення також показують значну ремісію ПТСР з плином часу. Наприклад, дослідження дорослих, які пережили морську катастрофу в підлітковому віці, показало, що 70% постраждалих, яким діагностували ПТСР після інциденту, не відповідали критеріям ПТСР в період від п'яти до восьми років після катастрофи.<sup>39</sup> Систематичний огляд лонгітюдних досліджень ПТСР, пов'язаного з 11 вересня, надав додаткові докази того, що в більшості випадків поширеність ПТСР з часом знижується.<sup>40</sup> Виняток становили рятувальники та рятувальники/відновлювачі, у яких поширеність ПТСР була нижчою, ніж в інших групах населення, протягом перших трьох років після 11 вересня, але після цього показник значно зріс, досягнувши піку через п'ять або шість років після 11 вересня. Будь-які майбутні дослідження слід інтерпретувати з обережністю, оскільки на перебіг одужання в цих вибірках часто сильно впливають такі фактори, як фізична інвалідність і втрата роботи, що ускладнює узагальнення для інших груп населення, які страждають на ПТСР. Аналогічно, одужання від ПТСР, пов'язаного з травмами, що підлягають компенсації, видається менш імовірним<sup>41</sup> і пов'язане з процесом компенсації<sup>42</sup>. Підвищений рівень гніву також може бути фактором, що сприяє поганому відновленню після ПТСР.<sup>43</sup>

Більшість з цих досліджень використовували ретроспективні звіти для визначення перебігу одужання. Нижчі показники ремісії ПТСР були виявлені в інших групах населення, особливо коли використовувалися більш надійні проспективні схеми дослідження. Дослідження, яке оцінювало австралійських ветеранів В'єтнаму в двох точках з різницею в 15 років, виявило підвищений рівень ПТСР у пізнішій часовій точці.<sup>44</sup> Подібні показники хронічного ПТСР були виявлені у пожежників після великої лісової пожежі, де 56% тих, хто мав розлад після пожежі, все ще мали його через чотири роки.<sup>45</sup> У 20-річному спостереженні за ізраїльськими ветеранами Соломон виявив коливання поширеності ПТСР, зі зниженими показниками через три роки після війни, але суттєвим зростанням у 20-річній точці.<sup>46</sup> Дані кількох досліджень свідчать про те, що люди, які відповідають критеріям ПТСР приблизно через шість місяців після травми, ймовірно (за відсутності ефективного лікування) матимуть хронічний перебіг із симптомами, що потенційно можуть тривати протягом багатьох десятиліть.<sup>3,47</sup> Однак проспективне дослідження виявило, що 42% осіб, які зазнали впливу дорожньо-транспортної пригоди, мали нестабільний перебіг ПТСР та інших супутніх захворювань з плином часу.<sup>48</sup> Важливо, що ПТСР менш схильний до хронічного перебігу при застосуванні науково обґрунтованого лікування. На основі кількох досліджень можна припустити, що близько третини пацієнтів добре одужують після доказового лікування, третина - помірно добре, а третина навряд чи отримає користь.

## Стійкість перед обличчям потенційно травматичних подій

Хоча основна увага в цих настановах зосереджена на лікуванні людей, у яких розвивається ГСР та/або ПТСР після травматичного досвіду, необхідно підкреслити, що у більшості людей, які зазнали травми, ці стани не розвиваються. Ранні дослідження ПТІ показали, що життєстійкість є звичайним результатом, хоча поки що не зрозуміло, чи це стосується досвіду міжособистісного насильства та жорстокого поводження.<sup>49,50</sup> Крім того, консенсус щодо визначення життєстійкості ще не досягнутий. Нещодавні визначення життєстійкості

включають "динамічний процес, що охоплює позитивну адаптацію в контексті значних негараздів",<sup>51</sup> і "здатність адаптуватися і успішно справлятися, незважаючи на загрозливі або складні ситуації".<sup>52</sup> Деякі дослідники вирішили визначити життєстійкість як відсутність симптомів ПТСР після впливу ПТН (наприклад, <sup>53</sup>), але інші стверджують, що відсутність симптомів ПТСР не прирівнюється до життєстійкості так само, як відсутність хвороби не прирівнюється до здоров'я. (див. <sup>54</sup>) Всебічний огляд цієї сфери надано Лейном і колегами.<sup>55</sup>

### **Посттравматичні розлади психічного здоров'я: Ключові відмінності між ГСР та ПТСР**

Діагностичні критерії двох посттравматичних психічних розладів, описаних вище, - ГСР та ПТСР - суттєво збігаються. ГСР та ПТСР мають однакову вимогу щодо впливу травматичної події (Критерій А). Проте, ГСР та ПТСР відрізняються за кількома важливими ознаками. Ключовою відмінністю між цими двома розладами є тривалість симптомів, необхідна для постановки діагнозу. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичної події, в той час як ПТСР вимагає, щоб симптоми були присутні принаймні один місяць після травматичної події. Специфікатори гострого і хронічного ПТСР не були включені в DSM-5, а поняття ПТСР з відстроченим початком було замінено на "відстрочене вираження" (с. 272).<sup>1</sup>

З точки зору сукупності симптомів, діагноз ПТСР вимагає наявності певної кількості симптомів у межах встановлених кластерів. У DSM-5 симптоми ГСР не класифіковані в межах кластерів, тому діагноз ставиться на основі вираженості симптомів у сукупності. ПТСР включає симптоми, не пов'язані зі страхом (наприклад, ризикована або деструктивна поведінка, надмірно негативні думки та припущення про себе або світ, перебільшене звинувачення себе або інших у спричиненні травми, негативний афект, зниження інтересу до діяльності, відчуття ізольованості), тоді як ГСР не включає. І, нарешті, ПТСР включає дисоціативний підтип, тоді як при РАС деперсоналізація і дереалізація включені як симптоми під заголовком "дисоціативний".

Незважаючи на ці відмінності в діагностичних критеріях, немає ніякої різниці в рекомендованих методах лікування ПТСР та ГСР. Однак доказова база для лікування ПТСР є сильнішою.

### **СКРИНІНГ, ОЦІНКА ТА ДІАГНОЗ**

Люди з ГСР або ПТСР не обов'язково одразу висловлюють занепокоєння з приводу травматичного досвіду лікарю або професіоналу в області психічного здоров'я. Вони можуть звертатися з приводу цілого ряду проблем, включаючи розлади настрою (наприклад, депресія), гнів, проблеми у стосунках, поганий сон, сексуальну дисфункцію або фізичні скарги на здоров'я, такі як головний біль, шлунково-кишкові проблеми, ревматичні болі і шкірні захворювання. Вони можуть взагалі не говорити про власний травматичний досвід.

Дослідження показали, що тільки 11% пацієнтів первинної медичної допомоги з ПТСР мали даний діагноз в їх медичній документації. Ця проблема обумовлена, зокрема, униканням, що характерно для ПТСР, яке може перешкодити людині говорити про це або шукати допомоги. Необхідно також визнати, що зберігається соціальна стигма, пов'язана з проблемами психічного здоров'я, і страх дискримінації може стати перешкодою для деяких людей, які повідомляють про свої симптоми. Крім того, існує стигма, пов'язана з деякими формами травматичної дії, такими як сексуальне насильство, що може завадити людині розповісти про свій досвід. Практикуючий лікар повинен бути чутливим до цих питань при скринінгу на ПТСР і враховувати це при інтерпретації балів самоопитувальників. Ця проблема підкреслює важливість затвердження емпірично обґрунтованих оптимальних граничних показників у різних популяціях, а також інформування лікарів про належне використання таких інструментів. Самоопитувальники мають використовуватися в якості засобів, що допомагають зорієнтуватися, а не як єдиний діагностичний інструмент.

Фахівці повинні також розглянути можливість модифікації підходів до оцінки та лікування при наданні допомоги людям з інтелектуальними порушеннями та аутизмом, які можуть

страждати від ГРС, ПТСР та кПТСР. Люди з інтелектуальними порушеннями та аутизмом можуть піддаватися високому рівню жорстокого поводження та травматизації, а отже, мають високий ризик розвитку розладів, пов'язаних зі стресом. Однак їхні симптоми може бути нелегко розпізнати через порушення комунікації та когнітивних функцій.

У прагненні зрозуміти витоки наявних проблем, лікар повинен регулярно запитувати про якісь стресові або травматичні події, які сталися нещодавно або в минулому. Якщо є підозра на травматичний досвід, фахівець може використовувати контрольний список травматичних подій (ЛЕС-5)<sup>58</sup>. Якщо людина підтверджує наявність в минулому будь-яких подій з контрольного списку, рекомендується провести короткий скринінг ПТСР. Хоча в центрі уваги таких питань будуть події, пережитих особою, клініцисти повинні також враховувати потенціал трансгенераційних ефектів травми, особливо серед груп високого ризику, таких як діти ветеранів або людей, що вижили під час голокосту.

Наразі використовується низка коротких скринінгових методик для виявлення ПТСР (огляд див. Brewin et al.<sup>59</sup>). До них відносяться шкала переляку, фізіологічного збудження, гніву та заціпеніння<sup>60</sup> (SPAN: 4 пункти), коротка шкала DSMPTSD-IV<sup>61</sup> (BPTSD-6: 6 пунктів) та Тест психологічного скринінгу, пов'язаного з катастрофою<sup>62</sup> (DRPST: 7 пунктів).

Методики, рекомендовані для оцінювання Міністерством у справах ветеранів/Департаментом оборони США, включають чотирикомпонентний скринінговий тест на ПТСР для первинної медичної допомоги за DSM-5 (PC-PTSD-5) та SPAN. Контрольний список ПТСР (PCL)<sup>63</sup> був оновлений відповідно до DSM-5 до PCL-5<sup>64</sup>, і оцінює 20 симптомів ПТСР за DSM-5.

В ідеалі, слід використовувати методику, оновлену для DSM-5. Нижче наведено приклад скринінгової методики<sup>65,66</sup>, що була переглянута для DSM-5, емпірично підтверджена і широко використовується в клінічній практиці.

#### **Скринінг ПТСР для первинної медичної допомоги за DSM-5 (PC-PTSD-5)**

За останній місяць чи ви... (відповідь ТАК/НІ)

1. Мали кошмари про певну подію (події) або Ви думали про неї, коли не хотіли?
2. Намагалися з усіх сил не думати про подію(події) або уникали ситуацій, які нагадували Вам про цю подію(події)?
3. Були постійно настороженими, пильними чи легко лякалися?
4. Відчували заціпеніння або відстороненість від людей, діяльності чи оточення?
5. Відчували провину або не могли припинити звинувачувати себе чи інших у події (подіях) або будь-яких проблемах, які ця подія (події) могла спричинити?

Попередні результати валідаційних досліджень серед ветеранів свідчать про те, що три бали за шкалою PC-PTSD-5 (наприклад, респондент відповів "так" на будь-які три з п'яти запитань про те, як травматична подія (події) вплинула на нього за останній місяць) свідчать про ймовірний ПТСР, і людину слід додатково обстежити на наявність симптомів травми.<sup>65</sup> PC-PTSD-5 також демонструє дуже хорошу надійність при повторному тестуванні.<sup>65</sup>

У попередньому розділі розглянуто проведення скринінгу в контексті людей, які звертаються до лікаря за медичною допомогою. Розглядаючи можливість застосування скринінгу серед широких верств населення, слід зважити потенційні переваги та практичні проблеми, такі як часові обмеження, кадрове забезпечення, необхідність мати належні шляхи перенаправлення та ресурси для подальшого лікування, а також існуючі системи клінічної практики. Наприклад, можна розглянути можливість систематичного скринінгу груп населення, визначених як групи високого ризику на основі їхнього впливу великих катастроф, професійної діяльності (наприклад, працівники екстрених служб і військовослужбовці) або іншого травматичного досвіду (наприклад, біженці). Такий підхід матиме важливі наслідки для планування послуг з метою виявлення груп ризику і спрямування обмежених ресурсів на тих, хто, найімовірніше, отримає найбільшу користь від надання науково обґрунтованих втручань. Звичайно, це

передбачає наявність достатньої кількості підготовлених і досвідчених клініцистів, які надаватимуть науково обґрунтовану допомогу особам з позитивним результатом скринінгу в ураженій громаді. Наразі існує багато місць, де люди з позитивним результатом скринінгу на ПТСР (або інші широко розповсюджені стани) матимуть значні труднощі з доступом до доказової допомоги. Скринінг серед населення за таких обставин піднімає складні етичні питання і не повинен проводитися без ретельного обмірковування.

### **Рекомендації з належної практики**

- Для осіб, які звертаються за отриманням першої медичної допомоги з повторюваними неспецифічними проблемами з фізичним здоров'ям, лікарю, який надає першу допомогу, рекомендується провести опитування стосовно того, чи піддавалась людина впливу травматичних подій з описом прикладів таких подій.
- Планування надання послуг має враховувати питання застосування скринінгу для осіб, що входять до групи підвищеного ризику отримання ПТСР після значних катастроф та інцидентів, а також для тих, хто належить до професій з високим ступенем ризику.
- Вибір діагностичного інструментарію повинен обумовлюватися наявністю найкращої доказової бази фактичних даних, що засвідчують його ефективність, з метою відбору найбільш науково-обґрунтованого методу. Застосування неналежного діагностичного інструментарію може призвести до пере- або недооцінки проблеми.
- Для різних груп населення може виникнути необхідність у застосуванні різних процедур проведення діагностики. У програмах, відповідальних за надання допомоги біженцям, слід розглянути питання про застосування прийнятних в культурному відношенні процедур та матеріалів скринінгу для біженців і шукачів притулку з метою виявлення ризику розвитку ПТСР. Аналогічним чином, проведення скринінгу дітей потребує використання чутливого інструментарію, розробленого саме з метою діагностики дітей.
- Скринінг повинен проводитися в контексті системи обслуговування, яка включає належне надання послуг для тих, хто потребує допомоги.
- Будь-яка особа, яка отримала позитивні результати внаслідок проведення скринінгу, має отримати ретельне діагностичне обстеження.

### **Комплексна оцінка посттравматичного стресового розладу**

ПТСР часто асоціюється з дифузним і широким спектром симптомів і порушень, а клінічні прояви варіюються залежно від унікальних особливостей і обставин, в яких перебуває людина. Тому рекомендується проводити всебічне обстеження, включаючи детальний збір анамнезу, як це передбачено будь-яким належним клінічним обстеженням. Глибина обстеження, передбачена в цьому розділі, може бути недоцільною в загальній практиці і може бути завершена шляхом направлення до спеціаліста. При ПТСР та пов'язаних з ним станах оцінка повинна включати анамнез травми, що охоплює попередній травматичний досвід, а також "індексну" травматичну подію. Не обов'язково отримувати деталі цього досвіду на перших сесіях; достатньо отримати коротке уявлення про травматичні події, яких зазнала людина. Наполягання на отриманні подробиць на цьому ранньому етапі обстеження може не тільки викликати дистрес у людини, але й бути контртерапевтичним. Подальше лікування ПТСР, звісно, може включати в себе детальний опис травматичних подій.

Під час оцінки історії та поточних обставин слід враховувати поточне та минуле психосоціальне функціонування (минуле психосоціальне функціонування особливо важливе, якщо травма була пов'язана з раннім сексуальним або фізичним насильством), наявність та перебіг симптомів ПТСР, а також будь-які коморбідні проблеми (включаючи вживання психоактивних речовин). Особливу увагу слід приділяти групам населення, схильним до ризику тривалого та/або повторного травматичного досвіду, таким як аборигени та мешканці островів Торресової протоки, працівники аварійно-рятувальних служб, біженці та шукачі притулку, особи, які зазнали насильства в сім'ї (в тому числі діти), а також нинішні та колишні військовослужбовці. Лікарі також повинні бути чутливими до потенційних наслідків травми

для наступних поколінь, особливо серед груп високого ризику, таких як діти ветеранів або тих, хто пережив Голокост. Особливу увагу слід також приділяти питанням фізичного здоров'я. Це можуть бути питання, пов'язані з ушкодженнями, що виникли внаслідок травматичного інциденту, зміною поведінки щодо здоров'я після інциденту, супутніми або проблемами фізичного здоров'я, що маніфестуються, а також медичним лікуванням, яке проводиться з приводу будь-яких проблем фізичного здоров'я.

Слід також оцінювати ширші показники якості життя, такі як задоволеність фізичним, соціальним, екологічним станом та станом здоров'я, шлюбно-сімейною ситуацією, а також професійним, правовим і фінансовим статусом. Точна оцінка мережі підтримки людини є особливо важливою, оскільки хороша соціальна підтримка тісно пов'язана з одужанням.<sup>24,67</sup>

Важливо, що сприйняття соціальної підтримки може бути тісніше пов'язане з психічним здоров'ям і благополуччям серед тих, хто першими реагує на травматичні події, ніж фактична соціальна підтримка.<sup>68</sup>

За можливості та з дозволу особи в процес оцінювання слід включати інформацію з інших джерел. Це може включати, наприклад, обговорення з такими інформаторами, як партнер, інший член сім'ї або колега. Це може бути інформація від інших медичних працівників, які беруть участь у наданні допомоги особі, особливо тих, хто знає цю особу протягом кількох років (а в ідеалі - ще до травматичної події). Це може бути інформація з медичних карт або іншої документації. Ця інформація від "третьої сторони" стає особливо важливою у випадках, коли йдеться про юридичну відповідальність та/або компенсацію, а також у випадках, коли існує занепокоєння щодо можливості перебільшення або фабрикації симптомів.

При розробці плану лікування слід враховувати фактори, які можуть вплинути на результат, такі як попередні проблеми з психічним здоров'ям, особливо депресія<sup>67</sup>, попередній досвід лікування та стратегії подолання посттравматичного стресу. Слід враховувати ризик самоушкодження, самогубства та заподіяння шкоди іншим; люди з ПТСР, схильні до суїциду або вбивства, повинні перебувати під ретельним наглядом. Під час оцінки слід також звернути увагу на сильні сторони людини та її стратегії подолання (тобто життєстійкість). Плани лікування повинні бути спрямовані на розвиток цих сильних сторін.

Комплексна оцінка та формулювання випадку не повинні обмежуватися первинною презентацією, а мають бути постійним процесом. Упродовж усього лікування слід застосовувати підхід, заснований на співпраці з клієнтом, щоб відстежувати його самопочуття та прогрес. Це стає особливо важливим, коли здається, що лікування не допомагає людині одужати. За таких обставин фахівець повинен ретельно переоцінити і вирішити супутні психосоціальні проблеми, а також більш ретельно оцінити особистість. Спільне обговорення формулювання з пацієнтом, з особливим акцентом на фактори, що зберігаються, і бар'єри на шляху до покращення, підвищує залученість і, ймовірно, покращує результати.

### **Рекомендації з належної практики**

- Необхідно провести ретельну оцінку, що охоплює ПТСР і супутні діагнози, рівень життя і психосоціальний стан, походження травми, загальний психічний стан (відзначити ступінь супутніх патологій), фізичний стан, вживання препаратів, сімейний стан, професійний та соціальний статус.
- Оцінка повинна включати оцінку психічної стійкості і сильних сторін, а також «відповіді» на попередні лікувальні заходи.
- Оцінка і втручання повинні розглядатися в контексті часу, що пройшов з моменту виникнення травматичної події. Оцінка повинна відображати те, що, в той час як більшість осіб будуть проявляти ознаки розладу в перші тижні після впливу травматичної події, більшість з цих реакцій будуть слабшати протягом наступних трьох місяців.
- В рамках належної клінічної практики, оцінка повинна відбуватися в кількох часових точках після травмуючого впливу, зокрема, якщо особа проявляє ознаки триваючих труднощів або психологічного виснаження.

- Оцінка і моніторинг повинні здійснюватися протягом усього лікування. Якщо адекватного прогресу у лікуванні не було досягнуто, лікар повинен переглянути випадок пацієнта, що перебуває під наглядом, можливі перешкоди у процесі лікування та впровадити відповідні стратегії, або звернутись до іншого лікаря. Ефективна професійна взаємодія і комунікація є життєво необхідними в таких ситуаціях.

### **Діагноз**

У більшості клінічних ситуацій неструктуроване клінічне інтерв'ю є первинною стратегією оцінки. Однак, оскільки ПТСР може бути пов'язаний з компенсацією, в певний момент може виникнути потреба в об'єктивній оцінці, яка витримає більш сувору перевірку. Незалежно від контексту, лікар повинен підтримувати баланс між наданням емпатичної підтримки людині, яка страждає, і отриманням надійної та об'єктивної інформації. Для всебічного огляду питань оцінки при ПТСР див. Simon,<sup>69</sup> та Wilson and Keane.<sup>70</sup>

Наразі не існує узгодженого золотого стандарту, за допомогою якого можна було б провести комплексну діагностичну оцінку ПТСР. Проводячи комплексну діагностичну оцінку ПТСР, клініцисти повинні застосовувати багатогранний підхід, що включає інформацію з різних джерел. У клінічних умовах це може включати неструктуровані психіатричні інтерв'ю (для вивчення наявних проблем і збору інформації, описаної в попередніх параграфах), структуровані клінічні інтерв'ю, опитувальники для самозвітів і (за можливості) звіти значущих осіб у житті пацієнта. У дослідницькому контексті додатковий ступінь об'єктивності можуть забезпечити психофізіологічні показники, які оцінюють активність симпатичної нервової системи, такі як частота серцевих скорочень, м'язова напруга, артеріальний тиск і потовиділення, хоча в клінічних умовах це рідко практикується на практиці.

### **Диференційна діагностика**

Важливо пам'ятати, що ПТСР - не єдиний наслідок впливу травматичних подій на психічне здоров'я. Інші поширені діагнози, які слід розглянути, включають депресію, інші тривожні розлади, такі як панічний розлад, генералізований тривожний розлад і специфічні фобії, зловживання психоактивними речовинами/залежність, а також розлади адаптації. Слід також розглянути діагностику ускладненого горя (раніше відомого як травматичне горе), що виникає після тяжкої втрати, оскільки зростає попит на включення травматичного горя в якості окремої діагностичної одиниці. DSM-5 включає діагностичний код, що відповідає проблемам тривалого горя - Інші специфічні розлади, пов'язані з травмою і стресом, Персистуючий складний розлад після тяжкої втрати - з критеріями для цього діагнозу, що містяться в розділі посібника, присвяченому станам, які потребують подальшого вивчення (див. огляд Shear et al.<sup>71</sup>). Нещодавно запропоновані критерії ускладненого горя<sup>71,72</sup> містять певну схожість з ПТСР щодо таких симптомів, як нав'язливі думки і спогади про померлого, уникнення нагадувань про втрату і відчуття відчуженості від оточуючих. Важливо, однак, що ознакою ускладненого горя є туга і смуток, на відміну від ПТСР, який, як правило, характеризується страхом.

Ці розлади можуть розвиватися після травматичного впливу замість ПТСР або коморбідно з ним. Обидві можливості слід розглядати, коли клінічна картина є складною.

### **Рекомендації з належної практики**

- Оцінка повинна охоплювати широке коло потенційних психічних проблем, пов'язаних з психічною травмою, окрім ПТСР, включаючи інші тривожні розлади, депресії і зловживання психоактивними речовинами.

### **«Відновлені спогади»**

Відновлення спогаду, що був недоступний для згадування протягом деякого проміжку часу, називається відновленим спогадом. Це відрізняється від неповного або фрагментованого

спогаду, що може бути широко пов'язано з ПТСР. Питання про відновлення спогадів найбільш часто виникає у випадках жорстокого поводження в дитинстві. Воно є спірним і викликає обговорення як у професійній спільноті, так і у громаді (див. Loftus та Davis<sup>73</sup>). Факти говорять про те, що травматичні спогади можуть бути забуті, а потім згадані в більш пізній час. Існують також докази того, що «помилкові спогади» можуть бути створені і пам'ятатися як істинні (див. McNally<sup>74</sup>). Терапії, які намагаються відновити забуті спогади травматичної події, піддаються критиці через відсутність достатньої теоретичної бази, оскільки не беруть до уваги помилковість пам'яті використовують такі методи, як навіювання, що збільшує спотворення пам'яті і конфабуляції. При відсутності підтвердження, не представляється можливим однозначно визначити обґрунтованість відновлених спогадів. Такі підходи є абсолютно недоречними.

Ризик, пов'язаний з відновленням спогадів, може бути мінімізований, коли лікарі проходять підготовку відповідно до професійних стандартів, проводять повну оцінку на старті лікування, займають нейтральну позицію по відношенню до історії, уникають упереджених переконань про фактори, які можуть або не можуть бути причиною проблеми, та уникають використання прийомів, що підвищують сугестивність і спотворення пам'яті. При відсутності підтвердження нових спогадів, лікування повинно дозволити людині зробити свої власні висновки з деякими розуміння процесів пам'яті й адаптуватися до невизначеності, коли вона зберігається. Австралійське психологічне товариство розробило етичні норми для лікарів, які працюють з пацієнтами, які повідомляють про раніше незгадувані травматичні спогади, і воно не радить застосовувати втручання, спрямовані на 'відновлення' таких спогадів. Відповідні американські і британські професійні органи також видали суворі попередження проти цього терапевтичного підходу.

#### **Перебільшення і симуляція симптомів**

ГСР та ПТСР є єдиними психічними захворюваннями з досвідом травматичної події як частиною діагнозу. Тому юридичні дії не є рідкістю. Ці юридичні дії можуть включати намагання індивіда отримати відшкодування за свій психіатричний стан (наприклад, ПТСР після ДТП або злочину). Дослідження, які розглядають те, чи компенсація впливає на процеси оцінки, мали неоднозначні результати і можливі відносини між фінансовими стимулами та симптомами ПТСР в даний час неясні. Важливо, однак, враховувати можливість перебільшення і симуляції симптомів при оцінці ПТСР у випадках, коли мають місце фінансова винагорода, державні гарантії на отримання допомоги, судово-медичні висновки або інші потенційні вигоди. Докладний опис цієї області виходить за рамки теми цієї Настанови і зацікавлений читач може звернутися до відповідних книг по темі.<sup>75</sup>

Можливість перебільшення симптому повинна бути врахована, якщо людина повідомляє, про всі 20 симптомів ПТСР, зокрема, про високий рівень серйозності їх усіх, якщо людина підкреслює повторне переживання (а не уникнення та оніміння) симптомів або якщо розповідь людини про її симптоми не відповідає її повідомленню про власний функціональний стан. В цілях роз'яснення цього питання клініцисти не повинні задовольнятися простим "так/ні" у відповідь на питання, а повинні питати про подальшу деталізацію повідомлених симптомів (наприклад, "розкажи мені про те, коли ти востаннє відчував це – на що це було схоже?"). Під час інтерв'ю клініцист повинен залишатися пильним щодо симптомів ПТСР, які можна безпосередньо спостерігати (наприклад, надмірна пильність та емоційні тупість), і будь-яких протиріч у повідомленнях (наприклад, повна непрацездатність, але збереження активного соціального життя). Це також корисно визначити курсу симптомів щодо термінів юридичних дій та компенсації.

Необхідно підкреслити, що проблема перебільшення і симуляції симптомів, перш за все, виникає в контексті судових розглядів, компенсації і спірних випадків, а не в ході рутинної клінічної практики. Навіть у цих умовах практикуючий лікар повинен зберегти і надавати співчуття до людини, щоб уникнути ризику посилення страждання при опитуванні, схожому на допит.

Є, звичайно, і інші фактори, крім фінансової вигоди, що можуть сприяти тривалим симптомам. Вторинна вигода у соціальній, сімейній або професійній сферах можуть мати сильний вплив на роль хворого та постійну непрацездатність, які вони можуть навіть не усвідомлювати.

### **Інструменти оцінки**

Діагностичні інструменти для ПТСР включають в себе структуровані клінічні інтерв'ю і заходи самозвітування. В таблиці 2.3 наводяться відомості про найбільш часто використовувані інструменти оцінки.

### **Структуроване клінічне інтерв'ю**

Структуроване клінічне інтерв'ю надає оптимальні стратегії для створення надійного клінічного діагнозу і вказівку на тяжкість симптомів. Для грамотного, добре підготовленого лікаря ці заходи поєднують стандартизований та об'єктивний інструмент з елементом клінічного судження. Питання безпосередньо зосереджені на симптомах ПТСР і об'єктивна шкала визначає, чи кожен з них є досить сильним, щоб відповідати критеріям.

Шкала ПТСР, що застосовується клініцистами (нинішня CAPS-5)<sup>76-78</sup> - це психометрично надійний інструмент, розроблений для подолання багатьох обмежень інших структурованих інтерв'ю щодо ПТСР.<sup>77</sup> Як і в попередніх версіях CAPS, оцінка вираженості симптомів CAPS-5 базується на частоті та інтенсивності симптомів (за винятком амнезії та зниження інтересу, які оцінюються за кількістю та інтенсивністю). Однак, на відміну від попередніх версій CAPS, які вимагали окремого оцінювання частоти та інтенсивності симптомів, пункти CAPS-5 оцінюються одним балом, на відміну від попередніх версій CAPS, які вимагали окремого оцінювання частоти та інтенсивності симптомів для кожного пункту. Хоча CAPS настійно рекомендується в дослідницьких і медико-правових умовах, існують менш трудомісткі альтернативи, які можна використовувати в рутинній клінічній практиці. У цьому контексті доречними є кілька інших добре валідованих структурованих інтерв'ю з ПТСР, які є коротшими і простішими в застосуванні. Огляд див. у Weiss<sup>79</sup>. Одне з таких інтерв'ю, PSS-I,<sup>80</sup> було оновлено для відповідності DSM-5 (PSS-I-5) як коротке інтерв'ю, яке оцінює наявність і тяжкість симптомів протягом останнього місяця. PSS-I-5 складається з 20 запитань, пов'язаних із симптомами, та чотирьох додаткових запитань для оцінки дистресу та втручання в повсякденне життя, а також початку та тривалості симптомів.<sup>81</sup>

### **Заходи самозвітування**

Для оцінки симптомів ПТСР існують різноманітні загальні та специфічні для певної популяції методики самозвіту, а також низка всебічних оглядів цих методик (наприклад, 82,83). Найкращі шкали є психометрично надійними та відносно неінтрузивними. Хоча ці заходи забезпечують валідну оцінку власного сприйняття симптомів людиною без впливу інтерв'юера, вони можуть бути більш схильні до перебільшення або применшення симптомів, ніж інтерв'ю. Вони також обмежені в своїй діагностичній точності, оскільки більш надійно фіксують загальне відчуття дистресу, ніж конкретні симптоми. Відповідно, не варто покладатися на показники самозвітів як на єдиний (або навіть основний) діагностичний інструмент. Скоріше, вони є корисним скринінговим інструментом перед проведенням більш інтенсивних процедур інтерв'ю або для оцінки зміни симптомів під впливом лікування шляхом повторного застосування.<sup>84</sup>

Деякі усталені шкали використовуються протягом десятиліть і продовжують користуватися популярністю серед клініцистів та дослідників (наприклад, Шкала впливу подій<sup>85</sup> та її переглянута версія IES-R<sup>86</sup>). Однак за останні роки діагностичні критерії еволюціонували, і рекомендується використовувати новіші шкали, які є психометрично сильними і відповідають сучасним діагностичним критеріям, де це можливо. Одним із прикладів є Контрольний перелік симптомів ПТСР за DSM-5 (PCL-5)<sup>63</sup>, який оцінює двадцять симптомів ПТСР за DSM-5. Шкала оцінювання для самозвіту становить від 0 до 4 для кожного симптому, що відображає зміну від 1 до 5 у версії DSM-IV. Дескриптори шкали оцінювання залишаються незмінними: "Зовсім не виражений", "Трохи виражений", "Помірно виражений", "Досить виражений" і "Дуже виражений". У той час як у версії DSM-IV існували окремі форми для військових (М), цивільних (С) і специфічних (S) стресів, у версії PCL-5 немає відповідних версій PCL-М або PCL-С. Мосьє та її колеги розрахували "перехресний перехід" між



показниками PCL-C і PCL-5, щоб дозволити дослідникам і клініцистам інтерпретувати і перекладати бали між цими двома шкалами.<sup>87</sup>

PCL-5 часто використовується в різних умовах для різних цілей, включаючи моніторинг змін симптомів, а також для скринінгу та встановлення попереднього діагнозу ПТСР. Заповнення шкали займає лише кілька хвилин і має хороші психометричні характеристики.<sup>84,88</sup> PCL-5 містить двадцять пунктів, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта, що дозволяє отримати оцінку вираженості симптомів у діапазоні від 0 до 80. Попередня версія PCL-5 пропонувала 33 бали для діагностики ПТСР у ветеранів, тоді як валідаційні дослідження рекомендували різні бали в діапазоні від 28 до 37,<sup>89,90</sup> або дотримуватися діагностичного алгоритму DSM-5 для ПТСР з пунктами, що відповідають критеріям DSM. Результати валідаційних досліджень вказують на те, що оптимальний відсікаючий бал залежить від контексту, популяції, а також від золотого стандарту інструменту, який застосовувався у валідаційних дослідженнях.

Версія для самозвіту Шкала симптомів ПТСР (PSS-SR)<sup>91</sup> подібна до PCL-5, тоді як Шкала травми Девідсона (DTS)<sup>92</sup> дозволяє оцінювати як частоту, так і інтенсивність. Оскільки PCL-5 є однією з небагатьох шкал, доступних для клініцистів у всьому світі безкоштовно, ми рекомендуємо клініцистам і дослідникам використовувати PCL-5 для самозвіту.

На додаток до вимірювання симптомів, корисним буде ширший інструмент якості життя, який вимірює прогрес у відновленні та реабілітації. Одним із найпоширеніших показників якості життя є коротка форма інструменту якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHOQOL) - WHOQOL Bref,<sup>93</sup> який, як показують дослідження, є крос-культурно валідним і має надійні психометричні властивості.<sup>94</sup>

Хоча стійкість часто згадується як результат впливу травматичної події, існує дуже мало емпіричних вимірювань стійкості. Натомість, показники адаптивних результатів описуються як докази життестійкості, зазвичай у сфері соціальної та психологічної компетентності. Доступні вимірювання включають Коротку шкалу життестійкості,<sup>95</sup> Шкала життестійкості (RS),<sup>96</sup> та Шкала життестійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC)<sup>97</sup>. Хоча вони є багатообіцяючими, поки що немає достатньої кількості даних, на основі яких можна було б визначити оптимальний або рекомендований показник.

### **Рекомендації з належної практики**

- Рекомендується, щоб лікар при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя керувався доступними схваленими методиками самозвіту та структурованими клінічними інтерв'ю.
- Рекомендується, щоб лікар також використовував методику самозвіту в якості основи для своєї оцінки результатів лікування з плином часу

Таблиця 2.3. Загальновикористовувані інструменти оцінки

Інструмент	Кількість пунктів	Опис	Психометричні характеристики
<b>Опитувальники</b>			
<b>Оновлено для DSM-5</b>			
Шкала ПТСР, за якою оцінює клініцист – Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) <sup>76-78</sup>	30	Вважається "золотим стандартом" оцінки ПТСР, хоча і дещо складним для використання в рутинній клінічній практиці. CAPS-5 - це структуроване інтерв'ю, що складається з 30 пунктів. Окрім оцінки 20 симптомів ПТСР за DSM-5, питання стосуються початку та тривалості симптомів, суб'єктивного дистресу, впливу симптомів на соціальне та професійне функціонування, покращення симптомів після попереднього застосування CAPS, загальної достовірності відповідей, загальної тяжкості ПТСР та специфікацій для дисоціативного підтипу (деперсоналізація та дереалізація).	Відмінна надійність і достовірність. <sup>78</sup>
Шкала посттравматичного стресу – Опитувальник – PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I-5) <sup>98</sup>	20 + 4	Оцінює дистрес і втручання в повсякденне життя, а також початок і тривалість симптомів. Коротший час введення, ніж у CAPS, особливо для пацієнтів зі значними симптомами ПТСР. <sup>99</sup>	Надійний та валідний інструмент для оцінки діагнозу ПТСР. <sup>98</sup>
<b>DSM-IV</b>			

Структуроване інтерв'ю щодо ПТСР (SIP) <sup>100</sup>	17 (+2)	Оцінює 17 симптомів ПТСР за DSM-IV (не DSM-5), з двома додатковими питаннями для оцінки почуття провини. Кожен пункт оцінюється від 0 до 4 балів і дає єдину оцінку частоти, тяжкості та функціональних порушень.	Гарна внутрішня узгодженість (0,80). Висока надійність повторного тестування (0,89) і міжекспертна надійність (0,90)
<b>Засоби самозвітування</b>			
<b>Оновлено для DSM-5</b>			
Контрольний перелік симптомів ПТСР – PTSD Checklist (PCL-5) <sup>89</sup>	20	20 пунктів оцінюються за п'ятибальною шкалою, де бали варіюються від "Зовсім не виражений" (0) до "Дуже виражений" (4), що дає оцінку вираженості симптомів від 0 до 80 балів. Початкові дослідження свідчать про те, що граничний бал за PCL-5 становить 31-33 бали, що вказує на ймовірний ПТСР. <sup>101</sup>	Психометрично обґрунтований вимір симптомів ПТСР з хорошою надійністю при повторному тестуванні ( $r=.84$ ) та конвергентною і дискримінантною валідністю. <sup>89,102</sup>
<b>DSM-IV</b>			
Шкала впливу подій – переглянута – Impact of Event Scale – Revised (IES-R) <sup>86</sup>	22	Не відповідає безпосередньо критеріям DSM-5 щодо ПТСР, тому не забезпечує пряму інформацію про діагноз ПТСР або тяжкість.	Висока внутрішня узгодженість (від 0,84 до 0,92) і ретестова надійність від хорошої до відмінної (від 0,51 до 0,94). <sup>86</sup>
Шкала симптомів ПТСР – PTSD Symptom Scale (PSS-SR) <sup>80</sup>	17	PSS-SR був попередником PDS і не був оновлений для DSM-5. Він складається з тих же 17 пунктів, що і колишній PSS-I, з деякими пунктами, переформульованими для більшої ясності.	Внутрішня узгодженість від хорошої до відмінної (від 0,78 до 0,91) і ретестова надійність від поганої до прийнятної (від 0,56 до 0,74). PSS-SR демонструє прийнятну кореляцію з PSS-I (0,73). <sup>80</sup>
Травматична шкала Девідсона – Davidson Trauma Scale (DTS) <sup>92</sup>	34	Кожен симптом ПТСР за DSM-IV оцінюється за п'ятибальною шкалою за частотою ("Зовсім не буває" - "Щодня") і вираженістю ("Зовсім не буває" - "Дуже сильно").	Відмінна внутрішня узгодженість (від 0,83 до 0,93). Кореляція між касетних кластерів симптомів по DTS і CAPS варіюється від 0,53 (уникнення) до 0,73 (збудження).

Гарвардська анкета травми – Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) <sup>103</sup>	Різні	Перехресна оцінка травми і ПТСР. Доступні кілька версій. HTQ оцінює вплив широкого спектра травматичних подій, симптоми ПТСР по DSM-IV, специфічні для культури і соціального функціонування симптоми. Вона також просить респондентів надати суб'єктивний опис найбільш травматичної події, яку вони зазнали.	Змінюються залежно від використовуваної версії
---	-------	--	--

## ПЛАНУВАННЯ ВТРУЧАННЯ

### Фактори, що впливають на результат лікування

Кілька знайдених факторів, які потенційно впливають на результати лікування і відсіву, повинні бути враховані при плануванні заходів. Ці фактори включають хроніфікацію ПТСР, коморбідні психологічні, когнітивні і фізичні стани, терапевтичний альянс, очікування від лікування та умови лікування. Хоча деякі з цих прикладів взяті з досліджень для допомоги клініцистам, висновки є не такими однозначними, як можна було б очікувати, і було б помилкою бути занадто песимістично налаштованим на початку лікування через існування цих чинників.

### Хроніфікація і затримка в лікуванні

На диво мало досліджень розглядали вплив хроніфікації захворювання (тривалість захворювання чи затримки в пошуку лікування) на результати лікування ПТСР. На сьогоднішній день існує лише два дослідження, які були розроблені саме для відповіді на це питання шляхом випадкового розподілу учасників для негайного або відстроченого лікування, і вони не виявили ніяких відмінностей в результатах між тими, хто отримує лікування на початку хвороби, і групою відстроченого початку лікування.<sup>104,105</sup> Для обох досліджень використовували 12-тижневий період очікування і популяція вибірки були поодинокими особами, що пережили травму. Інші великі дослідження результатів лікування, які досліджували це питання ретроспективно (тобто, тривалість хвороби до звернення за лікуванням), в цілому прийшли до такого ж висновку.<sup>106,107</sup> Це можна протиставити дослідженню військовослужбовців, де ПТСР був найпоширенішим діагнозом, яке показало, що триваліші затримки з наданням допомоги пов'язані з менш сприятливими професійними результатами.<sup>108</sup> Перш ніж зробити висновок про відсутність змін у результатах між тими, хто отримує раннє або пізнє лікування, слід зазначити деякі застереження. По-перше, може виявитися, що ті, хто відкладають своє лікування, відрізняються деякими важливими особливостями від тих, хто звертається за лікуванням раніше. По-друге, є підстави вважати, що раннє втручання призводить до кращих результатів в лікуванні депресії – психічного розладу, який співпадає з багатьма клінічними та нейробіологічними особливостями ПТСР. З клінічної точки зору, розумно припустити, що довша тривалість хвороби буде пов'язана з цілим рядом інших соціальних і професійних проблем, а також зі значним дистресом. Тільки з цієї причини було б доцільно заохочувати тих, хто має ПТСР, розпочинати лікування якомога раніше, наскільки це можливо. В рівній мірі важливо підкреслити людям, які пережили травму в певний минулий період часу, що наявні обмежені дані дозволяють припустити, що лікування може бути ефективним незалежно від тривалості хвороби.

### Коморбідність

Щодо впливу психологічної супутньої патології на відповідь на лікування, дані також неоднозначні та суперечливі. Деякі дослідження визначають такі особливості, як депресія,<sup>109</sup> генералізований тривожний розлад,<sup>110</sup> межовий розлад особистості,<sup>111,112</sup> гнів,<sup>113-116</sup> розлад вживання алкоголю,<sup>117,118</sup> соціальне відчуження,<sup>112,119,120</sup> та емоційна дисрегуляція<sup>121</sup> як такі, що негативно впливають на результат лікування. З іншого боку, ряд досліджень не виявили впливу супутньої патології на результат (наприклад, <sup>122,123,124</sup>), що свідчить про те, що вплив супутньої патології може бути специфічним для конкретної вибірки<sup>124</sup> або про те, що більш специфічні прогностичні компоненти цих факторів ще не визначені.

У випадках наявності коморбідності питання про міру, коли вона повинна стати предметом спрямованості лікування перед, паралельно або після лікування ПТСР, має прийматися лікарем. Поки що немає досліджень, які б порівнювали послідовності подібних моделей лікування, зокрема, було проведено деякі дослідження, які розпочали розгляд лікуванні ПТСР і супутніх патологій, зокрема, вживання психоактивних речовин і депресії.

### Вживання психоактивних речовин

Є деякі обмежені дані на користь комбінованого лікування зловживання психоактивними речовинами та ПТСР. Один систематичний огляд надав деяку підтримку ідеї про те, що одночасне лікування зловживання психоактивними речовинами та ПТСР може бути

ефективнішим, ніж лікування цих розладів окремо.<sup>125</sup> У відповідності з рекомендаціями цієї настанови, ця перевага обмежується при використанні травмофокусованої терапії. Ці висновки слід інтерпретувати з обережністю, оскільки до огляду включено лише невелику кількість досліджень з невеликою кількістю учасників.

Для отримання більш достовірних даних щодо елементів втручань, які можна застосовувати послідовно або одночасно для лікування коморбідних ПТСР та вживання психоактивних речовин, необхідні розрізнявальні дослідження. Одночасне лікування найчастіше характеризується освітніми та симптомофокусованими когнітивно-поведінковими втручаннями для обох розладів до початку травмофокусованих втручань, *in vivo* або в уяві.<sup>126,127</sup> Наразі дослідження не дають чіткого висновку щодо часового перебігу покращення коморбідного ПТСР та вживання психоактивних речовин; деякі автори повідомляють, що початкове покращення тяжкості ПТСР призводить до зменшення вживання психоактивних речовин<sup>128</sup>, деякі виявили, що одночасне лікування забезпечує дещо краще зменшення тяжкості симптомів ПТСР порівняно з лікуванням, орієнтованим на вживання психоактивних речовин<sup>129</sup>, тоді як інші припускають, що зменшення вживання психоактивних речовин, ймовірно, вплине на зміну симптомів ПТСР.<sup>130</sup>

ПТСР і коморбідне вживання психоактивних речовин може також одночасно лікуватися і за допомогою фармакотерапії, при цьому зважаючи на можливість взаємодії ліків та психоактивних речовин. Наприклад, у разі коморбідної опіоїдної залежності деякі СІЗЗС можуть інгібувати метаболізм метадону, підвищуючи ризик токсичності.<sup>131</sup> Зазначимо також, що антидепресанти можуть не підходити для пацієнтів, які активно зловживають алкоголем або іншими депресантами центральної нервової системи.

### Депресія

Депресія є ще одним станом, що часто супроводжує ПТСР. Рання і безперервна оцінка суїцидального ризику має першорядне значення у випадках коморбідності ПТСР та депресії. Поки що немає досліджень, в яких розглядається послідовність лікування коморбідних депресії та ПТСР. Існує, однак, велика частина досліджень, які вказують на ефективність лікування ПТСР при коморбідній депресії, а також прогностичні дослідження; ця література виявляє, що тяжкість ступеня коморбідної депресії виступає в якості негативного впливу на результат лікування ПТСР (див. вище). Ця інформація була розглянута в консенсусних питаннях у розділі 5 про узгодження порядку лікування в контексті ПТСР і сильної депресії. Два нещодавні дослідження вивчали ефективність інтеграції лікування депресії та ПТСР, зосереджуючись на поведінковій активації під час першої половини лікування та експозиції під час другої. Ефект від зміни порядку лікування не досліджувався. Обидва дослідження показали, що поведінкова активація покращує симптоми обох коморбідних розладів, а компонент впливу призводить до зменшення тяжкості ПТСР.<sup>132,133</sup> Грос і його колеги повідомили, що компонент впливу також призводить до значних змін у стані депресії, але на обох етапах лікування покращення стану депресії пояснювалося покращенням стану ПТСР. Фокус на підвищенні самоефективності та активності також показав, що покращує здатність людини справлятися з посттравматичним синдромом і є перспективним у лікуванні ПТСР з супутньою депресією.<sup>134</sup> Таким чином, у багатьох випадках усунення симптомів ПТСР призводить до поліпшення стану коморбідної депресії. Люди з важкою депресією, з симптомами, які навряд чи піддаються лікуванню ПТСР, можуть отримати користь від додавання специфічних для депресії методів.

Що стосується фармакологічних і неінвазивних методів лікування коморбідних ПТСР і депресії, існують деякі докази того, що пацієнти, які демонструють неповну або відсутню відповідь на антидепресанти, можуть отримати користь від додаткового лікування антипсихотиком арипіпразолом.<sup>135</sup> Синхронізована транскраніальна магнітна стимуляція також продемонструвала обмежені докази ефективності в невеликій вибірці пацієнтів з ПТСР і великою депресією,<sup>136</sup> так само, як і електросудомна терапія.<sup>137</sup>

### **Невиліковні хвороби**

Невиліковно хворі люди з ПТСР, незалежно від його причини, можуть страждати від більшого емоційного дистресу, нижчої якості життя і гіршого медичного прогнозу, ніж ті, хто не має ПТСР.<sup>138</sup> Доцільність стандартного лікування ПТСР значною мірою залежить від стадії хвороби пацієнта. Для пацієнтів на останніх стадіях невиліковної хвороби численні тривалі та інтенсивні сеанси, спрямовані на тривале поліпшення симптомів ПТСР, зазвичай не вважаються доцільними. Натомість, більш корисним може бути зосередження на максимізації якості життя в короткостроковій перспективі. Одним із можливих підходів до лікування ПТСР у цій групі населення є модель поетапної допомоги, в якій інтенсивність лікування підвищується лише тоді, коли прогноз пацієнта дозволяє це зробити, і якщо втручання нижчого рівня виявилися неефективними<sup>138</sup>. Так, наприклад, початковий етап лікування може включати вирішення практичних питань, таких як соціальні зв'язки, в той час як наступні етапи можуть навчати стратегіям подолання, таким як релаксація або когнітивна реструктуризація, з впровадженням травмофокусованих технік тільки в разі потреби і якщо дозволяє час.<sup>138</sup> Можуть знадобитися модифікації стандартної терапії, заснованої на впливі, наприклад, шляхом скорочення тривалості сеансів, якщо є занепокоєння з приводу втоми, або шляхом зменшення інтенсивності впливу.<sup>138</sup>

### **Черепно-мозкові травми та інші фізичні коморбідні стани**

В останні роки спостерігається значний інтерес щодо зв'язку між черепно-мозковою травмою (ЧМТ) середнього ступеню та ПТСР, з приділенням особливої уваги військовослужбовцям. Можливе існування значного перекриття, оскільки існують деякі докази, які припускають, що два співіснуючі когнітивні дефекти можуть повністю прийматися за прояви ПТСР, хоча це не є універсальними висновками. Вплив ЧМТ на результати лікування ПТСР нез'ясований. Недавній систематичний огляд літератури, виконаний на замовлення Департаменту у справах ветеранів США, зазначив практично повну відсутність адекватних досліджень на цю тему і дійшов висновку щодо необхідності проведення високоякісних рандомізованих досліджень для аналізу ефективності (а також потенційної шкоди) лікування для особи з ЧМТ/ПТСР. Незважаючи на цей нюанс, ці автори ссилаються на матеріали, які свідчать про переваги стандартної КПТ, хоча і з внесенням незначних змін по мірі необхідності. Для управління симптомами, пов'язаними з ЧМТ, психотерапевти можуть спонукати пацієнтів використовувати компенсаторні стратегії (наприклад, з використанням персональних цифрових помічників, плануванням когнітивних перерв).

В останні роки підвищену увагу було приділено впливу інших фізичних коморбідних станів (особливо болю) на підтримання симптомів і відновлення після ПТСР. Існує загальне визнання того факту, що біль і ПТСР можуть загострювати або принаймні взаємно підтримувати один одного, й існують деякі докази того, що вони можуть мати схожі нейробіологічні особливості. Нещодавно проведене дослідження американських ветеранів виявило, що дві третини з тих, у кого було виявлено ПТСР, також відповідали діагностичним критеріям хронічного болю, підкреслюючи необхідність включати біль як частину повсякденної діагностики ПТСР. Ці автори також повідомили про те, що ефективне лікування ПТСР призводить до зниження хронічного болю. Хоча було б передчасно робити остаточні рекомендації, розумно припустити, виходячи з обмеженості доступних даних, що звернення уваги на хронічний біль у людей з ПТСР є належною клінічною практикою.

### **Компенсація**

Іноді висувається припущення, що результати можуть бути скомпрометовані в людей, які вимагають компенсації за ПТСР, і не дивно, що ця тема представляє значний інтерес і занепокоєння. Важливо розрізняти можливий вплив компенсації на повідомлення про (або навіть розвиток) ПТСР і вплив компенсації на результати лікування. Існує ряд доказів, хоча і перемінних, що компенсація може вплинути на повідомлення і діагностику ПТСР (див., наприклад, Marx та ін.<sup>135</sup> і McNally та ін.<sup>136</sup>). Недавній огляд,<sup>137</sup> тим не менш, не виявив ніяких послідовних доказів того, що статус компенсації впливає на результати лікування ПТСР у ветеранів або постраждалих від ДТП. Дослідження, присвячені вивченню широкого кола

результатів реабілітації, мають змішані результати.<sup>138-140</sup> Загалом, співвідношення між компенсаціями та результатами для здоров'я є складним і вимагає подальшого вивчення. Приділення скрупульозної уваги до відповідної методології є важливим, адже це знизить ймовірність помилкових висновків.

### **Терапевтичний альянс та очікування щодо лікування**

Як було виявлено, створення доброго терапевтичного альянсу може поліпшити результати лікування ПТСР.<sup>121,156,57</sup> Це узгоджується з висновками для ряду інших розладів тривожності і настрою.<sup>158</sup> Для людей, які пережили важку міжособистісну травму, таку як катування або сексуальне насильство в дитинстві, встановлення довірливих терапевтичних стосунків часто може бути особливо складним. Однак одне дослідження не виявило жодних ознак того, що психотерапія, зосереджена на опрацюванні травми, призводить до гірших терапевтичних стосунків, ніж терапія, не зосереджена на травмі.<sup>159</sup> У більшості випадків труднощі можна подолати, якщо фахівець здатен передати щире співчуття і теплоту до людини, а використання вступних компонентів лікування - таких як психоосвіта і навички управління симптомами - також може допомогти. Для людей, які пережили важку міжособистісну травму, може знадобитися більше часу для розвитку терапевтичних стосунків, перш ніж зосередитися на травмі.

Існують також докази того, що очікування людини щодо результатів лікування позитивно пов'язані з фактичними результатами. Цей ефект очікування результатів лікування було виявлено у ветеранів В'єтнаму з ПТСР,<sup>160</sup> а також у інших людей з ПТСР, генералізованим тривожним розладом,<sup>161,162</sup> соціальною тривогою,<sup>163,164</sup> і хронічним болем.<sup>165</sup> Ці дані підкреслюють важливість того, щоб лікар на ранніх стадіях чітко пояснював характер і очікувані результати лікування, формуючи спільний і (реалістично) оптимістичний підхід.

### **Мотивація до змін**

Ще одним потенційним фактором, який може вплинути на реакцію на лікування, є мотивація пацієнта до змін. Деяким людям з ПТСР може бути важко розпізнати, коли їхні думки або поведінка не приносять користі, і тому вони не бачать причин для змін. Транстеоретична модель Прохаски та Ді Клементе<sup>166</sup> передбачає, що п'ять етапів готовності до змін (передчуття, роздуми, підготовка, дія, підтримка) вимагають різних терапевтичних підходів. Згідно з цією моделлю, травмофокусоване лікування ПТСР навряд чи буде ефективним для пацієнтів, які перебувають на ранніх стадіях змін і можуть ще не усвідомлювати, що їхні симптоми є проблематичними. Однак такі пацієнти можуть отримати користь від методів мотиваційного інтерв'ювання, які виявилися корисними для формування готовності до змін у таких групах населення, як особи, що зловживають психоактивними речовинами.<sup>167</sup> Цей підхід може включати психоосвіту, допомогу пацієнту в обмірковуванні плюсів і мінусів, пов'язаних з його поведінкою, і порівняння поведінки з поведінкою середньостатистичної людини без ПТСР.<sup>167</sup> Розуміння необхідності змін дозволить пацієнту більш серйозно розглянути питання про кроки, спрямовані на втілення цих змін, наприклад, проходження травма-фокусованої терапії.

### **Демографічні дані**

Переважна більшість досліджень у сфері ПТСР була проведена на дорослих, як правило, у віці від 18 до 65 років. Менше досліджень присвячено молодим людям, але наступний розділ присвячений ПТСР у дітей та підлітків і окреслює питання, на які слід звернути увагу при лікуванні цих вікових груп. Подібна нестача емпіричних даних існує і щодо лікування ПТСР у людей похилого віку. Хоча часто висловлюються припущення, що люди похилого віку (визначені як дорослі у віці 65 років і старше) можуть бути менш чутливими до лікування ПТСР, існує обмежена кількість досліджень, які б дали відповідь на це питання. Однак два нещодавні огляди не підтверджують ці припущення. Навпаки, обидва огляди дійшли висновку, що основні психологічні методи лікування, такі як КПТ, приносять користь людям похилого віку з ПТСР,<sup>168,169</sup> хоча є деякі докази того, що додавання нарративного підходу до стандартної КПТ може бути корисним для людей похилого віку. Необхідні подальші дослідження в цій галузі. Цікаво, що дані свідчать про те, що інші демографічні змінні, такі як



сімейний стан, зайнятість і рівень освіти, здебільшого не пов'язані з результатами лікування.<sup>119,170,171</sup>

Епідеміологічні дослідження загалом вказують на більшу поширеність ПТСР серед жінок, ніж серед чоловіків, хоча причини цього незрозумілі. Наприклад, це може бути пов'язано з типом травми: жінки частіше страждають від міжособистісного насильства з боку тих, кого вони знають і кому довіряють. Дослідження ще не дозволили достовірно визначити будь-які інші біопсихосоціальні фактори, які можуть пояснити цю гендерну різницю. Що стосується лікування, то результати досліджень свідчать або про те, що жінки краще реагують на психологічне лікування<sup>110</sup>, або про відсутність значних гендерних відмінностей у результатах.<sup>172,173</sup> Хоча є деякі припущення, що жінки можуть краще реагувати на фармакологічне лікування ПТСР, ніж чоловіки, важко відокремити ці висновки від інших характеристик вибірки, таких як статус ветерана, які можуть пояснити гірші результати.<sup>174</sup>

Особливу увагу слід також звернути на потенційний вплив перехресних ідентичностей на пережиту травму. Фахівці повинні бути уважними до рекомендацій щодо культурної безпеки, а також працювати з людьми з інвалідністю та людьми, які ідентифікують себе як лесб'янки, геї, бісексуали, транссексуали, інтерсексуали та квір/квіри (ЛГБТІК+).

### **Умови лікувального процесу**

Бувають випадки, коли лікування ПТСР необхідно проводити в умовах постійного стресу і травми. Це можуть бути місця утримання іммігрантів, табори для біженців, виправні заклади, театри бойових дій, а також місця, де існує загроза домашнього насильства. Окрім рівня стресу, притаманного цим умовам, надання лікування може бути ускладнене потенційною можливістю подальшого травмування, короткими та непередбачуваними термінами перебування, відсутністю доступу до історії психічного здоров'я та небажанням клієнта розкривати інформацію через страх скомпрометувати свій статус (наприклад, правовий, статус прохання про надання притулку, статус перебування у складі збройних сил). Незважаючи на велику кількість людей, які могли б отримати користь від лікування ПТСР в таких умовах, мало досліджень вивчали впровадження та ефективність втручань за таких умов. Однак Нойнер і його колеги провели два значних дослідження щодо надання лікування ПТСР особам в угандійському таборі біженців.<sup>175,176</sup> Обидва дослідження показали багатообіцяючі результати. В огляді Хекмана, Кропсі та Олдса-Девіса<sup>177</sup> наголошується на відсутності методологічно обґрунтованих досліджень лікування ПТСР у виправних установах і наводиться лише одне дослідження з багатообіцяючими результатами.<sup>178</sup> Аналогічно, існує дуже мало досліджень лікування ПТСР у військовослужбовців, які перебувають на театрі бойових дій.<sup>179</sup> Таким чином, існує гостра потреба в додаткових дослідженнях ефективності лікування ПТСР і стратегій його впровадження в цих умовах.

### **Рекомендації з належної практики**

- Лікарям-психіатрам рекомендується в своїх оцінках звернути увагу на наявність і тяжкість супутніх захворювань з метою розгляду наслідків таких захворювань для планування лікування.
- До лікування залишкової симптоматики необхідно звертатись після лікування симптомів ПТСР.
- Розвиток стійкого терапевтичного альянсу слід розглядати в якості необхідної основи для проведення конкретних психологічних втручань, встановлення такого альянсу може зайняти додатковий час для осіб, які зазнали тривалого і/або повторного травматичного впливу.
- Лікарі-психіатри повинні забезпечити чітке обґрунтування для лікування та сприяти отриманню надійного і тривалого результату лікування.
- Лікарі-психіатри та реабілітологи повинні працювати разом, щоб сприяти отриманню оптимальних психологічних та функціональних результатів.
- В більшості випадків, створення безпечних умов є важливою передумовою для початку проведення травмофокусованої терапії або будь-якого іншого терапевтичного

втручання. Однак там, де це не може бути досягнуто (наприклад, людина шукає лікування ПТСР при збереженні соціальної ролі або внутрішньої ситуації, яка може піддати її подальшому впливу психотравми), все ж можна отримати певну користь від застосування травмофокусованої терапії. Її проведенню має передувати ретельна оцінка особистісних копінг-ресурсів і наявної підтримки.

### **Можливі механізми зміни**

Хоча деякі методи лікування явно ефективніші за інші, факт залишається фактом: різноманітні терапевтичні підходи продемонстрували позитивний ефект у лікуванні ПТСР. У світлі цього є вагомими аргументи на користь того, що майбутні дослідження повинні бути спрямовані на поглиблення нашого розуміння того, які механізми беруть участь у розвитку і підтримці ПТСР, і, відповідно, на які механізми потрібно впливати в лікуванні.<sup>180</sup> Дослідження, що виявляють загальні механізми, можуть допомогти пояснити, чому деякі, здавалося б, зовсім різні терапевтичні підходи можуть призводити до поліпшення результатів лікування. Хоча про механізми, що лежать в основі травмофокусованих підходів, написано багато (див., наприклад, Ehlers et al.<sup>181</sup> або Foa et al.<sup>182</sup>), важливо зрозуміти механізми, за допомогою яких можуть працювати терапія, сфокусована на теперішньому часі, міжособистісна терапія, тренінги з подолання стресу та інші форми терапії, які не передбачають зосередження на травматичних спогадах. Якби ці механізми були краще зрозумілі, то вдосконалення процедур, спрямованих на ці механізми в лікуванні, могло б призвести до покращення результатів.

У цьому контексті важливо зазначити, що концепція контролю ефекту плацебо в дослідженнях психологічного лікування є проблематичною<sup>183</sup> й ускладнює порівняння психологічних та фармакологічних методів лікування. Психологічно контрольовані методи лікування спрямовані на контроль за неспецифічними елементами лікування, такими як довірчі відносини, емоційна підтримка, психоедукація ПТСР, мобілізація надії, надання обґрунтувань або домашні завдання.<sup>180</sup> Деякі з цих неспецифічних елементів можуть бути насправді активними механізмами змін. Наприклад, багато пацієнтів з ПТСР, в яких він виник внаслідок міжособистісного насильства, вважають, що вони не можуть довіряти нікому. Встановлення довірчих відносин з психотерапевтом може допомогти зруйнувати цю віру, змінюючи 'мережу травматичної пам'яті', яка знаходиться в центрі травмофокусованого підходу.

На даному етапі наших знань, виявлення активних компонентів лікування – механізмів змін серед цих неспецифічних компонентів – повинно залишатися значною мірою спекулятивним. На основі існуючих науково обґрунтованих рекомендацій щодо успішного лікування, хоча, це може бути лише припущенням, найбільш ефективні способи лікування ПТСР включають:

- можливість активувати або протистояти травматичним спогадам в безпечному середовищі;
- можливість модифікувати травматичні спогади, з приділенням особливої уваги взаємозв'язку стимульного матеріалу (пам'ятки, звуки та ін) і компонентів реакції (фізіологічні, поведінкові, когнітивні оцінки/реакції та ін);
- можливість багаторазово (але безпечно) протистояти ситуаціям або діяльності, які уникалися або які провокують виникнення високого рівня тривожності з часу виникнення травми.

Манера, в якій ці елементи надаються, можуть, звичайно ж, значно різнитися в залежності від підходів до лікування.

### **Цілі лікування**

Цілі лікування повинні бути визначені спільно з пацієнтом після первинної оцінки і ґрунтуватися на всебічній оцінці пацієнта та його особистих пріоритетів. Цілі лікування слід спільно переглядати і, за необхідності, змінювати через регулярні проміжки часу в процесі лікування. В ідеалі цілі повинні бути SMART: конкретними, вимірюваними, досяжними, релевантними і обмеженими в часі (або, ще краще, SMARTER - з додаванням слів "оцінювати і переоцінювати").

Першою метою лікування, швидше за все, буде зменшення ПТСР і пов'язаних з ним симптомів. У дослідженнях, що базуються на доказах, як правило, використовуються показники вираженості симптомів ПТСР як первинний результат, і саме на досягнення цієї мети спрямовані втручання. Окрім основних симптомів ПТСР, ймовірними мішенями можуть бути коморбідні депресія і тривога, а також гнів і почуття провини. Всі вони мають вплив на лікування, причому деякі з них можуть негативно впливати на результати лікування симптомів ПТСР. Для деяких осіб, особливо тих, хто зазнав тривалого сексуального насильства в дитинстві або катувань, клінічні втручання часто повинні спочатку зосереджуватися на симптомах дисоціації, імпульсивності, емоційної лабільності (регуляції афекту), соматизації та міжособистісних труднощах.<sup>184</sup>

Хоча більшість доказової літератури зосереджена на зменшенні симптомів, лікар не повинен випускати з поля зору більш широкі питання благополуччя, повсякденного функціонування та якості життя. Досягнення оптимального психосоціального функціонування є настільки ж важливим, якщо не більш важливим, ніж зменшення симптомів. Дійсно, для людей з хронічним ПТСР покращення психосоціального функціонування може бути першочерговою метою, а не лише зменшення симптомів ПТСР. З цією метою слід оцінити нагальні потреби в практичній і соціальній підтримці, а планування лікування з самого початку має бути зосереджено на благополуччі та психосоціальному відновленні.

Психосоціальна підтримка та стабілізація можуть покращити функціональні можливості та сприяти одужанню шляхом вирішення та мінімізації супутніх проблем, таких як бездомність, соціальна пасивність, ризикована поведінка та безробіття.<sup>185</sup> Цільові клінічні втручання та втручання з управління інвалідністю можуть допомогти людям з ПТСР покращити їхню рольове функціонування, розвинути навички та ресурси, специфічні для їхніх індивідуальних потреб, з метою запобігання, профілактики подальшої або зменшення інвалідності, пов'язаної з розладом.<sup>186</sup>

Психосоціальні втручання мають потужну емпіричну підтримку в групах населення, які страждають від низки психічних розладів<sup>187</sup>, і все більше літературних джерел визначають такі підходи як корисні для людей з ПТСР (огляди див. 185,188). Інтервенції, що включають сімейну психоосвіту, навчання з підтримкою, житло та працевлаштування, інтенсивний кейс-менеджмент, консультування за принципом "рівний-рівному" та послуги "ветеран-ветеран", впроваджуються з позитивними результатами у групах ветеранів з різними психічними розладами, і наразі проводиться кілька рандомізованих контрольних досліджень їхньої ефективності.<sup>188</sup> Серед інших груп населення з психічними розладами подібні інтервенції пов'язані з низкою позитивних результатів, зокрема зменшенням симптомів, зниженням ризику рецидиву, підвищенням рівня забезпеченості, поліпшенням соціальної та трудової адаптації, зниженням рівня стресу в сім'ях і поліпшенням якості життя<sup>189-192</sup>.

Тому на етапі первинної оцінки та планування лікування слід звернути увагу на потреби в соціальній реінтеграції та професійній реабілітації. У деяких випадках це може включати підтримку здатності людини залишатися на роботі або сприяння поверненню до роботи, як тільки це стане можливим, навіть якщо це буде пов'язано з обмеженими робочими обов'язками. Це також має включати перегляд і, за необхідності, втручання для оптимізації мереж соціальної підтримки людини. Сім'ю та більш широку систему допомоги слід залучати на ранній стадії та надавати інформацію про ПТСР, а також залучати до спільного плану догляду та відновлення, наскільки це можливо.

### **Рекомендації з належної практики**

- Лікар повинен оцінити безпосередньо потреби в практичній і соціальній підтримці та забезпечити санітарно-освітню роботу і рекомендації, відповідно.
- Відповідна мета лікування повинна бути адаптована до унікальних умов і загальних потреб охорони психічного здоров'я конкретної особистості та встановлена у співпраці з пацієнтом.

- З самого початку є необхідною зосередження зусиль пацієнта і лікаря, а при необхідності і членів сім'ї, на відновленні та реабілітації.

### **Культурне та мовне розмаїття**

Дорослі австралійці з ПТСР походять з різних етнічних і культурних середовищ, для багатьох з них англійська є другою мовою. Послуги повинні бути максимально доступними, а інформація - доступною кількома мовами. Цю інформацію слід поширювати через лікарів загальної практики та медичні центри, які надають первинну медичну допомогу етнічним і культурним групам. Крім того, за потреби слід забезпечити наявність перекладачів. Деякі питання, які слід враховувати при роботі з перекладачами (а також інші питання, пов'язані з групами населення, що мають відношення до CALD), включені в розділ "Біженці та шукачі притулку" в Главі 9 цих Настанов. Міркування щодо роботи з аборигенами та жителями островів Торресової протоки також включені до Глави 9.

Очевидним питанням для сфери психічного здоров'я загалом і для сфери ПТСР зокрема є те, якою мірою методи лікування, що довели свою ефективність у західних країнах, можуть бути застосовані в інших контекстах і культурах. Очевидно, що культурно-чутливі корективи в способах надання лікування мають вирішальне значення. Крім того, як зазначено в систематичному огляді літератури, що подається нижче, кілька добре контрольованих досліджень науково обґрунтованого лікування ПТСР були завершені в незахідних культурних середовищах з обнадійливими результатами (хоча поки що жодне з них не проводилося за участю аборигенів та жителів островів Торресової протоки). Отже, є вагомі підстави припускати, що ці методи лікування можуть бути ефективними в різних культурах, за умови, що вони застосовуються з урахуванням культурних особливостей та у відповідний спосіб. Працюючи з пацієнтом з неангломовного середовища, лікар повинен ознайомитися з його культурними особливостями і, за необхідності, зв'язатися з медичними працівниками, які надають медичну допомогу даній групі населення, щоб зрозуміти культурні прояви дистресу і підтримати належне застосування втручань, описаних у цих настановах.

### **Рекомендації з належної практики**

- Рекомендоване лікування ПТСР має бути доступне для всіх постраждалих, незалежно від культурної чи мовної приналежності.

### **Вплив посттравматичного стресового розладу на сім'ю**

Наслідки ПТСР можуть виходити за рамки постраждалої особи на тих, хто їх оточує – сім'ю та близьких друзів. Таким чином, лікар повинен розглянути питання про підтримку та лікування тих, хто знаходиться поруч з людиною з ПТСР, а також власних потреб особи. При залученні членів сім'ї такої особи мають поважатися конфіденційність і власні потреби членів сім'ї. У виняткових випадках, де існує ризик заподіяння шкоди собі чи оточуючим, залучення сім'ї, можливо, повинно відбуватися без згоди людини.

Симптоми ПТСР можуть впливати на членів сім'ї як прямо, так і опосередковано.<sup>193</sup> Дослідження постійно показують, що партнери людей з ПТСР відчують значний психологічний дистрес порівняно із загальним населенням.<sup>194</sup> У них можуть виникнути власні значні емоційні труднощі внаслідок ПТСР їхнього партнера. Такі симптоми, як дратівливість і гнів, відхід від участі в житті сім'ї, емоційне оніміння або зловживання психоактивними речовинами, можуть мати глибокий вплив на близькі особисті стосунки.<sup>195</sup> Можуть виникнути додаткові проблеми, такі як нездатність справлятися з роботою або зниження продуктивності праці, що призводить до фінансового тиску на сім'ю.<sup>193</sup> Члени сім'ї можуть змінювати власне життя, намагаючись підтримати члена сім'ї з ПТСР або приховати труднощі від тих, хто перебуває за межами родини.

У деяких випадках у членів сім'ї можуть виникнути проблеми, які є дзеркальним відображенням проблем людини з ПТСР, наприклад, прийняття схожих поглядів на світ як на небезпечне місце, і, як наслідок, страх і унікаюча поведінка. В інших випадках емоційні

проблеми членів сім'ї можуть бути реакцією на проживання з людиною з ПТСР, наприклад, розвиток почуття безпорадності та безнадійності, якщо стан людини з ПТСР не лікується і не змінюється з часом, або звернення до алкоголю, щоб уникнути необхідності стикатися з проблемами вдома.

Хоча емпіричних доказів бракує, належна клінічна практика свідчить, що для ефективного лікування ПТСР слід залучати партнерів на певному рівні, де це доречно (і з дозволу пацієнта). Партнери можуть стати чудовими союзниками, якщо вони розуміють природу ПТСР і ймовірний хід лікування. Брак розуміння не є рідкістю<sup>196</sup> і може призвести до того, що партнери ненавмисно підірвуть зусилля з лікування. Часто буває корисно запросити партнера на сесію на початку процесу лікування, щоб обговорити обґрунтування подальших втручань і прояснити роль партнера - зазвичай це просто підтримка і м'яке заохочення (але не роль ко-терапевта). Слід розглянути власну потребу партнера в психіатричній допомозі або підтримці і, за необхідності, направити його до іншого фахівця для оцінки та можливого лікування.

### **Рекомендації з належної практики**

- Рекомендоване лікування ПТСР має бути доступне для всіх постраждалих, незалежно від культурної чи мовної приналежності.

### **Загальні професійні питання**

Настанова робить рекомендації щодо лікування людей з ГСР і ПТСР на основі припущення про те, що допомога надається належним чином кваліфікованими і професійними лікарями. По суті, це означає, що окремі лікарі не повинні надавати втручання, які знаходяться поза межами їх компетенції.

Необхідно визнати, що різні лікарі сприятимуть одужанню людини з ПТСР по-різному. У більшості випадків, спеціалізовані симптом-орієнтовані інтервенції будуть здійснюватися психіатрами, психологами та іншими фахівцями з психічного здоров'я, спеціально навченими щодо рекомендованих процедур, в той час як трудотерапевти, реабілітаційні консультанти і соціальні працівники частіше займатимуться сімейним, соціальним і професійним одужанням і реабілітацією. В ідеалі, лікар загальної практики буде мати сформовані відносини з особою, що дозволяє забезпечити комплексний догляд і підтримку особистості та сім'ї з плином часу. У деяких установах, особливо у військових і цивільної громади після масштабних катастроф, капелани та інші постачальники медичних послуг можуть також грати важливу роль. У ситуаціях, коли кілька фахівців беруть участь у догляді, лікар загальної практики цілком може відповідати за загальне лікування, роблячи відповідні напралення і координуючи інших лікарів. Особа, її сім'я та особи, які здійснюють догляд, також грають важливу роль в підтримці і відновленні. Ефективне співробітництво між усіма відповідними людьми важливе для оптимального догляду за людиною з ПТСР.

На жаль, ці ідеальні обставини не завжди реальні, особливо в сільських і віддалених районах Австралії, де патронажна сестра або лікар загальної практики може бути єдиним працівником охорони здоров'я в регіоні. В цих умовах відповідальність за забезпечення догляду за людьми з ГСР та ПТСР може належати виключно лікарю первинної медичної допомоги. Необхідно визнати, що ці фахівцям навряд чи матимуть час чи досвід, щоб здійснювати повний спектр рекомендованих психологічних і психосоціальних реабілітаційних заходів для ГСР та ПТСР. Їх роль радше включатиме скринінг, оцінку, фармакотерапію і, можливо, загальні психологічні втручання, такі як психологічна освіта і просте управління збудженням. Якщо людина з ПТСР використовує матеріали із самопомоги (наприклад, веб-лікування), лікар може також запропонувати підтримку та моніторинг. Якщо можливо, людина повинна бути направлена до відповідного уповноваженого фахівця з психічного здоров'я, який може надати обмежене за часом спеціалізоване психологічне лікування і постійне консультування лікуючого лікаря. В деяких випадках це може бути можливим завдяки телемедицині або навіть телефонній консультації.<sup>197-199</sup> Для вирішення психосоціальних реабілітаційних потреб, лікуючий лікар в ідеалі повинен проконсультуватися з фахівцем з психосоціальної реабілітації

щодо планування втручань. При наданні допомоги людям з ГСР та ПТСР лікарі загальної практики повинні отримувати підтримку шляхом наданням навчальних матеріалів, які можуть бути доступні дистанційно, наприклад, через інтернет.

#### **Рекомендації з належної практики**

- Лікарі, які надають психіатричну допомогу дітям, підліткам і дорослим з ГСР та ПТСР, незалежно від професійної підготовки, повинні пройти відповідне навчання для забезпечення адекватних знань і відповідного рівня компетентності, для забезпечення рекомендованого лікування. Для цього необхідним є отримання додаткової кваліфікації крім базової кваліфікації у сфері психічного здоров'я і консультування.
- Фахівці з надання першої медичної допомоги, особливо в сільських і віддалених районах, які беруть на себе відповідальність за лікування осіб з ГСР і ПТСР в умовах відсутності необхідного фахівця, повинні бути забезпечені доступним навчанням та професійною підготовкою.

#### **Самодопомога**

Усі фахівці, які працюють у сфері посттравматичного психічного здоров'я, повинні усвідомлювати потенційний негативний вплив своєї роботи на них самих. Постійний контакт з травматичним досвідом інших людей у поєднанні з високим рівнем дистресу, який часто спостерігається, коли люди розповідають про свій досвід, може негативно вплинути на лікаря. Медичні працівники, яких часто називають "втомою від співчуття", можуть піддаватися ризику загального стресу або несприятливих психологічних реакцій, таких як депресія, зловживання психоактивними речовинами та професійне вигорання. За обставин, коли медичний працівник живе в громаді, яка постраждала від широкомасштабної травми або стихійного лиха, існує особливий ризик, пов'язаний з наданням допомоги великій кількості травмованих людей і водночас з тим, що він сам є частиною постраждалої спільноти.

Втома від співчуття може негативно вплинути на клінічні навички лікаря і, як наслідок, на догляд за пацієнтом.<sup>200</sup> Ці негативні наслідки можуть бути особливо очевидними, якщо лікар не встановлює належних обмежень на характер і розмір свого навантаження, а також якщо він не отримує достатньої підготовки та підтримки.

Відповідальність за самодопомогу має бути розподілена між окремим практикуючим лікарем і, за необхідності, організацією його роботодавця та професійним органом.<sup>201</sup> З огляду на докази того, що ізоляція є фактором ризику розвитку проблем, пов'язаних зі стресом, потреби практикуючих лікарів, які працюють в ізольованих сільських і віддалених громадах, заслуговують на особливий розгляд. Для таких лікарів рутинне навчання та підтримка можуть бути надані дистанційно (наприклад, за допомогою Інтернету та телеконференцій). Для лікарів загальної практики, які є географічно ізольованими, в деяких районах Австралії діють групи "Балінт", що пропонують підтримку за принципом "рівний-рівному".<sup>202</sup>

#### **Рекомендації з належної практики**

- При самообслуговуванні лікарі повинні звернути особливу увагу на розвиток навичок і компетенцій, включаючи регулярне спостереження, встановлення і підтримку адекватних емоційних меж з особами, які страждають на ПТСР, а також підтримку збалансованого та здорового способу життя, і реагувати на ранні ознаки стресу.
- Для лікарів, які працюють у рамках організації, повинні існувати більш широкі алгоритми і практики, аби підтримувати окремих лікарів у процесі їх самодопомоги.

## Посилання

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*. 2001;31(7):1237-1247.
3. Kessler RC, Sonnega A, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060.
4. Yehuda R, Bell A, Bierer LM, Schmeidler J. Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *J Psychiatric Res*. 2008;42(13):1104-1111.
5. Yehuda R, Halligan SL, Bierer LM. Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *J Psychiatric Res*. 2001;35(5):261-270.
6. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry-Interpers Biol Process*. 2002;65(3):240-260.
7. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Clark CR, Silove D. The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am J Psychiatry*. 2010;167(3):312-320.
8. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(2):233-239.
9. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011;28(9):750-769.
10. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, et al. Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biological psychiatry*. 2013;73(4):302-312.
11. Hansen M, Ross J, Armour C. Dissociative PTSD review. Paper presented at: 15th European Conference on Traumatic Stress 2017.
12. Terr LC. Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 1991:755-763.
13. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*. 2005;18(5):389-399.
14. Ford JD, Courtois CA. Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. In: Courtois CA, Ford JD, eds. *Treating complex stress disorders: An evidence-based guide*. New York: Guilford Press; 2009:13-30.
15. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*. 1992;5(3):377-391.
16. Zlotnick C, Zakriski AL, Shea MT, Costello E. The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1996;9(2):195-205.
17. World Health Organisation. *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2018.
18. Mills KL, McFarlane AC, Slade T, et al. Assessing the prevalence of trauma exposure in epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(5):407-415.
19. Koenen K, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological Medicine*. 2017;47(13):2260-2274.
20. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, et al. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016;51(8):1137-1148.
21. Breslau N. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl17):16-22.
22. McEvoy PM, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(11):957-967.

23. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-627.
24. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):748-766.
25. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post - traumatic stress disorder in Canada. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2008;14(3):171-181.
26. Forbes D, Fletcher S, Parslow R, et al. Trauma at the hands of another: Longitudinal study of differences in the posttraumatic stress disorder symptom profile following interpersonal compared with noninterpersonal trauma. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(3):372-376.
27. Richardson LK, Frueh BC, Acierno R. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: Critical review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(1):4-19.
28. Wisco BE, Marx BP, Wolf EJ, Miller MW, Southwick SM, Pietrzak RH. Posttraumatic stress disorder in the US veteran population: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(12):1338-1346.
29. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*. 2008;38(4):467-480.
30. Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, Ursano R, Strain J. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011;28(9):802-817.
31. Creamer M, O'Donnell ML, Pattison P. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. *Behav Res Ther*. 2004;42(3):315-328.
32. Bryant RA, Harvey AG. Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry*. 1998;155(5):625-629.
33. Chapman C, Mills K, Slade T, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychological Medicine*. 2012;42(8):1695-1703.
34. Elhai JD, Grubaugh AL, Kashdan TB, Frueh BC. Empirical examination of a proposed refinement to DSM-IV posttraumatic stress disorder symptom criteria using the National Comorbidity Survey Replication data. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):597-602.
35. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatric Res*. 2011;45(5):678-686.
36. Gomez-Beneyto M, Salazar-Fraile J, Marti-Sanjuan V, Gonzalez-Lujan L. Posttraumatic stress disorder in primary care with special reference to personality disorder comorbidity. *Br J Gen Pract*. 2006;56(526):349-354.
37. Bollinger AR, Riggs DS, Blake DD, Ruzek JI. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2000;13(2):255-270.
38. Southwick SM, Yehuda R, Giller EL. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150(7):1020-1023.
39. Yule W, Bolton D, Udwin O, Boyle S, O'Ryan D, Nurrish J. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000;41(4):503-511.
40. Lowell A, Suarez-Jimenez B, Helpman L, et al. 9/11-related PTSD among highly exposed populations: a systematic review 15 years after the attack. *Psychological medicine*. 2018;48(4):537-553.
41. Kenardy J, Heron-Delaney M, Hendrikz J, Warren J, Edmed SL, Brown E. Recovery trajectories for long-term health-related quality of life following a road traffic crash injury: Results from the UQ SuPPORT study. *Journal of affective disorders*. 2017;214:8-14.
42. Sterling M, Hendrikz J, Kenardy J. Similar factors predict disability and posttraumatic stress disorder trajectories after whiplash injury. *Pain*. 2011.



43. Lloyd D, Nixon R, Varker T, et al. Comorbidity in the prediction of Cognitive Processing Therapy treatment outcomes for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord.* 2014;28(2):237-240.
44. O'Toole BI, Catts SV, Outram S, Pierse KR, Cockburn J. The physical and mental health of Australian Vietnam veterans 3 decades after the war and its relation to military service, combat, and post-traumatic stress disorder. *Am J Epidemiol.* 2009;170(3):318-330.
45. McFarlane AC, Papay P. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1992;180(8):498-504.
46. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry.* 2006;163(4):659-666.
47. Solomon Z. PTSD and social functioning: A three year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 1989;24(3):127-133.
48. Kenardy J, Edmed SL, Shourie S, et al. Changing patterns in the prevalence of posttraumatic stress disorder, major depressive episode and generalized anxiety disorder over 24 months following a road traffic crash: Results from the UQ SuPPORT study. *Journal of affective disorders.* 2018;236:172-179.
49. Bonanno GA, Galea S, Bucchiarelli A, Vlahov D. Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychol Sci.* 2006;17(3):181-186.
50. Shalev AY, Tuval-Mashiach R, Hadar H. Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:4-10.
51. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development.* 2000;71(3):543-562.
52. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2005;6(3):195-216.
53. Resnick HS, Galea S, Kilpatrick DG, Vlahov D. Research on trauma and PTSD in the aftermath of 9/11. *PTSD Res Quarterly.* 2004;15:1-7.
54. Almedom AM, Glandon D. Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss & Trauma.* 2007;12(2):127-143.
55. Layne CM, Warren JS, Watson P, Shalev A. Risk vulnerability, resistance and resilience: Towards and integrative conceptualization of posttraumatic adaptation. In: Friedman MJ, Kean TM, Resick PA, eds. *PTSD: Science and practice: A comprehensive handbook.* New York: Guilford; 2007.
56. Liebschutz J, Saitz R, Brower V, et al. PTSD in urban primary care: High prevalence and low physician recognition. *Journal of General Internal Medicine.* 2007;22(6):719-726.
57. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine.* 2015;45(1):11-27.
58. Weathers F, Blake D, Schnurr P, Kaloupek D, Marx B, Keane T. The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). 2013. National Center for PTSD Retrieved from [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov). 2019.
59. Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress.* 2005;18(1):53-62.
60. Meltzer-Brody S, Churchill E, Davidson J. Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research.* 1999;88(1):63-70.
61. Fullerton CS, Ursano RJ, Epstein RS, et al. Measurement of posttraumatic stress disorder in community samples. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2000;54(1):5-12.
62. Chou FH, Su TT, Ou-Yang WC, Chien IC, Lu MK, Chou P. Establishment of a disaster-related psychological screening test. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(1):97-103.
63. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at: 9th Annual Conference of the ISTSS 1993; San Antonio.
64. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). 2013. Scale available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov). 2017.

65. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, et al. The primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): development and evaluation within a veteran primary care sample. *Journal of general internal medicine*. 2016;31(10):1206-1211.
66. Prins A, Ouimette P, Kimerling R, et al. The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*. 2003;9(1):9-14.
67. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;129(1):52-73.
68. Prati G, Pietrantonio L. The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*. 2010;38(3):403-417.
69. Simon RI. *Posttraumatic stress disorder in litigation: Guidelines for forensic assessment*. 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc; 2003.
70. Wilson JP, Keane TM. *Assessing psychological trauma and PTSD*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004.
71. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011;28(2):103-117.
72. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*. 2009;6(8).
73. Loftus EF, Davis D. Recovered memories. *Annual review of clinical psychology*. 2006;2:469-498
74. McNally RJ. *Remembering trauma*. Boston: Harvard University Press; 2005.
75. Young G, Kane A, Nicholson K. *Psychological knowledge in court: PTSD, pain, and TBI*. New York: Springer Publishing Co.; 2006.
76. Blake DD, Weathers F, Nagy LM, et al. The development of a clinician administered PTSD scale. *J Trauma Stress*. 1995;8(1):75-90.
77. Weathers FW, Keane TM, Davidson J. Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*. 2001;13(3):132-156.
78. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*. 2018;30(3):383.
79. Weiss DS. Structured clinical interview techniques. In: Wilson J, Keane T, eds. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997:493-511.
80. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1993;6(4):459-473.
81. Foa E, Capaldi S. *Manual for the administration and scoring of the PTSD symptom scale--interview for DSM-5 (PSS-I-5)*. 2013.
82. Norris FH, Riad JK. Standardized self-report measures of civilian trauma and posttraumatic stress disorder. In: Wilson JP, Keane TM, eds. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997:7-42.
83. Solomon Z, Keane T, Newman E, Kaloupek D. Choosing self-report measures and structured interviews. In: Carlson EB, ed. *Trauma Research Methodology*. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996:56-81.
84. Forbes D, Creamer M, Biddle D. The validity of the PTSD checklist as a measure of symptomatic change in combat-related PTSD. *Behav Res Ther*. 2001;39(8):977-986.
85. Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Events Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. 1979;41(3):209-218.
86. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale--Revised. In: Wilson JP, Keane TM, eds. *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners*. New York: Guilford Press; 1997:399-411.
87. Moshier SJ, Lee DJ, Bovin MJ, et al. An Empirical Crosswalk for the PTSD Checklist: Translating DSM - IV to DSM - 5 Using a Veteran Sample. *J Trauma Stress*. 2019;32(5):799-805.

88. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther.* 1996;34(8):669-673.
89. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM - 5 (PCL - 5): Development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress.* 2015;28(6):489-498.
90. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS one.* 2016;11(10):e0161645.
1. Falsetti SA, Resnick HS, Resick PA, Kilpatrick DG. The modified PTSD Symptom Scale: A brief self report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist.* 1993;16:161-162.
92. Zlotnick C, Davidson J, Shea MT, Pearlstein T. Validation of the Davidson Trauma Scale in a sample of survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1996;184(4):255- 257.
93. WHOQOL Group. Development of the World Health Organisation WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine.* 1998;28(3):551-558.
94. Skevington SM, Lofty M, Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research.* 2004;13(2):299-310.
95. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine.* 2008;15(3):194-200.
96. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement.* 1993;1(2):165-178.
97. Connor KM, Davidson J. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety.* 2003;18(2):76-82.
98. Foa EB, McLean CP, Zang Y, et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment.* 2016;28(10):1159.
99. Foa EB, Tolin DF. Comparison of the PTSD Symptom Scale-Interview Version and the ClinicianAdministered PTSD scale. *J Trauma Stress.* 2000;13(2):181-191.
100. Davidson J, Malik M, Travers J. Structured interview for PTSD (SIP): Psychometric validation for DSM-IV criteria. *Depression and Anxiety.* 1997;5:127-129.
101. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, et al. Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment.* 2016;28(11):1379.
102. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, et al. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL5) among treatment-seeking military service members. *Psychological assessment.* 2016;28(11):1392.
103. Mollica RF, Caspi Yavin Y, Bollini P, Truong T, et al. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1992;180(2):111-116.
104. Duffy M, Gillespie K, Clark DM. Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: Randomised controlled trial. *British Medical Journal.* 2007;334(7604):1147.
105. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(2):166-176.
106. Gillespie K, Duffy M, Hackmann A, Clark DM. Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behav Res Ther.* 2002;40(4):345-357.
107. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic

- stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(4):867- 879.
108. Boulos D, Zamorski MA. Do shorter delays to care and mental health system renewal translate into better occupational outcome after mental disorder diagnosis in a cohort of Canadian military personnel who returned from an Afghanistan deployment? *BMJ open*. 2015;5(12):e008591.
109. Stein NR, Dickstein BD, Schuster J, Litz BT, Resick PA. Trajectories of response to treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*. 2012;43(4):790-800.
110. TARRIER N, Sommerfield C, Pilgrim H, Faragher B. Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38(2):191- 202.
111. Feeny NC, Zoellner LA, Foa EB. Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: A preliminary examination. *J Pers Disord*. 2002;16(1):30-40.
112. Forbes D, Creamer M, Allen N, et al. The MMPI-2 as a predictor of symptom change following treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*. 2002;79(2):321- 336.
113. Foa EB, Riggs DS, Massie ED, Yarczower M. The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*. 1995;26(3):487-499.
114. Forbes D, Creamer M, Hawthorne G, Allen N, McHugh T. Comorbidity as a predictor of symptom change after treatment in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003;191(2):93-99.
115. Forbes D, Bennett N, Biddle D, et al. Clinical presentations and treatment outcomes of peacekeeper veterans with PTSD: Preliminary findings. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2188-2190.
116. Forbes D, Parslow R, Creamer M, Allen N, McHugh T, Hopwood M. Mechanisms of anger and treatment outcome in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2008;21(2):142-149.
117. Perconte ST, Griger ML. Comparison of successful, unsuccessful, and relapsed Vietnam veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1991;179(9):558- 562.
118. Steindl SR, Young RM, Creamer M, Crompton D. Hazardous alcohol use and treatment outcome in male combat veterans with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2003;16(1):27-34.
119. Ehlers A, Clark DM, Dunmore E, Jaycox LH, Meadows EA, Foa EB. Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *J Trauma Stress*. 1998;11(3):457-471.
120. Thrasher S, Power M, Morant N, Marks I, Dalgleish T. Social support moderates outcome in a randomized controlled trial of exposure therapy and (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(3):187-190.
121. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(5):1067-1074.
122. Clarke SB, Rizvi SL, Resick PA. Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy*. 2008;39(1):72- 78.
123. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(6):642-654.
124. van Minnen A, Arntz A, Keijsers GPJ. Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behav Res Ther*. 2002;40(4):439-457.
125. van Dam D, Vedel E, Ehling T, Emmelkamp PM. Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(3):202-214.

126. Mills KL, Teesson M, Back SE, et al. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2012;308(7):690-699.
127. Persson A, Back SE, Killeen TK, et al. Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure (COPE): A Pilot Study in Alcohol-dependent Women. *J Addict Med*. 2017;11(2):119-125.
128. Hien DA, Jiang HP, Campbell ANC, et al. Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's clinical trials network. *Am J Psychiatry*. 2010;167(1):95-101.
129. Hien DA, Smith KZ, Owens M, López-Castro T, Ruglass LM, Papini S. Lagged Effects of Substance Use on PTSD Severity in a Randomized Controlled Trial With Modified Prolonged Exposure and Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2018.
130. Fontana A, Rosenheck R, Desai R. Comparison of treatment outcomes for veterans with posttraumatic stress disorder with and without comorbid substance use/dependence. *J Psychiatric Res*. 2012;46(8):1008-1014.
131. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Pharmacologic guidelines for treating individuals with post-traumatic stress disorder and co-occurring opioid use disorders (HHS Publication No. SMA-12-4688). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2012.
132. Gros DF, Price M, Strachan M, Yuen EK, Milanak ME, Acierno R. Behavioral activation and therapeutic exposure: An investigation of relative symptom changes in PTSD and depression during the course of integrated behavioral activation, situational exposure, and imaginal exposure techniques. *Behavior Modification*. 2012;36(4):580-599.
133. Nixon RDV, Nearmy DM. Treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: A pilot study. *J Trauma Stress*. 2011;24(4):451-455.
134. Adams SW, Bowler RM, Russell K, Brackbill RM, Li J, Cone JE. PTSD and comorbid depression: Social support and self-efficacy in World Trade Center tower survivors 14-15 years after 9/11. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 2019;11(2):156-164.
135. Richardson JD, Fikretoglu D, Liu A, McIntosh D. Aripiprazole augmentation in the treatment of military-related PTSD with major depression: A retrospective chart review. *BMC Psychiatry*. 2011;11(article no.86).
136. Philip NS, Aiken EE, Kelley ME, Burch W, Waterman L, Holtzheimer PE. Synchronized transcranial magnetic stimulation for posttraumatic stress disorder and comorbid major depression. *Brain stimulation*. 2019;12(5):1335-1337.
137. Ahmadi N, Moss L, Hauser P, Nemeroff C, Atre-Vaidya N. Clinical outcome of maintenance electroconvulsive therapy in comorbid Posttraumatic Stress Disorder and major depressive disorder. *J Psychiatr Res*. 2018;105:132-136.
138. Feldman DB. Posttraumatic stress disorder at the end of life: Extant research and proposed psychosocial treatment approach. *Palliat Support Care*. 2011;9(4):407-418.
139. Hoge CW, McGurk D, Thomas JL, Cox AL, Engel CC, Castro CA. Mild traumatic brain injury in US soldiers returning from Iraq. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(5):453-463.
140. Bryant RA. Disentangling mild traumatic brain injury and stress reactions. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(525-527).
141. Vanderploeg RD, Belanger HG, Curtiss G. Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder and their associations with health symptoms. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(7):1084-1093.
142. Jak AJ, Jurick S, Crocker LD, et al. SMART-CPT for veterans with comorbid post-traumatic stress disorder and history of traumatic brain injury: a randomised controlled trial. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2019;90(3):333-341.
143. Carlson KF, Kehle SM, Meis LA, et al. Prevalence, assessment, and treatment of mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2011;26(2):103-115.

144. Sharp TJ, Harvey AG. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clin Psychol Rev.* 2001;21(6):857-877.
145. Langford DJ, Theodore BR, Balsiger D, et al. Number and Type of Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Domains Are Associated With Patient-Reported Outcomes in Patients With Chronic Pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society.* 2018;19(5):506-514.
146. Ramage AE, Laird AR, Eickhoff SB, Acheson A, Williamson DE, Fox PT. A coordinate-based metaanalysis of trauma processing in PTSD: Associations with the pain monitoring network. *Biological Psychiatry.* 2011;69(9):262.
147. Moeller-Bertram T, Keltner J, Strigo IA. Pain and post traumatic stress disorder: Review of clinical and experimental evidence. *Neuropharmacology.* 2012;62(2):586-597.
148. Shipherd JC, Keyes M, Jovanovic T, et al. Veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder: What about comorbid chronic pain? *Journal of Rehabilitation Research and Development.* 2007;44(2):153-165.
149. Andersen TE, Lahav Y, Ellegaard H, Manniche C. A randomized controlled trial of brief Somatic Experiencing for chronic low back pain and comorbid post-traumatic stress disorder symptoms. *Eur J Psychotraumatol.* 2017;8(1):1331108.
150. Marx BP, Jackson JC, Schnurr PP, et al. The reality of malingered PTSD among veterans: Reply to McNally and Frueh (2012). *J Trauma Stress.* 2012;25(4):457-460.
151. McNally RJ, Frueh BC. Why we should worry about malingering in the VA system: Comment on Jackson et al. (2011). *J Trauma Stress.* 2012;25(4):454-456.
152. Laffaye C, Rosen CS, Schnurr PP, Friedman MJ. Does compensation status influence treatment participation and course of recovery from post-traumatic stress disorder? *Mil Med.* 2007;172(10):1039-1045.
153. Gabbe BJ, Cameron PA, Williamson O, Edwards E, Graves S, Richardson M. The relationship between compensation status and long-term patient outcomes following orthopaedic trauma. *Medical Journal of Australia.* 2007;187(1):14-17.
154. O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane A, Silove D, Bryant R. Does access to compensation have an impact on recovery outcomes after injury? *Medical Journal of Australia.* 2010;192:328-333.
155. Spearing NM, Connelly LB, Gargett S, Sterling M. Does injury compensation lead to worse health after whiplash? A systematic review. *Pain.* 2012;153(6):1274-1282.
156. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Miranda R, Chemtob CM. Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2004;72(3):411-416.
157. Ruglass LM, Miele GM, Hien DA, et al. Helping alliance, retention, and treatment outcomes: A secondary analysis from the NIDA Clinical Trials Network Women and Trauma Study. *Substance Use & Misuse.* 2012;47(6):695-707.
158. Hatcher RL, Barends AW. Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1996;64(6):1326-1336.
159. Chen JA, Fortney JC, Bergman HE, et al. Therapeutic alliance across trauma-focused and nontrauma-focused psychotherapies among veterans with PTSD. *Psychol Serv.* 2019.
160. Collins J, Hyer L. Treatment expectancy among psychiatric inpatients. *J Clin Psychol.* 1986;42(4):562-569.
161. Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1993;61(4):611-619.
162. Devilly GJ, Borkovec TD. Psychometric properties of the Credibility/Expectancy Questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2000;31:73-86.
163. Chambless DL, Tran GQ, Glass CR. Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *J Anxiety Disord.* 1997;11(3):221-240.

164. Price M, Anderson PL. Outcome expectancy as a predictor of treatment response in cognitive behavioral therapy for public speaking fears within social anxiety disorder. *Psychotherapy*. 2012;49(2):173-179.
165. Goossens M, Vlaeyen JWS, Hidding A, Kole-Snijders A, Evers S. Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. *Clin J Pain*. 2005;21(1):18-26.
166. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(3):390-395.
167. Murphy RT, Rosen CS, Cameron RP, Thompson KE. Development of a group treatment for enhancing motivation to change PTSD symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002;9(4):308-316.
168. Clapp JD, Beck JG. Treatment of PTSD in older adults: Do cognitive-behavioral interventions remain viable? *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(1):126-135.
169. Bottche M, Kuwert P, Knaevelsrud C. Posttraumatic stress disorder in older adults: An overview of characteristics and treatment approaches. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2012;27(3):230-239.
170. Munley PH, Bains DS, Frazee J, Schwartz LT. Inpatient PTSD treatment: A study of pretreatment measures, treatment dropout, and therapist ratings of response to treatment. *J Trauma Stress*. 1994;7(2):319-325.
171. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;59(5):715-723.
172. Jaycox LH, Foa EB, Morral AR. Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(1):185-192.
173. Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(4):317-325.
174. Stein DJ, Ipser J, McAnda N. Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: A review of metaanalyses and treatment guidelines. *CNS Spectrums*. 2009;14(1 Suppl 1):25-31.
175. Neuner F, Onyut PL, Ertl V, Odenwald M, Schauer E, Elbert T. Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(4):686-694.
176. Neuner, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(4):579-587.
177. Heckman CJ, Cropsey KL, Olds-Davis T. Posttraumatic stress disorder treatment in correctional settings: A brief review of the empirical literature and suggestions for future research. *Psychotherapy*. 2007;44(1):46-53.
178. Valentine PV, Smith TE. Evaluating traumatic incident reduction therapy with female inmates: A randomized controlled clinical trial. *Research on Social Work Practice*. 2001;11(1 Special Issue SI):40-52.
179. McLay RN, McBrien C, Wiederhold MD, Wiederhold BK. Exposure therapy with and without virtual reality to treat PTSD while in the combat theater: A parallel case series. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2010;13(1):37-42.
180. Ehlers A, Bisson J, Clark DM, et al. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):269-276.
181. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38(4):319-345.
182. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*. 1989;20(2):155-176.
183. Schnurr PP. The rocks and hard places in psychotherapy outcome research. *J Trauma Stress*. 2007;20(5):779-792.

184. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press; 2000.
185. Glynn SM, Drebing CE, Penk W. Psychosocial rehabilitation. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA, eds. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guildford Press; 2009:388-426.
186. NSW Health and Hunter Institute of Mental Health. *Moving forward: A focus on recovery, wellbeing and rehabilitation directions*. Newcastle, NSW: HIMH; 2002.
187. Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Solomon P. *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York: The Guilford Press; 2009.
188. Penk W, Little D, Ainspan N. Psychosocial rehabilitation. In: Moore BA, Penk WE, eds. *Treating PTSD in military personnel: A clinical handbook*. New York: Guilford Press; 2011.
189. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;59(4):280-290.
190. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;Issue 10. Art. No. CD007906.
191. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*. 2001;52(7):903-910.
192. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, et al. Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*. 2002;53(10):1272-1284.
193. Vogt D, Smith BN, Fox AB, Amoroso T, Taverna E, Schnurr PP. Consequences of PTSD for the work and family quality of life of female and male U.S. Afghanistan and Iraq War veterans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(3):341-352.
194. Monson CM, Taft CT, Fredman SJ. Military-related PTSD and intimate relationships: From description to theory-driven research and intervention development. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(8):707-714.
195. McGaw VE, Reupert AE, Maybery D. Military Posttraumatic Stress Disorder: A Qualitative Systematic Review of the Experience of Families, Parents and Children. *Journal of Child and Family Studies*. 2019;28(11):2942-2952.
196. Pinciotti CM, Bass DM, McCarthy CA, et al. Negative Consequences of Family Caregiving for Veterans With PTSD and Dementia. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(2):106-111.
197. Acierno R, Knapp R, Tuerk P, et al. A non-inferiority trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder: in person versus home-based telehealth. *Behav Res Ther*. 2017;89:57-65.
198. Morland LA, Mackintosh MA, Rosen CS, et al. Telemedicine versus in - person delivery of cognitive processing therapy for women with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial. *Depression and Anxiety*. 2015;32(11):811-820.
199. Olden M, Shingleton R, Finkelstein-Fox L, et al. Telemedicine Exposure Therapy and Assessment for PTSD: a Systematic Clinical Practice Narrative Review. *Journal of Technology in Behavioral Science*. 2017;1(1-4):22-31.
200. Smith PL, Moss SB. Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2009;16(1):1-15.
201. Phelps A, Lloyd D, Creamer M, Forbes D. Caring for carers in the aftermath of trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2009;18:313-330.
202. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: The role of Balint groups. *Aust Fam Physician*. 2005;34(6):497-498.



### РОЗДІЛ 3. ЗАГАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПРИ РОБОТІ З ДІТЬМИ І ПІДЛІТКАМИ

Хоча більшість принципів, що лежать в основі належної клінічної практики, однаково застосовуються до різних вікових груп, при роботі з дітьми та підлітками неминуче виникають певні відмінності. Наведені нижче міркування мають впливати на кожен аспект того, як лікарі думають про посттравматичні психічні розлади у дітей та підлітків, оцінюють їх та лікують. Багато з цих моментів будуть детально розглянуті в наступних розділах.

Батьки та опікуни відіграють центральну роль у наданні травмоорієнтованої допомоги з різних причин. Діти та підлітки, як правило, залежать від дорослих, які направляють їх на лікування в першу чергу і забезпечують їхню присутність на наступних зустрічах. Для багатьох дорослих і дітей не відразу стає очевидним, що психологічні підходи, які наголошують на розмові про травматичну подію, можуть бути корисними. Це означає, що взаємодіяти з відповідним дорослим і підтримувати його мотивацію до підтримки і продовження лікування так само важливо, як і з дитиною чи підлітком, що є нашим клієнтом. Також добре відомо, що в деяких випадках, особливо при складному ПТСР, батьки, члени розширеної сім'ї або опікуни можуть бути винуватцями сексуального або фізичного насильства над немовлям, дитиною або підлітком. Питання захисту дітей завжди є важливим аспектом у роботі з дітьми та підлітками. Для підлітків ці питання можуть також ускладнюватися питаннями приватності та згоди.

Діти та підлітки є частиною системи (як правило, сім'ї). Таким чином, їхні симптоми можуть впливати на все, що відбувається в системі, в якій вони живуть, і бути під впливом усього, що відбувається в ній. Деякі сімейні системи мають високий рівень домашнього насильства, вербального або фізичного насильства, а також членів сім'ї з алкогольною або наркотичною залежністю. Конфліктні стосунки можуть бути довготривалими і продовжуватися після розділення сім'ї та розлучення. Інші події, які діти та підлітки вважають травматичними, включають хворобу або смерть бабусь і дідусів. Системні проблеми за межами сім'ї включають деяких молодих людей, які проживають у громадах з високим рівнем насильства, вживання психоактивних речовин та розпаду сім'ї. Таким чином, лікар повинен постійно бути в курсі того, що відбувається в системі дитини.

Відповідно до перших двох міркувань, чим молодша дитина, тим важливіше залучати батьків/опікунів до лікування дитини. Немовлята і діти раннього віку можуть мати травми, безпосередньо пов'язані з вихованням і прив'язаністю до батьків, що може вимагати спеціалізованого клінічного втручання у стосунках між дитиною і батьками. Однак, як буде розглянуто нижче, існує багато причин, чому особи, які здійснюють догляд за дитиною, можуть не бажати або бути нездатними брати участь у лікуванні своєї дитини у корисній формі. Клініцист повинен знати про це і відповідно будувати свої стосунки.

Тим не менш, дитина має важливий голос у прийнятті рішення про проведення будь-якого обстеження чи втручання. Не можна вважати, що дитина не здатна давати згоду в певному віці; про це слід судити в кожному конкретному випадку. Загалом, якщо дитина не бажає брати участь у лікуванні, її бажання необхідно враховувати, незалежно від поглядів осіб, які здійснюють догляд за нею. Крім того, лікарі, які працюють з дітьми та підлітками, повинні бути експертами в інформуванні дітей про переваги лікування та мотивуванні їх до участі в терапії.

Рівень згоди між батьками/опікунами та дітьми щодо інтерналізації симптомів (і особливо посттравматичних психічних розладів) дуже низький. Якщо це можливо, лікар повинен намагатися отримати звіти як від опікунів, так і від дитини для оцінки інтерналізації симптомів у дитини - навіть якщо дитина дошкільного віку. Якщо правильно поставити запитання, які можуть включати творчі завдання, такі як малювання або гра, діти здатні обговорювати думки, почуття та фізіологічні симптоми травми, навіть якщо вони не бажають обговорювати саму травматичну подію. Лікарі також повинні знати, що реакція на травматичний стрес може включати екстерналізацію поведінки, яка може бути найбільш очевидною ознакою

травматичного стресу. На жаль, така поведінка може бути неправильно інтерпретована батьками/опікунами, а також лікарями.

Немовля, дитинство і підлітковий вік - це найбільш насичені змінами періоди розвитку впродовж усього життя. Згідно з моделями психосоціального розвитку, такими як запропонована Еріком Еріксоном,<sup>1</sup> діти та підлітки мають значно більше проблем і конфліктів у розвитку, ніж дорослі. Важливо пам'ятати про це при оцінці та лікуванні дітей і підлітків з посттравматичними психічними розладами. Наприклад, 40-річний чоловік, який зазнав фізичного насильства, менш схильний до розвитку проблем з прив'язаністю, ніж трирічна дитина. Іншими словами, діти та підлітки мають набагато більший потенціал бути "застряглими" або регресувати в розвитку через травму.

Залежно від віку та стадії розвитку, діти мають менш розвинені лінгвістичні, афективні, когнітивні та перцептивні здібності, ніж дорослі. Природно, що ці обмеження розвитку впливають на характер лікування та спосіб його надання.

**Примітка:** У цьому розділі термін "дошкільнята" або "діти дошкільного віку" використовується для позначення дітей віком від народження до п'яти років (або, якщо йдеться саме про дошкільний підтип DSM-5, від народження до шести років). Термін "діти молодшого шкільного віку" використовується для позначення дітей віком 6-11 років, а термін "підлітки" - для позначення молоді віком 12-17 років. Якщо використовується термін "діти та підлітки", читач може припустити, що мається на увазі весь цей віковий проміжок.

## **Травми та травматичні реакції**

### **Травма, травматична подія та потенційно травматична подія**

Як зазначалося в попередньому розділі, терміни "травма", "травматична подія" та "потенційно травматична подія" використовуються в різних значеннях. У діагностичних критеріях ПТСР у дорослих, підлітків і дітей старше шести років DSM-5 визначає травму як вплив фактичної смерті або її загрози, серйозної травми або сексуального насильства в один або більше з чотирьох способів:

- безпосередньо пережити подію
- особисто бути свідком події, що відбувається з іншими людьми
- дізнатися, що така подія сталася з близьким членом сім'ї або другом
- зазнавати повторного або екстремального впливу неприємних деталей таких подій, наприклад, у випадку з першими особами, які реагували на них.

Для дітей віком від шести років і молодше DSM-5 чітко передбачає дошкільний підтип діагнозу ПТСР для дітей. У цьому підтипі травма визначається як вплив фактичної смерті або загрози смерті, серйозної травми або сексуального насильства одним або кількома з трьох способів:

- безпосередньо пережити подію
- особисте спостереження за подіями, що відбуваються з іншими (особливо з опікунами)
- дізнатися, що подія сталася з одним із батьків або особою, яка здійснює догляд за дитиною.

Діти та підлітки часто піддаються впливу таких подій: понад дві третини дітей у США повідомили, що у віці до 16 років пережили принаймні одну травматичну подію.<sup>2</sup> Травма може бути одноразовою (наприклад, фізичний напад, природна або техногенна катастрофа, дорожньо-транспортна пригода, інша випадкова травма, пожежа в будинку, терористичний напад або свідчення одного епізоду насильства); або багаторазовим, повторюваним впливом травматичної події (наприклад, фізичне та/або сексуальне насильство, нехтування, домашнє насильство або війна).

Далеко не у всіх молодих людей, які зазнають впливу таких подій, розвиваються серйозні психологічні проблеми. Останнім часом, щоб підкреслити цей момент, почали використовувати термін "потенційно травматичні події" (ПТП). Бонанно та Манчіні<sup>3</sup> зазначають, що "події, які викликають сильну аверсивну реакцію і зазвичай виходять за рамки

нормального повсякденного досвіду, є "потенційно" травматичними, оскільки не всі сприймають їх як травматичні" (с. 369). Іншими словами, не у всіх внаслідок цього розвивається психологічна травма. Як і у дорослих, траєкторія посттравматичного стресу після ПТП відображає те, що більшість дітей, швидше за все, одужують або зазнають незначного впливу,<sup>4</sup> а меншість відчувають постійні наслідки. Наприклад, у дослідженні Коупленда та ін.<sup>2</sup> 1420 дітей і підлітків у віці 9, 11 і 13 років на момент включення в дослідження спостерігалися щорічно до досягнення ними 16-річного віку. Хоча травматичний вплив (по всьому спектру потенційно травматичних подій) був поширеним, розвиток повного ПТСР (за критеріями DSM-IV) був дуже рідкісним (0,5%).

Все частіше визнається, що вплив ПТП може призвести до розвитку багатьох форм психопатології. На сьогоднішній день основна увага приділяється ПТСР, іншим тривожним розладам та афективним розладам. Що стосується дітей та підлітків, то цей фокус розширюється, включаючи проблеми з поведінкою та увагою (такі як опозиційно-викличний розлад [ОВР] і синдром дефіциту уваги та гіперактивності [СДУГ]), соматичні симптоми та проблеми з навчанням.

### **Клінічні прояви у дітей та підлітків після потенційно травматичних подій**

Юл<sup>5</sup> описав прояви реакції на травматичний стрес у дітей та підлітків у спосіб, який витримав випробування часом і зростаючою кількістю досліджень. Він зазначив, що в той час як більшість дітей майже відразу турбують повторювані, нав'язливі думки про подію, дисоціативні спогади не є поширеним явищем. У перші кілька тижнів часто спостерігаються порушення сну, включаючи нічні кошмари (зміст яких не обов'язково може бути сформульований або не обов'язково пов'язаний з ПТП), страх темряви, страх засинати і ризикувати, що може наснитися кошмар, а також прокидання вночі. Тривога розлуки є поширеним явищем серед дітей раннього віку і навіть серед підлітків. Як і у дорослих, у дітей дошкільного віку поширені дратівливість, гнів і агресія, які часто проявляються у вигляді істерик. Багато дітей і підлітків молодшого шкільного віку здатні сформулювати бажання розповісти про свої переживання, але також відзначають, що їм важко говорити про те, що сталося, з батьками/вихователями та однолітками. Діти та підлітки часто повідомляють і демонструють труднощі з концентрацією уваги та пам'яттю. Характерною є підвищена пильність до небезпеки в їхньому оточенні (включаючи підвищену обізнаність про нагадування про травму в засобах масової інформації). Діти та підлітки молодшого шкільного віку часто повідомляють про відчуття викривленого майбутнього, або, що, можливо, корисніше розглядати як нове усвідомлення власної смертності. Розвиток підвищеної загальної тривожності, а також специфічних страхів, пов'язаних з аспектами їхнього травматичного досвіду, є поширеним явищем - хоча зв'язок між стимулом, якого вони бояться, і травматичним досвідом не завжди очевидний (наприклад, дитина, яка розвиває страх перед гелікоптерами після участі в стихійному лихові, де гелікоптери використовувалися для порятунку людей). Деякі діти та підлітки молодшого шкільного віку описують почуття провини за те, що вижили, тоді як підлітки, які зазнали ПТП, часто повідомляють про депресію та підвищену схильність до вживання психоактивних речовин.

Інші важливі аспекти клінічної картини у дітей дошкільного віку, які не були чітко описані Юлом, включають нову опозиційну поведінку; регрес або втрату раніше засвоєних навичок розвитку (наприклад, мовлення, туалету); і нові страхи, не пов'язані з травматичною подією (наприклад, страх ходити в туалет наодинці).<sup>6</sup>

### **Травматичні стресові синдроми**

Раніше системи діагностичної класифікації, як правило, не включали специфічні дитячі та підліткові варіанти травматичних стресових синдромів. Замість цього лікар повинен був застосовувати ті ж самі критерії, що й для дорослих, хоча іноді з невеликими корективами.

У DSM-5 було внесено низку важливих змін щодо ПТСР у дітей та підлітків. В результаті значної реструктуризації існуючі діагнози ГСР та ПТСР були перенесені з розділу "Тривожні розлади" в нову категорію - "Розлади, пов'язані з травмою та стресом".<sup>7</sup> Ця нова категорія

також включає реактивний розлад прив'язаності та розлад соціальної активності (аналогічно до підтипів реактивного розладу прив'язаності та розладу соціальної активності за DSM-IV, які є важливими діагнозами для розуміння реакцій на травму у дітей, які тривалий час зазнавали жорстокого поводження), а також віковий підтип ПТСР - ПТСР у дітей дошкільного віку - для дітей у віці до шести років. Критерії DSM-5 для ПТСР значно відрізняються від критеріїв DSM-IV для дітей та підлітків. ПТСР в DSM-5 є більш чутливим до розвитку, оскільки діагностичні пороги для дітей та підлітків знижені.

### **Гострий стресовий розлад**

Діагностичні критерії DSM-5 для ГСР не відрізняються залежно від того, чи йдеться про дорослого, підлітка чи дитину. Відповідно, ці критерії не будуть детально розглянуті тут (див. розділ "Травма та травматичні реакції" для ознайомлення з діагностичними критеріями ГСР). Було висловлено припущення, що одновимірна структура DSM-5 для ГСР погано підходить для ранніх симптомів у дітей та молодих людей, які зазнали травми.<sup>8</sup> Зв'язок між цим діагнозом і діагнозом ПТСР у юнацькому віці, якому присвячено багато досліджень у літературі для дорослих, заслуговує на коротку увагу. Діагноз ГСР за DSM-IV вимагає, щоб людина демонструвала три або більше дисоціативних симптомів. За винятком критерію тривалості (максимум чотири тижні), решта діагностичних критеріїв для ГСР подібні до критеріїв для ПТСР. Вважається, що наявність дисоціації в гострій реакції людини на травму ідентифікує тих, хто схильний до ризику розвитку довготривалого ПТСР, а це означає, що однією з ключових функцій ГСР як діагнозу є допомогти у прогнозуванні того, у кого з людей, які переживають дистрес після травматичного впливу, розвинеться ПТСР.<sup>9</sup> Однак, паралельно з дослідженнями дорослих (наприклад, Harvey and Bryant<sup>10</sup>), у великому дослідженні молоді у віці 6-17 років, які пережили автомобільну аварію, дисоціація (якщо розглядати її ізольовано, тобто окремо від інших критеріїв ГСР) не змогла пояснити жодних унікальних відмінностей у прогнозуванні подальшого розвитку ПТСР.<sup>11</sup> В результаті цих досліджень, проведених протягом усього життя, вимога щодо дисоціації при PAC була вилучена з DSM-5.

### **Посттравматичний стресовий розлад**

Діагноз ПТСР вперше був офіційно поширений на молодь у 1987 році з появою DSM-III-R (DSM третє видання, переглянуте). У той час як наступні критерії DSM-IV для ПТСР у застосуванні до дітей і підлітків були ідентичні тим, що використовуються для дорослих (з низкою застережень), DSM-5 включає два діагнози ПТСР: один для дорослих, підлітків і дітей старше шести років (з застереженнями для дітей), а також підтип для дітей віком від шести років і молодше.

### **Діти та підлітки**

Повні діагностичні критерії, орієнтовані на дорослих, були розглянуті в розділі "Травма та реакції на травму". Як зазначалося в цьому розділі, найбільш значною зміною в критеріях ПТСР є поділ попередніх симптомів кластера С на критерій С (стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травмою) і критерій D (негативні зміни в когнітивних процесах і настрої). Кластер збудження, кластер E, тепер включає дратівливість, спалахи гніву та необдуману поведінку. Для постановки діагнозу ПТСР необхідна наявність наступних критеріїв: один симптом з Критерію С, два симптоми з Критерію D і два симптоми з Критерію E (зміни збудження і фізичної реактивності).

Оцінюючи дітей старше шести років і підлітків за критеріями DSM-5, клініцистів просять враховувати наступні застереження:

- В1 - "У дітей старше шести років можуть виникати повторювані ігри, в яких виражаються теми або аспекти травми".
- В2 - "У дітей можуть бути страшні сни без впізнаваного змісту".
- В3 - "У дітей може відбуватися специфічне для травми відтворення".

Хоча втрата піклувальника як джерело травми зазначена в підтипі дошкільного віку, в Критерії А для підлітків і дітей старше шести років це не вказано. Однак це залишається актуальним для дітей старшого віку, оскільки втрата батьків/опікунів більше асоціюється з травмою, ніж такі масштабні події, як дорожньо-транспортні пригоди. В одному зі звітів про дітей у

прийомних сім'ях було виявлено, що найпоширенішою травмою, яку діти у віці 6-12 років називали своїм терапевтам, було "влаштування в прийомну сім'ю".<sup>12</sup>

### Дошкільний підтип

Дебати щодо валідності та корисності критеріїв DSM-IV для діагностики ПТСР у дітей та підлітків, а особливо у дітей дошкільного віку, тривають з моменту їх публікації. Це не дивно, враховуючи, що в польових випробуваннях DSM-IV для ПТСР не було залучено жодного учасника віком до 15 років. Одна з найсильніших критик критеріїв стосувалася вимоги до дітей повідомляти про складні внутрішні стани, які часто важко зрозуміти дітям і майже неможливо спостерігати дорослим, які оточують дитину. Важливо, що було продемонстровано, що немає ніякої різниці з точки зору дистресу, соціальних та академічних порушень між дітьми, які відповідають повним критеріям (тобто, всі три групи симптомів), і дітьми, які демонструють так званий "частковий ПТСР" - тобто, два з трьох груп симптомів.<sup>13</sup>

Новий підтип ПТСР для дітей дошкільного віку визнає унікальний травматичний досвід та реакцію дітей на травму. Критерії були розроблені таким чином, щоб бути більш придатними для розвитку дітей раннього віку, включаючи втрати і події, пов'язані з тим, хто піклується про дитину, як основне джерело травми, і зосереджуючись на поведінково виражених симптомах ПТСР, які не залежать від когнітивних або мовних складнощів, відсутніх у дітей молодшого віку, які пережили травму. Наприклад, до таких симптомів відносяться спалахи гніву або зменшення участі в іграх. Клінічне повторне переживання може відрізнятись залежно від стадії розвитку: дошкільнята можуть бачити страшні сні, зміст яких може бути не пов'язаний з травматичною подією, і вони не можуть з'ясувати, чи пов'язані з нею. Діти молодшого віку можуть виражати симптоми через ігрове відтворення, яке може бути пов'язане або не пов'язане з травматичною подією. У них може бути відсутня реакція страху під час повторного переживання явищ.

Дошкільний підтип зберігає трифакторну модель, яка поєднує уникнення, негативні зміни настрою та пізнання. Щоб обійти занепокоєння, пов'язані з тим, що діти не відповідають вимогам Критерію С, підтип ПТСР розвитку дошкільного віку знижує поріг Кластера С з трьох до одного симптому і виключає такі симптоми, як негативні самопереконавання і звинувачення, які залежать від здатності вербалізувати когнітивні конструкти і складні емоційні стани.

Критерії для дітей дошкільного віку базуються на алгоритмі Шерінга та його колег, розробленому для концептуалізації та оцінки ПТСР у дітей, який враховує дослідження на дітях раннього віку з використанням модифікованих критеріїв ПТСР за DSM-IV.<sup>12</sup> Ці дослідження показали, що діти можуть переживати втрату батьків/опікунів через смерть, покинутість, передачу в прийомну сім'ю та інші події, пов'язані з основними опікунами, як травматичні події. Враховуючи потребу дітей раннього віку у відносинах між батьками та дітьми, щоб відчувати себе в безпеці, втрата піклувальника може сприйматися як серйозна загроза власній безпеці та психологічному/фізичному виживанню дитини, що є частиною критеріїв, які визначають травматичну подію. Інша робота Де Янг та її колег<sup>14</sup> вказує на те, що критерій А з DSM-IV, особливо заснований на серйозній травмі, не має прогностичної корисності. Натомість автори припускають, що потрібно більше вказівок щодо визначення того, що становить корисний поріг для критерію А для дітей дошкільного віку, і продовжують стверджувати, що чутливість будь-якої оцінки критерію А повинна бути пріоритетною.

Таблиця 3.1: Діагностичні критерії DSM-5 (перефразовані) для посттравматичного стресового розладу у дітей віком 6 років і молодше

**A.** У дітей (молодше шести років) - вплив фактичної або загрози смерті, серйозних травм або сексуального насильства, а саме: фактична смерть або загроза смерті:

1. Прямий вплив
2. Особиста присутність, особливо якщо подія сталася з особами, які надають первинну медичну допомогу. Примітка: свідчення не включає перегляд подій в електронних засобах масової інформації, на телебаченні, у фільмах чи на фотографіях.

3. Непрямий вплив, коли стає відомо, що батьки або особи, які здійснюють догляд, зазнали впливу.

**В.** Наявність одного або більше симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичною подією (подіями), які починаються після травматичної події (подій):

1. Повторювані, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади. Примітка: спонтанні та нав'язливі спогади можуть не виглядати тривожними і можуть бути виражені у вигляді ігрового відтворення.
2. Повторювані нічні кошмари, в яких зміст і/або афект сну пов'язані з травматичною подією (подіями). Примітка: Може бути неможливо визначити, чи пов'язаний зміст кошмару з травматичною подією.
3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки); таке відтворення травми може відбуватися в грі.
4. Інтенсивний або тривалий дистрес при впливі травматичних нагадувань
5. Виражені психологічні реакції на подразники, пов'язані з травмою.

**С.** Один або декілька з наступних симптомів:

**Стійке уникнення стимулів, що вимагають значних зусиль**

1. Уникнення діяльності, місць або фізичних нагадувань
2. Уникання людей, розмов або міжособистісних ситуацій.

**Негативні зміни в пізнанні**

3. Негативні емоційні стани (наприклад, страх, провина, смуток, сором, розгубленість)
4. Зниження інтересу або участі в значущих видах діяльності, включаючи звуження ігрової діяльності
5. Соціально замкнута поведінка
6. Стійке зниження вираження позитивних емоцій.

**Д.** Дві або більше змін у збудженні та реактивності, пов'язаних з травматичною подією (подіями):

1. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (включаючи екстремальні істерики)
2. Надмірна пильність
3. Перебільшена реакція на переляк
4. Проблеми з концентрацією уваги
5. Порушення сну (включаючи неспокійний сон).

**Е.** Тривалість критеріїв В, С та D - більше 1 місяця.

**Ф.** Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення стосунків з батьками, братами і сестрами, однолітками чи іншими особами, які здійснюють догляд, або поведінку в школі.

Уточніть, чи так:

З дисоціативними симптомами: Симптоми людини відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу, і, крім того, у відповідь на стресовий фактор людина відчуває стійкі або рецидивуючі симптоми будь-якого з перерахованих нижче:

1. Деперсоналізація: постійні або повторювані переживання відчуття відірваності від своїх психічних процесів або тіла, ніби людина є стороннім спостерігачем (наприклад, відчуття, що ви перебуваєте уві сні; відчуття нереальності себе або свого тіла або повільного перебігу часу).
2. Дерезалізація: стійке або повторюване переживання нереальності оточення (наприклад, світ навколо людини сприймається як нереальний, схожий на сон, далекий або спотворений).

Примітка: Для використання цього підтипу дисоціативні симптоми не повинні бути пов'язані з фізіологічним впливом речовини (наприклад, втрата свідомості) або іншим медичним станом (наприклад, складні парціальні напади).

Уточніть, якщо:

З відстроченою експресією: Якщо повні діагностичні критерії не виконуються щонайменше через 6 місяців після події (хоча поява і прояв деяких симптомів може бути негайною).

## **Поширеність**

### **ГСР**

Небагато досліджень вивчали поширеність ГСР у дітей та підлітків. Проведені дослідження були зосереджені на вибірках молодих людей, які потрапили в дорожньо-транспортні пригоди та поодинокі напади, з відносно низькими показниками поширеності, про які повідомлялося: 8%,<sup>15</sup> 19%,<sup>16</sup> та 9%.<sup>17</sup> Серед дітей дошкільного віку на сьогоднішній день лише одне дослідження вивчало поширеність ГСР. Meiser-Stedman et al.<sup>18</sup> виявили, що 1,6% з 60 дітей у віці від двох до шести років відповідали критеріям РАС після автомобільної аварії.

### **ПТСР**

Що стосується ПТСР, то показники поширеності широко варіюються залежно від досліджуваної вибірки, типу пережитої травми та методології, яка використовується для постановки діагнозу.<sup>19,20</sup> Слід також зазначити, що відбулися значні зміни в діагностичних критеріях як DSM5, так і МКХ-11,<sup>21</sup> і що ці дві системи суттєво відрізняються; обидва фактори можуть впливати на показники ПТСР серед молодих людей, які зазнали травми. Поточні оцінки свідчать, що приблизно у 16% дітей та підлітків, які зазнали травми, розвивається ПТСР,<sup>22</sup> з вищими показниками для міжособистісної травми порівняно з не міжособистісною травмою.

### **Дошкільний заклад**

Показники ПТСР у дітей дошкільного віку з діагнозом, встановленим за критеріями DSM-IV, були нижчими, ніж в інших вікових групах. Це частково пов'язано з вимогою DSM-IV, що людина повинна мати інтенсивну реакцію на подію - сильний страх, безпорадність або жах - що у дітей може виражатися в дезорганізованій або збудженій поведінці. За критеріями DSM-IV, навіть у важко травмованих дітей раннього віку частота ПТСР коливалася лише між 13% і 20%. (наприклад,<sup>23</sup>) За новим алгоритмом DSM-5, Шерінга та його колеги вважають, що у 44%-69% дітей в тих же дослідженнях буде діагностовано ПТСР.<sup>12</sup> В інших громадських дослідженнях дітей у віці від одного до шести років, які були набрані після змішаних травматичних подій, оцінка ПТСР становила від 0% до 1,7% за критеріями DSM-IV і від 10% до 26% за запропонованим алгоритмом DSM-5.<sup>12</sup> В австралійській вибірці з 130 дітей дошкільного віку частота ПТСР через шість місяців після серйозної травми становила 1% за критеріями DSM-IV і 10% за алгоритмом DSM-5.<sup>14</sup>

### **Школярі**

Не існує роботи, еквівалентної роботі Scheeringa та колег, які б використовували дослідження дітей та підлітків зі змішаною травмою для оцінки ПТСР на основі запропонованих критеріїв DSM-5, як це було зроблено для дітей дошкільного віку. Однак в одному дослідженні розглядалися показники ПТСР у дітей шкільного віку (середній вік 10 років) через три місяці після черепномозкової травми, і було виявлено, що показники ПТСР за запропонованим алгоритмом DSM-5<sup>24</sup> становив 9% порівняно з 4% за критеріями DSM-IV.<sup>25</sup> Необхідні подальші дослідження, щоб визначити, як зміни в критеріях ПТСР вплинуть на оцінки для дітей шкільного віку в залежності від типу травми.

Оцінки ПТСР протягом життя у дітей та підлітків у загальній популяції коливаються від 6%<sup>26</sup> до низьких 1,6%, отриманих у масштабному (N=1035) німецькому дослідженні серед молоді у віці 12-17 років.<sup>27</sup> Інші дослідження, присвячені конкретним видам травм, повідомляють про поширеність ПТСР при короткостроковому спостереженні (як правило, трохи більше одного місяця після травми). Так, 22,5% дітей, які зазнали фізичної травми,<sup>28</sup> 34% молодих людей, які

знали насильства в громаді в міському середовищі,<sup>29</sup> та 36% дітей, які зазнали жорстокого поводження (фізичного та/або сексуального насильства)<sup>30</sup> відповідають критеріям гострого посттравматичного стресового розладу. Вивчаючи травми, отримані в результаті дорожньо-транспортної пригоди в різних дослідженнях, приблизно 27% дітей та підлітків відповідають критеріям ПТСР через один-два місяці (напр., 31,32,33) знижуючись до приблизно 13% між трьома та шістьма місяцями пізніше (напр., 31,33,34) Мета-аналіз дітей та підлітків молодшого шкільного віку, які зазнали різних травматичних подій, показав, що загалом у 36% учасників було діагностовано ПТСР.<sup>35</sup>

Підсумовуючи, можна сказати, що хоча цифри дуже різняться, очевидно, що лише у меншості дітей та підлітків, які зазнали ПТП, розвинеться ПТСР. Так само очевидно, що ці цифри - навіть у нижній частині діапазону - є значними і підкреслюють потребу в ефективному лікуванні, що базується на доказах.

### Супутні захворювання

У дітей дошкільного віку коморбідність є поширеним явищем. Клінічно значущі рівні депресії часто поєднуються з ПТСР. Що стосується тривоги, Scheeringa (2014) виявив, що у 11% постраждалих від урагану Катріна, 18% постраждалих від інших одноразових травм і 16% постраждалих від повторних травм (переважно домашнього насильства) розвинувся тривожний розлад (генералізований тривожний розлад [ГТР], тривожний розлад, пов'язаний з розлукою [ТР], або соціальна фобія). Після урагану Катріна було виявлено, що екстернальна поведінка, така як ОКР (61%), також є коморбідною, як і СДУГ (33%).<sup>36</sup> Scheeringa та ін.<sup>37</sup> повідомили про аналогічно високий рівень коморбідності. В австралійській вибірці з 130 жертв опіків дошкільного віку діти з ПТСР у віці одного місяця частіше мали коморбідні великі депресивні розлади (ВДР), розлади аутистичного спектра, obsесивно-компульсивні розлади або специфічні фобії; тоді як діти з ПТСР у віці шести місяців значно частіше відповідали критеріям коморбідного СДУГ, obsесивно-компульсивного розладу та розладів аутистичного спектра.<sup>23</sup>

У дітей молодшого шкільного віку ПТСР часто поєднується з іншими тривожними розладами, розладами настрою (особливо депресією) та СДУГ.<sup>38</sup> У дослідженні, яке включало як дітей молодшого шкільного віку, так і підлітків, Кассам-Адамс та його колеги виявили, що 13% учасників віком від 8 до 17 років, які отримували допомогу у відділенні невідкладної допомоги, мали клінічно значущий рівень депресії.<sup>39</sup> Доведено, що симптоми тривоги та депресії супроводжують ПТСР у дітей які зазнали травми.<sup>(наприклад 40)</sup> Інші супутні проблеми, які рідше спостерігаються у дітей молодшого шкільного віку, але частіше зустрічаються у підлітків, включають суїцидальні думки та залежність від психоактивних речовин.<sup>38,41</sup>

В оглядовій статті, присвяченій вивченню депресії у молоді після стихійних лих, повідомляється про рівень депресії від 2% до 69% порівняно з типовими діапазонами від 1% до 9% у дослідженнях загальної популяції.<sup>42</sup> Одне з найбільших досліджень підлітків, які пережили катастрофу, зосереджувалося на тих, хто вижив на круїзному лайнері "Юнітер", який затонув у 1988 році. З підлітків, які перебували на борту, 217 погодилися взяти участь в обстеженні, яке проводилося через п'ять-вісім років після катастрофи.<sup>43</sup> Виявилось, що у цих молодих людей після затоплення розвинувся широкий спектр психічних розладів на додаток до ПТСР.<sup>44</sup> Понад 40% вибірки відповідали критеріям "будь-якого тривожного розладу", причому найпоширенішими тривожними розладами були специфічна фобія (24%), панічний розлад (12%), SAD (7%) і GAD (6%). За винятком ГТР, ризик цих розладів був значно вищим у тих, хто вижив, порівняно з контрольною групою. Аналогічно, 38% вибірки відповідали критеріям "будь-якого афективного розладу", а 34% - критеріям ВДР. Знову ж таки, ризик розвитку будь-якого афективного розладу або ВДР у тих, хто вижив, був значно вищим порівняно з контрольною групою. Більшість цих станів були коморбідними з ПТСР. Коли вибірка постраждалих була розділена на тих, хто мав ПТСР, і тих, хто не мав, частота інших психіатричних діагнозів у тих, хто не мав ПТСР, суттєво не відрізнялася від частоти в контрольній групі. Mueser і Taub<sup>45</sup> також повідомили, що підлітки з ПТСР більш схильні до



ризикованої поведінки, такої як втечі з дому, самоушкодження та вживання психоактивних речовин.

Важливо, що, попри те, що ця сфера недостатньо досліджена, було продемонстровано зв'язок між розвитком ПТСР і якістю життя дітей, пов'язаною зі здоров'ям (тобто впливом хвороби і терапії на життєву ситуацію людини), як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі. Було виявлено широкий спектр несприятливих наслідків для здоров'я дітей від дошкільного віку до підлітків (наприклад,<sup>46</sup>), включаючи гірше дотримання медичних протоколів).<sup>47</sup> Зокрема, доведено, що вплив міжособистісного насильства збільшує ризик виникнення соматичних проблем зі здоров'ям, таких як розлади харчової поведінки<sup>48</sup> та хронічного болю.<sup>49</sup> Австралійське дослідження 200 дітей шкільного віку з черепно-мозковою травмою виявило чіткий зв'язок між ПТСР і якістю життя, пов'язаною зі здоров'ям.<sup>50</sup>

### **Перебіг та прогноз ПТСР у дітей та підлітків**

У дітей дошкільного віку симптоми ПТСР мають тенденцію залишатися стійкими з часом.<sup>24,51</sup> Scheeringa та ін.<sup>52</sup> повідомили, що середній рівень тяжкості ПТСР у дітей дошкільного віку не зменшився протягом двох років.

Хіллер та ін. (2016) провели мета-аналіз 27 лонгітюдних досліджень, в якому вони оцінили рівень ПТСР на рівні 21% у гострій фазі (один місяць) після травми, який спонтанно знижується до 15% через три місяці, до 12% через шість місяців і до 11% через один рік після травми. Це свідчить про те, що ПТСР розвивається у меншості молодих людей, які зазнали травми, і що багато з них спонтанно одужують протягом перших шести місяців після травми. Однак існує мало доказів того, що природне відновлення відбувається після шести місяців.<sup>53</sup>

Повідомляється про два дуже тривалі спостереження за дітьми, які пережили зсув і пожежу в лісі. McFarlane і Van Hooff<sup>54</sup> повідомили про частоту ПТСР та інших психічних розладів у дорослих, які пережили спустошливу лісову пожежу 20 років тому. Цю групу порівнювали з відповідною контрольною групою, набраною під час оригінального дослідження. Не було виявлено жодних відмінностей у поширеності ПТСР протягом життя між групою, яка постраждала від лісової пожежі в дитинстві (середній вік на момент первинної оцінки = 8,44), і групою відповідного контролю. Фактично, єдиною різницею в показниках поширеності окремих розладів протягом життя була специфічна фобія (екологічний підтип), причому вона була більш поширеною у вибірці, що постраждала від катастрофи. Цікаво, однак, що 30% вибірки, яка постраждала від лісової пожежі назвали її найгіршим досвідом у своєму житті. На відміну від McFarlane, Morgan та ін.,<sup>55</sup> які провели 33-річне спостереження за дітьми, що пережили зсув в Аберфані (дітям було 4-11 років на момент катастрофи), і повідомили, що 29% дорослих, з якими вдалося зв'язатися, продовжували відповідати критеріям ПТСР. З вибірки постраждалих від стихійного лиха 46% відповідали критеріям ПТСР впродовж життя, порівняно з 20% у відповідній контрольній групі.

Повертаючись до довгострокового спостереження за тими, хто вижив після катастрофи на *Юнітері*,<sup>43</sup> 52% підлітків (середній вік 14,7 років на момент катастрофи; середній вік 21,3 років на момент спостереження) розвинули ПТСР, найчастіше в перші кілька тижнів після катастрофи. Повідомлялося про декілька випадків відстроченого або пізнього ПТСР. Приблизно третина молодих людей одужали спонтанно протягом року після початку захворювання, але 34% все ще відповідали критеріям ПТСР між п'ятьма і вісьмома роками після затоплення.

### **Фактори ризику**

Що стосується дітей дошкільного віку, були визначені наступні фактори ризику розвитку ПТСР у немовлят і дітей раннього віку, які зазнали травми, пов'язаної з війною: вік дитини, психопатологія матері, соціальна підтримка сім'ї та поведінка, пов'язана з прив'язаністю матері та дитини.<sup>56</sup> Існує припущення, що батьківські та сімейні фактори (наприклад, психопатологія, соціальна підтримка) можуть бути більш важливими для розвитку ПТСР у дітей молодшого віку, оскільки вони більше залежать від своїх батьків/опікунів та сімейної системи в задоволенні своїх потреб. Наприклад, два мета-аналізи підтвердили зв'язок між психічним здоров'ям батьків і ПТСР у дітей.<sup>57,58</sup> Характер травми також може впливати на ризик розвитку

ПТСР у дітей; метааналіз 2014 року, проведений Алісіч та її колегами, показав, що рівень ПТСР серед дітей і підлітків, які зазнали травми, варіюється залежно від травми і статі, причому особливому ризику піддаються діти, які зазнали міжособистісної травми, і дівчата.<sup>22</sup> Найбільший на сьогоднішній день мета-аналіз факторів ризику ПТСР у дітей та підлітків молодшого шкільного віку був проведений Трікі, Сіддевей, Мейзер-Стедман, Серпелл та Філд (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, Field).<sup>59</sup> Трікі та ін. виявили, що в 64 дослідженнях дітей і підлітків у віці 6-18 років фактори, пов'язані з суб'єктивним переживанням події та посттравматичними змінними (зокрема, низька соціальна підтримка, страх перед травмою, сприйняття загрози життю, соціальна замкнутість, психіатрична коморбідність, погане функціонування сім'ї, використання когнітивних стратегій, таких як відволікання і придушення думок, а також діагноз ПТСР на більш ранній стадії обстеження, що слідує за травматичною подією), мали середні і великі популяційні ефекти. Малі та середні розміри ефекту були виявлені для таких факторів ризику: жіноча стать, низький інтелект, низький соціально-економічний статус, життєві події до та після травми, низька самооцінка до травми, психологічні проблеми у молоді та батьків до травми, психологічні проблеми у батьків після травми, важка втрата, час, що минув з моменту травми, тяжкість травми та висвітлення події у ЗМІ. Невеликі розміри ефекту спостерігалися для молодшого віку та раси. Цікаво, що фактор ризику, який лише гіпотетично вважався важливим для розвитку дитячого ПТСР, а саме батьківські практики, не вдалося вивчити в цьому мета-аналізі через відсутність досліджень, які б вивчали цей потенційний фактор ризику.<sup>60</sup>

#### **Патерни реляційного ПТСР: Важливість батьків/опікунів**

У мета-аналізі, розглянутому вище,<sup>59</sup> погане функціонування сім'ї має середній та великий розмір популяційного ефекту, тоді як пре- та посттравматична психопатологія мають малий та середній розмір популяційного ефекту в прогнозуванні дитячого ПТСР. Ці фактори є лише кількома з багатьох змінних, включених в мета-аналіз - зрозуміло, що вони не пояснюють всі або навіть більшість дисперсії в прогнозуванні того, у яких дітей і підлітків розвивається ПТСР. Однак, вони є важливими, не в останню чергу тому, що це одні з небагатьох перелічених вище факторів, на які можна цілеспрямовано впливати. У віковому проміжку, що охоплює дитинство і підлітковий вік, батьки або опікуни та сімейна система займають унікальну позицію взаємного впливу (іншими словами, діти і підлітки впливають на поведінку своїх батьків, і навпаки). Ці системні впливи можуть мати вирішальне значення для пошуку та отримання психологічної допомоги після травматичного впливу. Діти та підлітки дуже рідко самі вирішують, що їм потрібна професійна допомога з психологічною проблемою (виняток становить шкільне консультування). Навіть якби вони це зробили, дітям і підліткам було б майже неможливо самостійно отримати доступ до такої допомоги ззовні. Зазвичай діти та підлітки потребують, щоб їхні батьки або опікуни прийняли рішення про необхідність професійної допомоги та звернулися за нею. Якщо батьки та опікуни не приймають таких рішень, діти та підлітки не отримують лікування. Серед багатьох причин, чому батьки та сімейна система є важливими в оцінці та лікуванні дітей та підлітків, лише той факт, що батьки та опікуни визначають, чи буде отримано лікування, робить їх критично важливими.

У 2001 році Шерінга та Зеана<sup>61</sup> запропонували три моделі реляційного ПТСР, щоб описати ситуацію, в якій посттравматичний стрес існує як у дорослого, що здійснює догляд, так і в маленької дитини. (Травматичний стрес може бути пов'язаний з однією і тією ж подією або з різними подіями). Патерни взаємовідносин ілюструють, як симптоматика одного з членів цієї діади (як правило, батька або опікуна) посилює симптоми іншого члена. Хоча ці моделі були запропоновані для випадків, коли особа, яка здійснює догляд, також демонструє симптоматику ПТСР, існує значний збіг між цими моделями і великою кількістю літератури, що вивчає взаємні моделі впливу між батьками та їхніми дітьми з тривожним розладом. Тому ми вважаємо, що описані нижче закономірності слід мати на увазі, працюючи з дитиною будь-якого віку з ПТСР, незалежно від того, чи має симптоми ПТСР той, хто за нею доглядає, чи ні (хоча очевидно, що вони є більш вираженими там, де той, хто за нею доглядає, також переживає посттравматичний стрес). Припускають також, що другий патерн (надмірна опіка),

ймовірно, є взаємним за своєю природою. Як добре задокументовано в літературі, присвяченій дитячим тривожним розладам, коли батьки реагують на дистрес дитини надмірною опікою, така реакція сприяє збереженню дистресу і викликає подальшу надмірну опіку. Розуміння цих взаємних зв'язків важливе для того, щоб не потрапити в пастку звинувачення того чи іншого члена діади.

Три шаблони:

1. Відстороненість/відсутність відповіді/недоступність Через власні порушення, спричинені травмою, дорослі стають менш доступними для дитини. Його здатність читати, розпізнавати та чутливо реагувати на дитину значно порушена.
2. Надмірний захист/обмеження Після травматичної події батьки та опікуни можуть ставати більш захисними і менше надавати автономії. Хоча це зрозуміла реакція, часто зумовлена страхом, що дитина може знову зазнати травми, тривала надмірна опіка може дати дитині негативні сигнали, зокрема, що "світ небезпечний" і "все ще є чого боятися".<sup>62</sup>
3. Відтворення/загроза/залякування Травмований дорослий може бути стурбований нагадуваннями про травматичну подію і намагатися неодноразово обговорювати її зі своєю дитиною. (Звичайно, не виключено, що не травмовані особи, які піклуються про свою дитину, можуть діяти за такою ж схемою - довго розмовляти з дитиною про травматичну подію і про те, як вона себе почуває). Уникаючи цієї теми зовсім теж не допоможе, важливо знайти баланс і не дозволяти цьому питанню постійно домінувати у спілкуванні з дитиною).

### Оцінка

Зауважте, що багато питань скринінгу, оцінки та діагностики, розглянутих у попередньому розділі стосовно дорослих, стосуються і дітей та підлітків. Зрозуміло, що для внесення необхідних коригувань потрібне клінічне судження. У цьому розділі висвітлено деякі специфічні питання, які слід враховувати при роботі з цією віковою групою.

#### До кого звертатися? Низький рівень згоди між батьками/опікунами та дітьми

Існує довга історія досліджень, які вказують на низький рівень згоди між батьками/опікунами та дітьми, коли йдеться про інтерналізацію симптомів.<sup>63</sup> Багато досліджень припускають, що ця закономірність справедлива і для симптомів травми та посттравматичного стресу, коли батьки та опікуни недооцінюють вплив травми на дітей та підлітків та їх симптоматику (наприклад,<sup>64,65-67</sup>) На жаль, як зазначають Стовер та ін.,<sup>67</sup> у гострий період після травматичної події особи, які надають першу допомогу, зазвичай звертаються з питаннями про самопочуття дитини та її реакцію до батьків, а не до самої дитини. Навіть коли діти беруть участь у власній оцінці, лікарі часто віддають перевагу звітам батьків або опікунів, виходячи з припущення, що батьки є більш точними репортерами.<sup>68</sup> Коли мова йде про дошкільнят, лікарі традиційно звикли покладатися виключно на звіти батьків або вихователів.

Схильність опікунів применшувати інформацію про травму, яку зазнали їхні діти, та симптоми посттравматичного стресу викликає занепокоєння з низки причин:

- Встановлено, що сімейна та соціальна підтримка є важливим захисним фактором, який впливає на те, чи перетворюється вплив ПТП на посттравматичні психічні розлади у дітей та підлітків.<sup>69,70</sup> Однак, якщо батьки або опікуни не усвідомлюють, що їхні діти зазнали впливу ПТП (або що вони зазнали дистресу від нього), вони не в змозі надати їм належну підтримку.
- Як уже зазначалося, батьки та опікуни є тими, хто контролює доступ дітей до психологічної допомоги. Якщо вони не бачать, що існує проблема, вони навряд чи звернуться за допомогою для своїх дітей.
- Аналогічно, якщо батьки або опікуни не знають про те, що їхні діти піддаються впливу ПТП, вони можуть не захистити їх належним чином (наприклад, у випадку фізичного або сексуального насильства).

Наведена вище інформація свідчить про те, що, за винятком дітей дошкільного віку (які не мають когнітивних та абстрактних здібностей для розуміння концепції поведінки, що виходить за межі норми), важливо шукати інформацію як у самої дитини, так і у її вихователя (вихователів). Shemesh et al.<sup>66</sup> зазначають, що повідомлення батьків про симптоматику травми у їхніх дітей часто містять важливу інформацію про рівень посттравматичного стресу самих батьків.

### **Коли оцінювати наявність травми та симптоми**

У своїх Практичних параметрах Американська академія дитячої та підліткової психіатрії<sup>20</sup> (AACAP) рекомендує, як мінімальний стандарт, включати питання про вплив потенційно травматичних подій під час будь-якого психіатричного обстеження дітей та підлітків. Ця рекомендація ґрунтується на високому ступені травматизації дітей та підлітків і важливості раннього виявлення симптомів. Так, у настановах зазначено, що *"навіть якщо травма не є причиною направлення до психіатра, лікарі повинні регулярно розпитувати дітей про вплив травматичних подій, які часто трапляються, ... і якщо такий вплив підтверджується, дитину слід обстежити на наявність симптомів ПТСР"* (с. 418).

У продовження цієї рекомендації важливо коротко розглянути місце скринінгу у виявленні дітей та підлітків з ризиком розвитку ПТСР. Наявність травми є обов'язковою діагностичною вимогою для ПТСР. І все ж, як ми вже обговорювали, не у всіх дітей та підлітків, які зазнали ПТП, розвивається ПТСР. Використання скринінгових інструментів для виявлення молоді з групи ризику після травматичного впливу, в принципі, видається гарною ідеєю, оскільки потенційно дозволяє раннє виявлення та лікування цієї групи. На жаль, існує дуже мало економічно ефективних і валідних скринінгових інструментів для виявлення дитячого ПТСР.<sup>71</sup> Найпоширеніші скринінгові інструменти включають Індекс реакції на посттравматичний стресовий розлад за DSM-5 Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі (UCLA PTSD-RI-5),<sup>72,73</sup> Опитувальник для скринінгу дитячої травми (CTSQ),<sup>74</sup> та субшкала ПТСР Контрольного переліку поведінки дитини (CBCL).<sup>75</sup> Скринінговий опитувальник дитячої травми (CTS) - це короткий психометричний скринінговий інструмент для виявлення травми, який знаходиться у відкритому доступі і був розроблений відповідно до критеріїв DSM-5.<sup>76,77</sup> Хоча існує відносно мало літератури, що вивчає переваги скринінгу дітей та підлітків на ПТСР, як і в літературі для дорослих, формується консенсус, що скринінг груп високого ризику, на відміну від нецільового скринінгу всього населення (наприклад, всієї молоді в громаді, що постраждала від стихійного лиха), може бути більш корисним підходом. Хоча скринінг населення в цілому, ймовірно, дозволяє виявити дітей, які інакше не були б виявлені, він пов'язаний з певними ризиками, включаючи ризик хибнопозитивних результатів, а також з наслідками для послуг/ресурсів.

### **Як оцінити вплив травми та її симптоми**

Існує низка вільно доступних структурованих інтерв'ю та опитувальників для оцінки посттравматичних симптомів і ПТСР у дітей та підлітків, деякі з них були оновлені, щоб відповідати критеріям DSM-5. Було опубліковано низку оглядів заходів з діагностики ПТСР у дітей та підлітків <sup>(наприклад, 71,78)</sup> Ці огляди надають корисну інформацію щодо оцінки ПТСР у дітей та підлітків на рівні деталізації, що виходить за рамки цієї глави. Багато з найпоширеніших інструментів оцінки відкриті для наступної критики:

- Вони є продовженням заходів, спочатку розроблених для дорослих, і часто не проходили систематичної психометричної оцінки в їхній переглянутій формі.
- Вони часто не враховують міркування розвитку, а шкали, як правило, розраховані на широкі вікові діапазони, наприклад, 8-16 років.
- Їм бракує різних версій для різних інформаторів - необхідність отримання інформації як від дитини, так і від батьків вже обговорювалася, проте багато з найпоширеніших заходів не мають паралельних версій, які б дозволили лікарям це зробити.
- Вони можуть вимагати інтенсивної підготовки для застосування і є дуже тривалими (стосується лише інтерв'ю).

Таблиця 3.1. Інструменти оцінювання для дітей та підлітків

Інструмент	Вікова категорія	Інтерв'ю / Опитувальник	Опис	Психометричні властивості
Психіатрична оцінка дошкільного віку (PAPA) <sup>79</sup>	2-5 років	Структуроване діагностичне інтерв'ю з особою, яка здійснює догляд	Дозволяє діагностувати найпоширеніші дитячі психіатричні розлади (ОЗР, САР, СДУГ, ВДР та ПТСР). Включає емпірично підтвержені модифікації розвитку критеріїв ПТСР. Забезпечує вимірювання ступеня порушення або інвалідність, спричинена симптомами.	Хороша надійність від тесту дотесту. Адекватні внутрішньо класові для категорії ПТСР. <sup>80</sup>
Діагностичне оцінювання дітей дошкільного віку (DIPA) <sup>81</sup>	9 місяців до 6 років	Структуроване діагностичне інтерв'ю з особою, яка здійснює догляд	Перше інтерв'ю, яке оцінюється у дітей віком до двох років. Дозволяє діагностувати більшість дитячих психічних розладів. Включає емпірично підтвержені модифікації критеріїв розвитку ПТСР. Забезпечує оцінку дитячого дистресу та функціональних порушень, спричинених симптоми.	Прийнятна надійність та валідність. Адекватна або відмінна надійність при повторному тестуванні надійність. <sup>81</sup>
Діагностичне оцінювання дітей дошкільного віку - версія Лайкерта (DIPA-L) <sup>82</sup>	9 місяців - 6 років	Структуроване діагностичне інтерв'ю з особою, яка здійснює догляд	Переглянутий DIPA з урахуванням оцінок Лайкерта та оновлений для DSM-5.	Доступні обмежені психометричні дані, але результати з невеликим розміром вибірки вказують на прийнятні характеристики валідного та надійного інструменту для оцінки дуже маленьких дітей. <sup>82</sup>

<p>Опитувальник симптомів травматичного впливу - переглянутий звіт для батьків (TESI-PRR)<sup>83</sup></p>	<p>0-6 років</p>	<p>Контрольний список, заповнений піклувальником</p>	<p>Контрольний перелік ПТН, на які могла наразитися дитина - наприклад, нещасні випадки, жорстоке поводження, свідчення. громадське та домашнє насильство, тероризм. Не є діагностичним. Піклувальник вказує вік дитини, коли сталася подія, і зазначає, чи відчувала дитина реакцію на кожну з подій подія.</p>	<p>Наразі психометричні дані відсутні</p>
<p>Скринінг на ПТСР у дітей раннього віку (YCPS)<sup>84</sup></p>	<p>3-6 років</p>	<p>Контрольний список, заповнений піклувальником</p>	<p>Швидкий і короткий (з шести пунктів) скринінг для виявлення клінічно значущих рівнів ПТСР у дуже маленьких дітей.</p>	<p>Наразі доступні обмежені психометричні дані.<sup>81</sup></p>
<p>Контрольний список симптомів травми для дітей раннього віку (TSCYC)<sup>85</sup></p>	<p>3-12 років</p>	<p>Анкета, заповнена піклувальником</p>	<p>Оцінює посттравматичні реакції. Створює дев'ять клінічних шкал і загальну шкалу (що забезпечує попередній діагноз ПТСР). Дає кілька шкал, призначених для перевірки достовірності звітів осіб, які здійснюють догляд за дитиною. Розроблений спеціально для травмованих дітей у цьому віковому діапазоні.</p>	<p>Встановлені норми та клінічні межі на основі стандартизованої вибірки (що містить лише невелику кількість три- та чотирирічних дітей). Прийнятна внутрішня узгодженість шкали, помірна конвергентна та дискримінантна валідність опитувальника травматичних симптомів, який заповнювали діти віком від восьми до дванадцяти років.<sup>86</sup> Відмінна паралельна валідність,</p>

				продемонстрована з іншими показниками батьківських звітів. <sup>87</sup>
Опитувальник симптомів травматичного впливу - звіт батьків (TESI-PR) <sup>88</sup>	3-18 років	Контрольний список, заповнений піклувальником	Початковий показник травматизації. Піклувальники вказують, чи пережила її дитина будь-яку з низки травматичних подій (від випадкової травми до сексуального насильства). Піклувальники вказують вік дитини для кожної події, а також реакцію дитини на неї. у відповідь на травму.	Належна надійність при повторному тестуванні
Екран дитячого травматизму <sup>76</sup>	6-18 років (версія для дітей віком до 6 років розвитку)	Звіти про дітей та опікунів	10-пунктний скринінговий показник травматичного впливу та ПТСР відповідно до DSM-5	Надійні психометричні властивості <sup>77</sup>
Шкала ПТСР для дітей та підлітків, що застосовується клініцистами (CAPS-CA) <sup>89</sup>	8-15 років	Завершено інтерв'ю з молоддю	Низхідна модифікація шкали оцінки ПТСР, що застосовується клініцистами CAPS; <sup>90</sup> Оцінює поточний та життєвий вплив травми, а також частоту та інтенсивність симптомів ПТСР у зв'язку з травматичним досвідом. на ці події.	Надійні психометричні властивості <sup>13,38</sup>

Шкала ПТСР, що застосовується клініцистами, для DSM-5 - дитяча/підліткова версія (CAPS-CA-5)	7-17 років	Завершено інтерв'ю з молоддю	Модифікована версія CAPS-5, яка включає відповідні до віку завдання та варіанти відповідей на малюнки. Оцінює 20 симптомів ПТСР за DSM-5.	Наразі психометричні дані опубліковані лише для версії DSM-IV
Опитувальник дитячого ПТСР (CPTSDI) <sup>91</sup>	6-18 років	Завершено інтерв'ю з молоддю	Оцінює наявність симптомів ПТСР у зв'язку з конкретними подіями. Дозволяє визначити діагноз DSM-IV.	
Опитувальник для виявлення тривожних розладів у дітей - версії для дітей та батьків (ADIS-IV-C/P) <sup>92</sup>	7-16 років	Інтерв'ю проводилося окремо з молодими людьми та піклувальникам и (тобто паралельні версії)	Опитування опікуна та дитини проводиться окремо. Діагнози ставляться на основі об'єднаної інформації. Дозволяє діагностувати всі тривожні, депресивні та поведінкові розлади відповідно до критеріїв DSMIV. Модулю ПТСР не вистачає специфічності щодо кластерів симптомів, частоти та тривалості симптомів. Дозволяє ідентифікувати вплив протягом життя або теперішній вплив конкретні травматичні події.	Сильні психометричні властивості для інтерв'ю в цілому. Психометричні дані за модулем ПТСР описані гірше, але наявні дані свідчать про відмінну міжрейтингову надійність і справедливу згоду між батьками та дитиною. <sup>17</sup>
Клінічний розклад афективних розладів та шизофренії для дітей шкільного віку - теперішня та життєва версія (K-SADS-PL) <sup>93</sup>	7-17 років	Інтерв'ю проводилося окремо з молодими людьми та піклувальникам и (тобто паралельні версії)	Оцінює широку психопатологію за критеріями DSM-IV. Дозволяє оцінити ПТСР протягом життя та теперішній ПТСР, вплив травми та розрізнити повний та частковий ПТСР.	Сильні психометричні властивості для загальної шкали. Однак модуль ПТСР має низьку надійність при повторному тестуванні. <sup>93</sup>



Клінічний розклад афективних розладів та шизофренії для дітей шкільного віку - теперішня та життєва версія (K-SADS-PL DSM-5)	7-17 років	Інтерв'ю проводилося окремо з молодими людьми та піклувальникам и (тобто паралельні версії)	Переглянуто для сумісності з діагнозами DSM-5	
Контрольний список симптомів травми для дітей (TSCC) <sup>94</sup>	8-16 років	Анкета, заповнена молоддю	Зазвичай використовується для оцінки симптомів ПТСР після сексуальної травми, хоча може застосовуватися і в більш широкому контексті. Створює шість клінічних шкал (депресія, гнів, тривога, посттравматичний стрес, сексуальні проблеми), і дисоціації).	Один з найбільш ретельно перевірених показників з сильними психометричними властивостями <sup>95,96</sup>
Індекс реакції на ПТСР у дітей (CPTSD-RI) <sup>97</sup> та Індекс ПТСР Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі для DSM-IV (UPID) <sup>98</sup>	6-18 років	Анкета, яку заповнює молодь. UPID має паралельні версії для дітей, підлітків та батьків.	UPID є переглянутою версією CPTSD-RI. Обидва опитувальники оцінюють частоту та тривалість посттравматичних симптомів. Перегляд необхідний, оскільки CPTSD-RI не охоплює всі симптоми ПТСР. UPID оцінює вплив 26 різних типів травм і оцінює всі розлади DSMIV діагностичні критерії.	Оригінальний CPTSD-RI має сильні психометричні властивості. UPID має схожі надійні властивості - див. Steinberg et al (2013) <sup>99</sup> та Elhai et al (2013). <sup>100</sup>
UCLA Дитячий/ підлітковий індекс реакції на ПТСР за DSM-5 (PTSD-RI-5) <sup>72</sup> оновлено Рупоос & Steinberg у 2015 році.	7-18 років	Опитувальник (напів структуроване інтерв'ю), які заповнювала молодь. Також доступна DSM-5 версія	Нова версія DSM-5 - це напів структуроване інтерв'ю, яке оцінює історію травми дитини та весь спектр діагностичних критеріїв DSM-5 для	Сильні психометричні властивості, <sup>73</sup> в тому числі в різних культурах <sup>101,101</sup>

		для батьків/опікунів.	ПТСР серед дітей та підлітків шкільного віку.	
Опитувальник скринінгу дитячої травми (CTSQ) <sup>102</sup>	7-16 років	Опитувальник, заповнений опікуном або молодю людиною	Мета - виявити дітей з ризиком розвитку симптомів ПТСР через <6 місяців після травми. Оцінює повторні переживання (п'ять пунктів) та симптоми гіперактивності (п'ять пунктів). предметів).	CTSQ продемонстрував 82% чутливість і 74% специфічність у прогнозуванні ПТСР у дітей, які отримали травми внаслідок нещасного випадку, через шість місяців спостереження.
Шкала симптомів дитячого ПТСР (CPSS) <sup>103</sup>	8-18 років	Анкета, заповнена молоддю	Модифікація шкали посттравматичної діагностики для дорослих у бік зменшення. Оцінює наявність, частоту та тяжкість симптомів ПТСР за DSM-IV за останній місяць. Дозволяє поставити діагноз. Дозволяє оцінити функціональні порушення, пов'язані з ПТСР симптоматикою.	Сильні психометричні властивості
Шкала симптомів дитячого ПТСР для DSM-5 (CPSS-5) <sup>104</sup>	8-18 років	Анкета, заповнена молоддю	DSM-5 - переглянута версія CPSS. На додаток до анкети проводиться інтерв'ю (CPSS-5-I). <sup>104</sup>	Опубліковані психометричні дані лише для версії DSM-IV. Однак CPSS-5-I (на основі DSM-5) має хороші опубліковані психометричні властивості. <sup>104</sup>

Скринінг дитячої та підліткової травми (CATS) <sup>105,106</sup>	3-17 років	Анкета заповнюється підлітком (віком 7-17 років) або опікуном (дитиною віком 3-6 років)	Вільнодоступний інструмент для скринінгу ПТІ та симптомів ПТСР у дітей та підлітків. Корисний як інструмент скринінгу та для моніторингу симптомів .	Хороші психометричні властивості <sup>105</sup>
--	------------	---	--	---

У таблиці 3.1 наведено основну інформацію про найпоширеніші та психометрично сильні інструменти оцінювання. Загалом, незважаючи на те, що багато клінічних інтерв'ю вимагають підготовки і є досить трудомісткими, структуроване інтерв'ю вважається кращим засобом оцінки для діагностичних цілей, ніж анкетування.<sup>19,20</sup> З іншого боку, опитувальники можуть бути дуже корисними для повторних оцінок при моніторингу прогресу лікування з плином часу. Шкала ПТСР для дітей та підлітків, що застосовується клініцистами (CAPS-CA)<sup>89</sup> є, мабуть, найбільш часто використовуваним діагностичним інтерв'ю, хоча вона найкраще підходить для дослідницьких умов і може бути громіздкою для використання в рутинній клінічній практиці. Опитувальник CAP-CA було оновлено з урахуванням критеріїв DSM-5 для дітей та підлітків у віці від семи років і старше (CAPS-CA-5)<sup>107</sup> і спрощено для вимірювання лише частоти симптомів (а не інтенсивності), що робить його більш зручним інструментом для лікарів-практиків. Діагностичне оцінювання дітей дошкільного віку (DIPA)<sup>81</sup> це інтерв'ю для дітей дошкільного віку, яке включає ПТСР як частину ширшої оцінки різних психіатричних діагнозів. Два опитувальники для самозвіту пропонують комплексну оцінку симптоматики ПТСР за DSM-5: Індекс реакції на ПТСР у дітей/підлітків Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі (UCLA) для DSM-5,<sup>99,100</sup> та Шкала симптомів ПТСР у дітей (CPSS-5), яка також була адаптована до версії для інтерв'ю.<sup>103,104</sup> Більш загальні показники, такі як Контрольний список поведінки дитини (CBCL),<sup>108</sup> який зазвичай заповнюється батьками або опікунами, також часто використовуються як доповнення до більш спеціалізованої оцінки симптомів травми.

Опитувальник для скринінгу дитячої травми - це інструмент, розроблений в Австралії.

#### Міркування для практиків

- Питання про вплив потенційно травматичних подій, які часто трапляються в житті, повинні бути включені як стандарт під час будь-якого психіатричного обстеження дітей та підлітків. Якщо такий вплив підтверджено, дитину слід обстежити на наявність симптомів ПТСР.
- Діти та підлітки, як правило, залежать від дорослих, які звертаються по допомогу. Це означає, що залучати та підтримувати мотивацію відповідних дорослих до звернення за допомогою так само важливо, як і залучати дитину чи підлітка.
- Оцінка дітей та підлітків повинна включати оцінку системи (як правило, сім'ї), в якій вони живуть, оскільки їхні симптоми впливатимуть на те, що відбувається в цій системі, і на них впливатиме те, що відбувається в ній.
- Рівень згоди між батьками/опікунами та дітьми щодо інтерналізації симптомів посттравматичних психічних розладів може бути дуже низьким. Фахівці не повинні покладатися виключно на повідомлення дорослих про інтерналізацію симптомів дитиною, навіть якщо дитина дошкільного віку. Якщо мова йде про дітей раннього віку (від нуля до трьох років), необхідно оцінити поведінку дитини з урахуванням стадії її розвитку та стану

прив'язаності до сім'ї. Деякі симптоми ПТСР, такі як відчуття викривленого майбутнього і нездатність згадати деякі аспекти травми, навряд чи будуть корисними для оцінки в цій віковій групі.

- У дітей спектр потенційних посттравматичних психічних ризиків включає проблеми з поведінкою та увагою (такі як ОЗР та СДУГ), а також тривожні розлади (такі як САР) та афективні розлади.
- Для дітей та підлітків структуроване клінічне інтерв'ю вважається кращим заходом оцінки, ніж анкетування для постановки діагнозу.

## Планування втручання

### Доступ до психологічної допомоги

Багато з питань, визначених у попередньому розділі, присвяченому плануванню втручання, однаковою мірою стосуються роботи з дітьми та підлітками. Однак у цьому розділі викладено деякі додаткові міркування щодо роботи з дітьми та підлітками.

Незважаючи на те, що існують ефективні методи лікування ПТСР у дітей та підлітків, лише меншість дітей з посттравматичними психічними розладами беруть участь у лікуванні. Наприклад, серед травмованих дітей і підлітків, які проживають у містах, до 90% припиняють лікування на ранніх стадіях (наприклад,<sup>109</sup>). Неодноразово зазначалося, що після події, яка охопила всю громаду, наприклад, стихійного лиха, діти та сім'ї не мають доступу до існуючих шляхів надання допомоги (наприклад, до служб охорони психічного здоров'я дітей та підлітків). Однією з найперспективніших стратегій залучення та утримання дітей, підлітків і сімей на лікуванні є надання послуг у школах.<sup>110</sup> Це питання більш детально розглядається нижче.

### Чим відрізняється робота з дітьми та підлітками?

Хоча основні принципи кожного з основних терапевтичних підходів дуже схожі в застосуванні до дітей, підлітків або дорослих, які переживають посттравматичний стрес, є кілька міркувань, які необхідно мати на увазі при роботі з дітьми та підлітками.

1. Батьки/опікуни повинні бути залучені, якщо це можливо, для кращого розуміння труднощів і переживань дитини та підтримки одужання. Зокрема:
  - a. Як уже зазначалося раніше, значущі дорослі, які оточують дітей та підлітків, виконують роль воротарів, що забезпечують доступ до терапії та продовження участі в ній. Для того, щоб діти та підлітки поверталися на сеанси терапії, батьки/опікуни повинні бути переконані в тому, що запропонована робота є корисною. Це особливо стосується травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), де один з основних елементів (розповідь і переказ нарративу про травму) часто здається контрінтуїтивно зрозумілим батькам, які, як правило, побоюються, що це лише повторно травмує їхню дитину. Час, витрачений на пояснення обґрунтування такої стратегії, а також на відповіді на будь-які запитання, які можуть виникнути у батьків, є важливим для успішного залучення сімей.
  - b. Більшість дітей та підлітків (очевидно, що це залежить від віку та темпераменту дитини) отримують користь від батьківського "коучингу" щодо використання стратегій, яких вони навчаються в терапії. Таким чином, батьки або опікуни можуть відігравати вирішальну роль у допомозі дітям і підліткам узагальнити і зберегти будь-які досягнення, яких вони досягли в терапевтичній ситуації.
  - c. Багато домашніх завдань, поставлених у терапевтичних підходах, таких як ТФ-КПТ, вимагають активної участі батьків/вихователів (наприклад, ієрархія впливу в *природних умовах*, системи заохочення та поведінкові експерименти).
  - d. Незважаючи на задокументовану тенденцію до применшення батьками інформації про травму та симптоматику у своїх дітей, вони часто можуть надати важливу інформацію, яку діти могли забути, не знати про неї або не вважати важливою. Також важливо регулярно дізнаватися думку батьків про те, як функціонує сім'я в цілому.

е. Як ми вже говорили, батьки і діти впливають один на одного. Важливо, щоб лікарі регулярно (хоча б неформально) оцінювали, як функціонують батьки. (Це особливо важливо після вплив травми, що охопила всю громаду, наприклад, стихійного лиха, але дослідження також показали, що значна частина батьків розвиває травматичну симптоматику у себе після того, як їхня дитина зазнала впливу ПТП, наприклад, автомобільної аварії, в якій вони самі не брали участі).

ф. Батьки є експертами, коли йдеться про їхніх дітей (хоча, як ми вже обговорювали раніше, ця експертиза може бути скомпрометована, якщо батьки самі відчувають труднощі). Чудовим прикладом цього є те, як батьки можуть інтерпретувати або "перекладати" мову тіла своєї дитини дошкільного віку для терапевтів.

2. Програми повинні бути адаптовані до потреб розвитку кожної конкретної дитини. Зазвичай не варто просто брати протокол лікування для дорослих і намагатися модифікувати його для дитини чи підлітка. Зараз існують добре перевірені протоколи, розроблені спеціально для дітей і підлітків різного віку, і їх слід використовувати, а не намагатися модифікувати програму для дорослих. Завжди слід пам'ятати про стадію розвитку та можливості дитини, пам'ятаючи, що хронологічний вік не обов'язково дорівнює рівню когнітивного функціонування та розвитку.

3. Діти, як правило, добре реагують на візуальні матеріали. Педагоги також рекомендують використовувати різні медіа в роботі з підлітками, які звикли щодня стикатися з різноманітними медіа.

4. У випадках, коли сімейні групи та громади зазнали травми, важливо забезпечити психологічну освіту з урахуванням потреб дітей.

### **Роль батьків/опікунів у лікуванні**

Дещо незвичним у сфері психічного здоров'я дітей та підлітків є те, що деякі види травм, які призводять до ПТСР (сексуальне та фізичне насильство над дітьми), історично пропонувалися лише батькам, без залучення дітей, а в інших випадках лікування зосереджувалося лише на дитині. В інших типах травм (наприклад, випадкові травми, стихійні лиха) лікування історично зосереджувалося на дитині. Таким чином, існують різні питання, які слід розглядати залежно від типу травми, що розглядається. У літературі, присвяченій сексуальному та фізичному насильству над дітьми, основна увага приділяється порівнянню трьох різних типів лікування (тільки для батьків, тільки для дитини та батьки + дитина). В інших роботах основна увага приділяється тому, чи залучення батьків до лікування покращує результати для дітей та підлітків. На жаль, на сьогоднішній день ця сфера недостатньо досліджена. Однак рання робота з дітьми, які зазнали сексуального насильства (наприклад,<sup>111</sup>), свідчить про те, що лікування батьків ізольовано від їхніх дітей може бути не найкращим способом допомогти дітям подолати ПТСР. У цьому дослідженні Деблінгер та ін. (Deblinger et al.,<sup>111</sup>) проводили КПТ з батьками окремо, з дітьми окремо або з батьками та дітьми разом. Потім ці три умови порівнювали зі звичайним лікуванням у громаді. Результати показали, що комбіноване лікування батьків і дітей дало кращі результати. Runyon, Deblinger і Steer<sup>112</sup> порівняли групову когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) тільки для батьків з груповим лікуванням КПТ для батьків і дітей у 60 підлітків у віці 7-13 років, які зазнали фізичного насильства. Було виявлено, що комбіноване втручання призвело до більшого покращення посттравматичних симптомів та батьківських навичок порівняно з лікуванням лише з батьками.

Дослідження також показали, що батьківський дистрес має негативний зв'язок<sup>113,114</sup> а батьківська підтримка позитивно пов'язана<sup>115</sup> з результатами лікування дітей (за симптоматикою ПТСР) після проходження КПТ із застосуванням ТФ-КПТ. У цих дослідженнях травмою були терористичний акт і сексуальне насильство.<sup>114,115</sup>

Однак дослідження 2011 року<sup>116</sup> показало, що посттравматичні симптоми у дорослих, які здійснюють догляд, не впливають на результати лікування дітей. Таким чином, за обставин, коли дорослий вихователь також має посттравматичні проблеми з психічним здоров'ям,

бажано пролікувати вихователя, перш ніж лікувати дитину, але якщо це неможливо, нові дані свідчать на користь того, щоб продовжити лікування дитини.

#### **Чи має значення, де відбувається лікування?**

Все частіше лікування дитячого ПТСР пропонується в шкільному середовищі, часто шкільними фахівцями.<sup>117</sup> У важливій роботі Жаусох та ін.<sup>118</sup> продемонстрували важливість місця надання допомоги. У цьому дослідженні діти, які не зверталися за допомогою, але переживали посттравматичний стрес через 15-24 місяці після урагану Катріна, були розподілені на два види активного лікування: ТФ-КПТ, що проводиться індивідуально в умовах клініки, або групове когнітивно-поведінкове втручання для подолання травми в школах (КПТШ). Обидва методи лікування були запропоновані безкоштовно в рамках проекту Fleur-de-lis.<sup>119</sup> Середній вік дітей становив 11,6 років. Хоча обидва методи лікування забезпечили порівнянне і значне зменшення симптомів ПТСР, вирішальна відмінність полягала в тому, наскільки ефективним було лікування в умовах КПТШ (98%) порівняно з офісним лікуванням у формі ТФ-КПТ (37%). Автори відзначили, що "КПТШ була набагато доступнішою для сімей, які, можливо, не хотіли або не могли брати участь в індивідуальному лікуванні в клініці" (с. 230). Однак одним застереженням до цього звіту є те, що розмір ефекту для ТФ-КПТ був більшим, ніж розмір ефекту для КПТШ (1,17 проти 0,72). Таким чином, може існувати певний компроміс між рівнем охоплення та ефективністю, з більшим охопленням КПТШ, але нижчою ефективністю.

Очевидно, що не завжди буде можливо або доречно пропонувати лікування в шкільному середовищі, особливо якщо в центрі уваги перебуває індивідуальна травматична подія. Однак у ситуаціях, коли постраждало багато дітей в одній школі, наприклад, під час стихійного лиха або терористичної атаки, можуть бути доречними групові втручання на базі школи. Перш ніж рекомендувати втручання на базі школи замість лікування в офісі, слід розглянути питання конфіденційності та ефективності втручань.

#### **Міркування для практиків**

- Як зазначалося у зв'язку з оцінкою, діти та підлітки, як правило, залежать від дорослих, які направляють їх на лікування та забезпечують їхню присутність на наступних зустрічах. Це означає, що залучення та підтримка мотивації відповідних дорослих до лікування є настільки ж важливим, як і мотивація дитини чи підлітка.
- Для дітей та підлітків лікування повинно бути адаптоване до потреб розвитку особистості. Слід використовувати протоколи, розроблені спеціально для дітей та підлітків, а не намагатися модифікувати протокол лікування дорослих.
- Якщо дорослий, який доглядає за дитиною з ПТСР, також має посттравматичні психічні розлади, їхні симптоми можуть загострювати симптоми один одного. З цієї причини, можливо, буде краще лікувати спочатку того, хто здійснює догляд, або паралельно з ним.
- У лікуванні дітей та підлітків батьки/опікуни повинні бути певною мірою залучені не тільки через їхню роль контролера доступу до терапії та продовження участі в ній, але й через їхню роль у сприянні узагальненню та підтримці результатів лікування, безпосередню участь у виконанні домашніх завдань (наприклад, системи заохочень), а також надання важливої інформації, яку дитина могла забути, не знати або не усвідомлювати її важливості.
- Надання послуг у школах може бути ефективною стратегією залучення та утримання дітей, підлітків та сімей у лікуванні, за умов дотримання принципів конфіденційності та ефективності втручань.
- Участь батьків/опікунів в оцінці та лікуванні бажана для дітей та підлітків з ГСР або ПТСР.
- Спеціалісти, які надають психіатричну допомогу дітям, підліткам або дорослим з ГСР та ПТСР, незалежно від їхнього професійного досвіду, повинні бути належним чином підготовлені, щоб забезпечити достатній рівень знань та компетенцій для надання

рекомендованого лікування. Це вимагає спеціальної підготовки на додаток до базової кваліфікації в галузі психічного здоров'я або консультування.

- У деяких випадках питання захисту дітей є ключовими з точки зору характеру травматичної події, а також забезпечення постійної безпеки дитини чи підлітка.

#### **Джерело та дописувачі**

Цей розділ спочатку був розроблений доцентом Ванессою Кобхем зі Школи психології Квінслендського університету. У 2020 році її оновили доктор Рос Летбрідж, клінічний спеціаліст, Фенікс Австралія, професор Бретт Макдермотт, професор Джастін Кеннарді та професор Луїза Ньюман.

**Посилання**

1. Erikson EH. *Childhood and society*. New York: Norton; 1950.
2. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):577-584.
3. Bonanno GA, Mancini AD. The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*. 2008;121(2):369-375.
4. Le Brocque RM, Hendrikz J, Kenardy JA. The course of posttraumatic stress in children: Examination of recovery trajectories following traumatic injury. *Journal of Pediatric Psychology*. 2009;35(6):637-645.
5. Yule W. Post-traumatic stress disorders in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*. 2001;13(3):194-200.
6. De Young AC, Kenardy JA, Cobham VE. Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical child and family psychology review*. 2011;14(3):231.
7. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Strain J, Horowitz M, Spiegel D. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011;28(9):737-749.
8. McKinnon A, Smith P, Bryant R, et al. An update on the clinical utility of the children's post-traumatic cognitions inventory. *J Trauma Stress*. 2016;29(3):253-258.
9. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder: A synthesis and critique. *Psychol Bull*. 2002;128(6):886-902.
10. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(3):507-512.
11. Dalgleish T, Meiser-Stedman R, Kassam-Adams N, et al. Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *Br J Psychiatry*. 2008;192(5):392-393.
12. Scheeringa M, Zeanah CH, Cohen JA. PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*. 2011;28(9):770-782.
13. Carrion VG, Weems CF, Ray R, Reiss AL. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;41(2):166-173.
14. De Young AC, Kenardy JA, Cobham VE. Diagnosis of posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2011;40(3):375-384.
15. Kassam-Adams N, Winston FK. Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43(4):403-411.
16. Meiser-Stedman R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dalgleish T. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*. 2005;162(7):1381-1383.
17. Meiser-Stedman R, Dalgleish T, Smith P, et al. Dissociative symptoms and the acute stress disorder diagnosis in children and adolescents: A replication of the Harvey and Bryant (1999) study. *J Trauma Stress*. 2007;20(3):359-364.
18. Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, Yule W, Dalgleish T. The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*. 2008;165(10):1326-1337.
19. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(10 Suppl):4S-26S.
20. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49(4):414-430.
21. World Health Organisation. *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2018.



22. Alisic E, Zalta AK, Van Wesel F, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;204(5):335-340.
23. De Young AC, Kenardy JA, Cobham VE, Kimble R. Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(1):56-63.
24. Scheeringa M, Wright MJ, Hunt JP, Zeanah CH. Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):644-651.
25. Iselin G, Le Brocq R, Kenardy J, Anderson V, McKinlay L. Which method of posttraumatic stress disorder classification best predicts psychosocial function in children with traumatic brain injury? *J Anxiety Disord*. 2010;24(7):774-779.
26. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995;34(10):1369-1380.
27. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency of posttraumatic stress disorder among adolescents: Results of the Bremen Adolescent Study. *Z Kinder Jug-Psych*. 1999;27(1):37-45.
28. Aaron J, Zaglul H, Emery RE. Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology*. 1999;24(4):335-343.
29. Berman SL, Kurtines WM, Silverman WK, Serafini LT. The impact of exposure to crime and violence on urban youth. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;66(3):329-336.
30. Ackerman PT, Newton JEO, McPherson WB, Jones JG, Dykman RA. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*. 1998;22(8):759-774.
31. Olofsson E, Bunketorp O, Andersson AL. Children and adolescents injured in traffic-associated psychological consequences: A literature review. *Acta Paediatr*. 2009;98(1):17-22.
32. Stallard P, Salter E, Velleman R. Posttraumatic stress disorder following road traffic accidents: A second prospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;13(3):172-178.
33. Zink KA, McCain GC. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents with motor vehicle-related injuries. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2003;8(3):99-106.
34. Bryant B, Mayou R, Wiggs L, Ehlers A, Stores G. Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychological Medicine*. 2004;34(2):335-346.
35. Fletcher KE. Childhood posttraumatic stress disorder. In: Mash EJ, Barkley R, eds. *Child psychopathology*. New York: Guilford Press; 1996:242-276.
36. Scheeringa M, Zeanah CH. Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2008;37(3):508-518.
37. Scheeringa M, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(5):561-570.
38. Davis L, Siegel L-J. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2000;3(3):135-154.
39. Kassam-Adams N, Bakker A, Marsac ML, Fein JA, Winston FK. Traumatic stress, depression, and recovery: Child and parent responses after emergency medical care for unintentional injury. *Pediatric emergency care*. 2015;31(11):737-742.
40. La Greca AM, Danzi BA, Chan SF. DSM-5 and ICD-11 as competing models of PTSD in preadolescent children exposed to a natural disaster: assessing validity and co-occurring symptomatology. *European journal of psychotraumatology*. 2017;8(1):1310591.
41. Reed PL, Anthony JC, Breslau N. Incidence of drug problems in young adults exposed to trauma and posttraumatic stress disorder - Do early life experiences and predispositions matter? *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(12):1435-1442.

42. Lai BS, Auslander BA, Fitzpatrick SL, Podkowirow V. Disasters and depressive symptoms in children: a review. Paper presented at: Child & youth care forum 2014.
43. Yule W, Bolton D, Udwin O, Boyle S, O'Ryan D, Nurrish J. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000;41(4):503-511.
44. Bolton D, O'Ryan D, Udwin O, Boyle S, Yule W. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: II: General psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000;41(4):513-523.
45. Mueser KT, Taub J. Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatric Services*. 2008;59(6):627-634.
46. Graham-Bermann SA, Seng J. Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *Journal of Pediatrics*. 2005;146(3):349-354.
47. Shemesh E. Non-adherence to medications following pediatric liver transplantation. *Pediatr Transplant*. 2004;8(6):600-605.
48. Trottier K, MacDonald DE. Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: state of the research and future research directions. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(8):45.
49. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013;52(8):815-830. e814.
50. Kenardy J, Le Brocque R, Hendrikz J, Iselin G, Anderson V, McKinlay L. Impact of posttraumatic stress disorder and injury severity on recovery in children with traumatic brain injury. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012;41(1):5-14.
51. Scheeringa M, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;44(9):899-906.
52. Scheeringa M, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. Heart period and availability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biological Psychiatry*. 2005;55(7):685-691.
53. Hiller RM, Meiser - Stedman R, Fearon P, et al. Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post - traumatic stress disorder in the year following trauma—a meta - analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(8):884-898.
54. McFarlane AC, Van Hooff M. Impact of childhood exposure to a natural disaster on adult mental health: 20-year longitudinal follow-up study. *Br J Psychiatry*. 2009;195(2):142-148.
55. Morgan L, Scourfield J, Williams D, Jasper A, Lewis G. The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *Br J Psychiatry*. 2003;182:532-536.
56. Feldman R, Vengrober A. Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011;50(7):645-658.
57. Lambert JE, Holzer J, Hasbun A. Association between parents' PTSD severity and children's psychological distress: A meta - analysis. *J Trauma Stress*. 2014;27(1):9-17.
58. Morris A, Gabert-Quillen C, Delahanty D. The association between parent PTSD/depression symptoms and child PTSD symptoms: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*. 2012;37(10):1076-1088.
59. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(2):122-138.
60. Williamson V, Creswell C, Fearon P, Hiller RM, Walker J, Halligan SL. The role of parenting behaviors in childhood post-traumatic stress disorder: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2017;53:1-13.
61. Scheeringa M, Zeanah CH. A relational perspective on PTSD in early childhood. *J Trauma Stress*. 2001;14(4):799-815.

62. Cobham V, McDermott B, Sanders MR. The development and evaluation of Disaster Recovery Triple P: After the disaster. Helping Families Change Conference; 2012; Glasgow.
63. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child / adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull.* 1987;101(2):213-232.
64. Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, Yule W, Dalgleish T. Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 2007;35(2):191-201.
65. Dyb G, Holen A, Braenne K, Indredavik MS, Aarseth J. Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2003;57(5):339-344.
66. Shemesh E, Newcorn JH, Rockmore L, et al. Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings. *Pediatrics.* 2005;115(5):E582-E589.
67. Stover CS, Hahn H, Im JJY, Berkowitz S. Agreement of parent and child reports of trauma exposure and symptoms in the early aftermath of a traumatic event. *Psychol Trauma-U.S.* 2010;2(3):159-168.
68. Grills AE, Ollendick TH. Multiple informant agreement and the Anxiety Disorders Interview Schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2003;42(1):30-40.
69. Bal S, de Bourdeaudhuij I, Crombez G, Van Oost P. Differences in trauma symptoms and family functioning in intra- and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of Interpersonal Violence.* 2004;19(1):108-123.
70. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, et al. Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *P Natl Acad Sci USA.* 2004;101(49):17316-17321.
71. Hawkins SS, Radcliffe J. Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology.* 2006;31(4):420-430.
72. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB, Pynoos RS. The University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index. *Curr Psychiatry Rep.* 2004;6(2):96-100.
73. Kaplow JB, Rolon-Arroyo B, Layne CM, et al. Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: A Developmentally Informed Assessment Tool for Youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2019.
74. Brewin CR, Rose S, Andrews B, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry.* 2002;181:158-162.
75. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families; 2001.
76. Lang JM, Connell CM. Development and validation of a brief trauma screening measure for children: The Child Trauma Screen. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy.* 2017;9(3):390.
77. Lang JM, Connell CM. The Child Trauma Screen: A Follow - Up Validation. *J Trauma Stress.* 2018;31(4):540-548.
78. March S, De Young AC, Murray B, Kenardy J. Assessment of posttraumatic stress in children and adolescents. In: Beck JG, Sloane D, eds. *The Oxford handbook of traumatic stress disorders.* New York: Oxford University Press; 2012:262-281.
79. Egger HL, Angold A. The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In: DelCarmen-Wiggins R, Carter A, eds. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental assessment.* New York: Oxford University Press; 2004:223-243.
80. Egger HL, Erkanli A, Keeler G, Potts E, Walter BK, Angold A. Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2006;45(5):538-549.

81. Scheeringa M, Haslett N. The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiat Hum D.* 2010;41(3):299-312.
82. Scheeringa MS. The Diagnostic Infant Preschool Assessment-Likert Version: Preparation, Concurrent Construct Validation, and Test–Retest Reliability. *J Child Adol Psychop.* 2020.
83. Ghosh-Ippen C, Ford J, Racusin R, et al. *Trauma Events Screening Inventory - Parent Report Revised.* San Francisco: The Child Trauma Research Project of the Early Trauma Network and The National Centre for PTSD Dartmouth Child Trauma Research Group; 2002.
84. Scheeringa MS. Development of a brief screen for symptoms of posttraumatic stress disorder in young children: the Young Child PTSD Screen. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics.* 2019;40(2):105-111.
85. Briere J. *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC).* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 2005.
86. Briere J, Johnson K, Bissada A, et al. The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect.* 2001;25(8):1001-1014.
87. Gilbert AM. Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering.* 2004;65(1-B):478.
88. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, et al. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment.* 2000;5(3):205-217.
89. Newman E, Weathers FW, Nader K, et al. *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA).* Los Angeles: Western Psychological Services; 2004.
90. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist.* 1990:187-188.
91. Saigh PA, Yasik AE, Oberfield RA, et al. The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *J Trauma Stress.* 2000;13(3):369-380.
92. Silverman WK, Albano AM. *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: Child and Parent Versions.* San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
93. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1997;36(7):980-988.
94. Briere J. *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC).* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1996.
95. Lanktree CB, Gilbert AM, Briere J, et al. Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect.* 2008;32(6):621-625.
96. Sadowski CM, Friedrich WN. Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) with psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Maltreatment.* 2000;5(4):364.
97. Frederick CJ, Pynoos R, Nader K. *Childhood Post-Traumatic Stress Reaction Index.* Available from UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioural Sciences, 760 Westwood Plaza, Los Angeles, CA 900241992.
98. Pynoos RS, Rodriguez N, Steinberg A, Stuber ML, Frederick C. *UCLA PTSD Index for DSM-IV.* Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program; 1998.
99. Steinberg AM, Brymer MJ, Kim S, et al. Psychometric properties of the UCLA PTSD reaction index: part I. *J Trauma Stress.* 2013;26(1):1-9.
100. Elhai JD, Layne CM, Steinberg AM, et al. Psychometric properties of the UCLA PTSD reaction index. Part II: investigating factor structure findings in a national clinic - referred youth sample. *J Trauma Stress.* 2013;26(1):10-18.

101. Doric A, Stevanovic D, Stupar D, et al. UCLA PTSD reaction index for DSM-5 (PTSD-RI-5): a psychometric study of adolescents sampled from communities in eleven countries. *European journal of psychotraumatology*. 2019;10(1):1605282.
102. Kenardy JA, Spence SH, Macleod AC. Screening for posttraumatic stress disorder in children after accidental injury. *Pediatrics*. 2006;118(3):1002-1009.
103. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC, Treadwell KR. The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*. 2001;30(3):376-384.
104. Foa EB, Asnaani A, Zang Y, Capaldi S, Yeh R. Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for trauma-exposed children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018;47(1):38-46.
105. Sachser C, Berliner L, Holt T, et al. International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of affective disorders*. 2017;210:189-195.
106. Sachser C, Berliner L, Holt T, et al. Comparing the dimensional structure and diagnostic algorithms between DSM-5 and ICD-11 PTSD in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*. 2018;27(2):181-190.
107. Pynoos RS, Weathers FW, Steinberg AM, et al. Clinician-administered PTSD scale for DSM-5—child/adolescent version. Scale available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov). 2015.
108. Achenbach TM, Edelbrock CS. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. University Associates in Psychiatry; 1983.
109. McKay MM, Lynn CJ, Bannon WM. Understanding inner city child mental health need and trauma exposure: Implications for preparing urban service providers. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(2):201-210.
110. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH, et al. A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;290(5):603-611.
111. Deblinger E, Lippman J, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*. 1996;1(4):310-321.
112. Runyon MK, Deblinger E, Steer RA. Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child & Family Behavior Therapy*. 2010;32(3):196-218.
113. Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tucker PM, et al. Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38:1372-1379.
114. Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: Six- and 12-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(1):44-51.
115. Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(7):983-994.
116. Scheeringa M, Weems CF, Cohen JA, Amaya-Jackson L, Guthrie D. Trauma-focused cognitivebehavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011;52(8):853-560.
117. Rolfsnes ES, Idsoe T. School-based intervention programs for PTSD symptoms: A review and meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2011.
118. Jaycox LH, Cohen JA, Mannarino AP, et al. Children's mental health care following Hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *J Trauma Stress*. 2010;23(2):223-231.
119. Cohen JA, Jaycox LH, Walker DW, Mannarino AP, Langley AK, DuClos JL. Treating traumatized children after Hurricane Katrina: Project Fleur-de Lis (TM). *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2009;12(1):55-64.

## РОЗДІЛ 4. ВТРУЧАННЯ

### Короткий виклад втручань

#### Категоризація лікування та дослідницьких втручань

Мета цього розділу - надати короткий огляд втручань, для яких, на основі наявних доказів, були надані рекомендації за або проти використання в клінічній практиці або дослідженнях. Як зазначалося раніше, Настанова не замінює знань і навичок компетентних лікарів і призначена для того, щоб спрямовувати відповідні втручання в контексті унікальних обставин кожної людини та її загальних потреб у сфері охорони психічного здоров'я. Практикуючі лікарі повинні мати можливість інтерпретувати та впроваджувати рекомендації з лікування в контексті належного клінічного судження.

У систематичному огляді доказів, на основі якого було розроблено цю Настанову, досліджено весь спектр сучасних методів лікування людей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та гострою реакцією на стрес (ГРС). У систематичному огляді доказів були розглянуті психосоціальні, фармакологічні та непсихосоціальні і нефармакологічні втручання. Дослідження були згруповані в широкі категорії (наприклад, травмофокусована КПТ, десенсибілізація та переробка рухами очей [EMDR], психодинамічна терапія), а у випадках, коли існувала достатня доказова база, ці широкі групи були розділені на більш конкретні підгрупи (наприклад, для дорослих з ПТСР травмофокусована КПТ була розділена на типи травмофокусованої КПТ). У цих випадках опис втручань, що використовувалися у відповідних дослідженнях, надається як для широкої, так і для більш специфічних підгруп втручань.

Втручання представлені в наступній послідовності, виходячи з рекомендованих термінів надання відповідної допомоги.

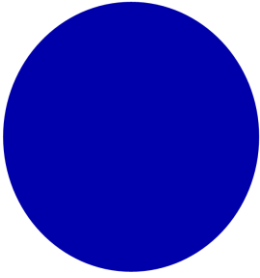
- Готовність до інциденту (універсальні втручання для тих, хто може зазнати травми);
- Втручання протягом перших трьох місяців після травми (універсальні та показані втручання);
- Втручання для осіб з клінічно значущими симптомами ПТСР;

Крім того, в оновленій версії «**Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder**» від грудня 2021 року було додано дві нові категорії втручань: "Втручання для дорослих з коморбідним ПТСР" та "Альтернативні способи надання медичної допомоги замість очних втручань" (для дорослих, а також для дітей та підлітків).

Окремо представлені інтервенції для дітей та підлітків і для дорослих. Інтервенції, рекомендовані для подальших досліджень, представлені після лікувальних інтервенцій у кожній категорії.

Методологія GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) була використана для оцінки достовірності доказів, інтерпретації та узагальнення результатів, а також визначення сили та спрямованості рекомендацій щодо лікування. Лікувальні втручання перераховані відповідно до сили рекомендацій. Рекомендації надаються за або проти варіанту лікування, при цьому сила рекомендацій позначається як сильна (існує помірна або сильна достовірність доказів, і лікарі повинні надавати втручання всім або майже всім людям у всіх або майже всіх обставинах) або умовна (існує менша достовірність доказів, і лікарі повинні надавати втручання більшості людей, але не всім). Наукові рекомендації надаються для втручань, які вважаються перспективними на основі попередніх доказів і потребують подальших досліджень. Втручання позначені кольором, як показано в таблиці нижче.

Нижче наведено кольорове кодування, яке використовується в цих Настановах для позначення типу, сили та напряму рекомендацій.

НА КОРИСТЬ	ПРОТИ	Дослідження
Сильна достовірність	Сильна достовірність	
Умовна достовірність	Умовна достовірність	

**Таблиця 1.** Кольорове кодування, що використовується для позначення сили, типу та напрямку рекомендацій

Важливо зазначити, що втручання, які були рекомендовані для подальших досліджень, наразі НЕ рекомендуються для лікування ПТСР. Це також не означає, що оцінка цих втручань повинна мати пріоритет над посиленням доказової бази для деяких більш рутинних втручань або серед важливих груп населення, які недостатньо представлені в поточних дослідженнях.

#### Діти та підлітки

**Діти та підлітки у перші три місяці з моменту отримання травматичного досвіду**

#### Ранні психосоціальні превентивні втручання (універсальні)

##### **Умовна рекомендація ПРОТИ використання**

##### ***Індивідуальний психологічний дебрифінг***

Психологічний дебрифінг має на меті нормалізувати реакції та сприяти емоційній обробці травматичної події за допомогою структурованого процесу. Дебрифінг - це односесійне втручання, засноване на дебрифінгу стресу після критичних інцидентів (CISD); людей просять надати детальні факти про їхній травматичний досвід, їхні думки, реакції та симптоми, перш ніж вони отримають психоедукацію щодо симптомів і того, як з ними справлятися.

Терміни "психологічний дебрифінг" і "дебрифінг стресу після критичного інциденту" часто використовують як взаємозамінні. Перший описує клас втручань, що проводяться незабаром після травми (зазвичай між 24 і 72 годинами), які мають на меті полегшити дистрес і сприяти швидкому поверненню до нормального функціонування, таким чином опосередковуючи або уникаючи довготривалої психопатології. Психологічний дебрифінг працює на принципах вентиляції (можливість поговорити про пережите), нормалізації дистресу та психоосвіти щодо потенційних симптомів. CISD, з іншого боку, є специфічною формою дебрифінгу, розробленою у 1980-х роках.<sup>1</sup> Він зосереджується переважно на групових втручаннях для вторинних жертв, таких як персонал екстрених служб, а не для первинних жертв. Хоча, як правило, це групові заходи, вони також пропагують індивідуальні (або індивідуальні) втручання як прийнятний і очікуваний варіант. Вона значною мірою спирається на процеси реконструкції травматичної події, вентиляції та нормалізації, а також включає структурований освітній компонент. З часом CISD була об'єднана в рамках заходів самопомогі та структурованих організаційних процесів, які отримали назву "Управління стресом у критичних інцидентах" (CISM).

Слід зазначити, що CISD і психологічний дебрифінг відрізняються від оперативного дебрифінгу - групового процесу, що проводиться в галузях з високим рівнем ризику для аналізу конкретної операції або діяльності. Метою оперативного дебрифінгу є аналіз подій і процесів операції та застосування отриманих уроків до майбутніх подій. Оперативний дебрифінг вважається належною практикою в галузях з високим ступенем ризику як метод підвищення якості послуг і не є предметом розгляду в цих Настановах.

## **Рекомендація для подальших досліджень**

### ***Самокерована онлайн психоедукація***

Психоосвіта надає людям (в даному контексті - опікунам та їхнім дітям або тільки дітям) інформацію про реакції, які зазвичай слідують за травмою, про реакції, які узгоджуються з діагнозом ПТСР, а також інформацію про те, що підтримує ПТСР. Інформація спрямована на нормалізацію та полегшення реакцій на травму шляхом надання базових стратегій подолання та життєстійкості. Одне дослідження включало психоосвіту в більш широкому сенсі з такими стратегіями, як

- сприяння адаптивній когнітивній оцінці
- зменшення надмірного раннього копінгу уникнення
- сприяння використанню соціальної підтримки.

Психоедукація для опікунів може включати інформацію про типові реакції дітей на травму, їхній ймовірний перебіг у часі, а також про те, як найкраще вони можуть сприяти емоційному відновленню дитини (наприклад, пропонувати дитині можливість поговорити, не уникати розмов про нещасний випадок і заохочувати до звичного способу життя).

## **Раннє психосоціальне втручання (за показаннями)**

### **Умовна рекомендація ЗА застосування**

#### ***Втручання з подолання травматичного стресу у дітей та сім'ї (CFTSI)***

Інтервенція з подолання травматичного стресу у дітей та сім'ї (CFTSI) - це чотирирісна модель "опікун плюс дитина", розроблена для раннього втручання та профілактики для дітей віком від 7 до 17 років.<sup>2</sup> CFTSI зосереджується на двох факторах ризику ПТСР: погана соціальна або сімейна підтримка та погані навички подолання стресу. Вона спрямована на зменшення цих ризиків шляхом (1) покращення комунікації між постраждалою дитиною та її опікунами щодо почуттів, симптомів та поведінки з метою посилення підтримки дитини з боку опікунів та (2) навчання опікунів та дитини специфічним поведінковим навичкам, які допоможуть впоратися з симптомами ПТСР.

### **Втручання для дітей та підлітків з симптомами ПТСР**

#### **Психологічні втручання**

### **Сильна рекомендація ЗА використання**

#### ***Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для дітей***

Травмофокусована КПТ має на меті допомогти людині примиритися з травмою шляхом виявлення та емоційного опрацювання спогадів про подію. Травмофокусована КПТ для дітей, як правило, проводиться підготовленим фахівцем для дітей або підлітків протягом 6-12 сесій або більше, якщо є клінічні показання. Втручання має бути адаптоване до віку та розвитку дитини чи підлітка. Травмофокусована КПТ зазвичай включає психоосвіту щодо реакцій на травму, навичок регулювання афектів, опрацювання спогадів про травму, опрацювання емоцій, пов'язаних з травмою (таких як сором, провина та гнів), реструктуризацію значень, пов'язаних з травмою для особистості, а також стратегії подолання уникнення травми.

#### ***Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для осіб, які здійснюють догляд за дитиною, та дитини***

Це травмофокусована КПТ, яка надається дитині/підлітку та особам, які здійснюють догляд за нею. За можливості, батьки або особи, які здійснюють догляд за дитиною, залучаються до лікування впродовж усього процесу, щоб підтримати дитину чи підлітка в практиці та оволодінні навичками, а також посилити позитивне батьківство та батьківську підтримку.

### **Умовна рекомендація НА КОРИСТЬ використання**



### ***Десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR)***

Десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR) була розроблена Франсін Шاپіро для лікування травматичних спогадів у дорослих з ПТСР. Для використання з дітьми протокол EMDR модифікується відповідно до віку та рівня розвитку дитини. Наприклад, за необхідності, рухи очей можна замінити постукуванням, а для оцінки емоційного стану дитини можна використовувати фігурки обличчя.

EMDR - це стандартизована восьмифазна травмофокусована терапія, що включає використання двосторонньої фізичної стимуляції (рухи очей, постукування або тони). EMDR базується на припущенні, що під час травматичної події переповнюючі емоції або дисоціативні процеси можуть заважати обробці інформації. Це призводить до того, що досвід зберігається в "необробленому" вигляді, відключений від існуючих мереж пам'яті.

Під час EMDR людину просять зосередитися на пов'язаних з травмою образах і пов'язаних з ними думках, емоціях і відчуттях тіла під час двосторонньої фізичної стимуляції, наприклад, рухаючи очима вперед-назад. Оброблювані об'єкти можуть включати минулі події, теперішні тригери та адаптивне функціонування в майбутньому. Припускають, що така подвійна увага полегшує переробку травматичної пам'яті в існуючій мережі знань, хоча точний механізм цього процесу невідомий.

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Групова травмофокусована КПТ (для дітей)***

Це травмофокусоване КПТ втручання, що проводиться в групі. Конкретні втручання, включені в дослідження систематичного огляду, включають шість-вісім модулів, які проводяться фасилітаторами, і включають психоосвіту щодо травми, завдання з подвійною увагою (наприклад, постукування по колінах під час роздумів про травматичні події), контрольоване дихання, прогресивну м'язову релаксацію, ідентифікацію думок і почуттів, рефреймінг некорисних думок, техніку поступового впливу, опрацювання травми за допомогою творів мистецтва або обміну письмовими розповідями про травму з групою.

#### ***Індивідуальна та групова травмофокусована КПТ (для опікуна та дитини)***

Це травмофокусоване КПТ втручання, що поєднує групові заняття, навчання батьків та індивідуальні сесії. Інтервенції включають психоосвіту, тренінги з релаксації, когнітивну реструктуризацію, вирішення соціальних проблем та травмофокусовані стратегії втручання, включаючи поетапну експозицію та опрацювання травми з використанням нарративних технік.

#### ***Наративна експозиційна терапія для дітей (KidNET)***

KidNET - це модифікована версія наративної експозиційної терапії (NET), розроблена для використання з дітьми. NET - це стандартизоване короткострокове втручання, адаптоване з терапії свідчень (традиційно використовується з жертвами катувань і цивільними жертвами війни), а також зі стандартних підходів до впливу. Спочатку вона була розроблена як для лікування жертв, так і для документування порушень прав людини. У NET людину просять розробити та описати наратив свого життя від раннього дитинства до сьогодення, детально зосередившись на травматичних подіях і детально описавши пов'язані з ними думки та емоції. Пропонується, щоб NET працював у двох напрямках: сприяння звикання до травматичних спогадів через вплив на них та реконструюючи автобіографічну пам'ять людини.

#### ***Покращення стосунків між батьками та дітьми (ігротерапія)***

Ігрові втручання спрямовуються на розгортання дитячо-батьківської взаємодії (якщо батьки присутні на сесії) та на гру дитини з іграшками, що відповідають її розвитку та культурі, підібраними таким чином, щоб викликати травматичну гру або дати можливість дитині висловити свої думки та почуття. Регулярні ігрові сесії з дітьми чергуються з індивідуальними сесіями з батьками.

## **Фармакологічні втручання**

Недостатньо доказів для надання рекомендацій. Якщо показано медикаментозне лікування, лікарям рекомендується дотримуватися рекомендацій щодо лікування депресії.

## **Непсихологічні та нефармакологічні втручання**

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Група з розвитку навичок "розум-тіло"***

Техніки "розум-тіло", що використовувалися в дослідженнях систематичного огляду, включають керовані образи, техніки релаксації, медитацію, аутогенне тренування та біологічний зворотний зв'язок. На додаток до цих методів можуть бути запропоновані різноманітні форми самовираження, такі як арт-терапія та письмові вправи. У групах біженців, які зазнали травматичних подій, пов'язаних з війною, з'являється все більше доказів того, що ці психотерапевтичні методи можна застосовувати в малих групах.

### **Альтернативні методи лікування дітей та підлітків**

## **Ранні психосоціальні втручання (універсальні)**

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Самокерована онлайн психоосвіта для осіб, які здійснюють догляд, та дітей***

Психоосвіта надає людям (у цьому контексті - особам, які здійснюють догляд, та/або їхнім дітям) інформацію про реакції, які зазвичай слідує за травмою, коли ці реакції узгоджуються з діагнозом ПТСР, а також інформацію про те, що підтримує ПТСР. Інформація спрямована на нормалізацію та полегшення реакцій на травму шляхом надання базових стратегій подолання та життєстійкості. Одне з досліджень включало психоосвіту в більш широкому сенсі з такими стратегіями, як (1) сприяння адаптивній когнітивній оцінці, (2) зменшення надмірного раннього копіювання уникнення і (3) сприяння використанню соціальної підтримки. Психологічна освіта для осіб, які здійснюють догляд за дитиною, може включати інформацію про типові реакції дитини на травму, їхній ймовірний перебіг у часі та про те, як найкраще вони можуть допомогти дитині в її емоційному відновленні (наприклад, запропонувати дитині можливість поговорити, не уникати розмов про нещасний випадок і заохочувати її до звичного способу життя).

#### ***Самокерована онлайн психоосвіта для дітей***

Психоосвіта надає людям (у цьому контексті - дітям) інформацію про реакції, які зазвичай слідує за травмою, коли ці реакції узгоджуються з діагнозом ПТСР, а також інформацію про те, що підтримує ПТСР. Інформація спрямована на нормалізацію та полегшення реакцій на травму шляхом надання базових стратегій подолання та життєстійкості.

## **ДОРΟΣЛІ**

### **ДОРΟΣЛІ, ЯКІ ЙМОВІРНО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНУ ПОДІЮ**

## **ГОТОВНІСТЬ ДО ІНЦИДЕНТУ (УНІВЕРСАЛЬНА)**

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Тренінг модифікації переключення уваги (Attention bias modification training, ABMT)***

Тренінг модифікації переключення уваги (ABMT) передбачає виконання коротких (приблизно 20-хвилинних) комп'ютеризованих завдань. Уважне уникнення негативної інформації

заохочується за допомогою використання модифікованого завдання з точковим зондуванням, де зонди завжди з'являються в місці, протилежному негативним стимулам. Ця процедура призначена для того, щоб "тренувати" увагу людини уникати негативної або загрозової інформації або спрямовувати її на неї. Безпосередні ефекти КПТ найбільш помітні, коли вона застосовується перед потенційно травматичною подією. АВМТ надається солдатам безпосередньо перед розгортанням бойових дій, щоб послабити зв'язок між бойовими діями і симптомами ПТСР.

### ***Тренування контролю уваги***

Тренінг контролю уваги використовує той самий формат, що й АВМТ, але містить однакову кількість мішеней у місцях, де є загроза та нейтральні стимули уваги (наприклад, слова). Він не призначений для зміни патернів уваги, а скоріше для збалансування уваги між нейтральними та загрозовими стимулами.

### ***Біологічний зворотний зв'язок варіабельності серцевого ритму (Heart rate variability biofeedback, HRVB)***

Біологічний зворотний зв'язок варіабельності серцевого ритму (HRVB) - це форма кардіореспіраторного втручання, яка полягає в тому, що дані про частоту серцевих скорочень передаються учаснику, який намагається максимізувати дихальну синусову аритмію (RSA). RSA - це серцевий патерн, який виникає, коли частота серцевих скорочень збільшується під час вдиху і зменшується під час видиху. Це втручання також було випробувано в контексті передбойової підготовки з метою запобігання подальшого посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

## **ДОРΟΣЛІ ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ ТРЬОХ МІСЯЦІВ З МОМЕНТУ ОТРИМАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ**

### **РАННІ ОДНОСЕСІЙНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ (УНІВЕРСАЛЬНІ)**

#### **Умовна рекомендація ПРОТИ використання**

#### ***Груповий психологічний дебрифінг***

Груповий психологічний дебрифінг - це односесійне напівструктуроване втручання, що застосовується незабаром після впливу потенційно травматичної події (ПТП), під час якого групи проводять семиетапну дискусію незабаром після впливу сильного стресора. Досліджуються факти, думки та враження, а також надається інформація про те, як впоратися з можливими стресовими реакціями. Було запропоновано кілька методів групового дебрифінгу, найвідоміший з яких - дебрифінг стресу після критичних інцидентів (critical incident stress debriefing - CISD) Мітчелла (Mitchell, 1983). Цілями CISD після впливу ПТЕ, пов'язаного з роботою, є (1) запобігання та пом'якшення симптомів травматичного стресу і (2) сприяння відновленню та прискоренню повернення до нормального функціонування.

Див. опис індивідуального психологічного дебрифінгу (діти та підлітки) для отримання інформації про різницю між психологічним дебрифінгом, CISD та оперативним дебрифінгом.

#### ***Індивідуальний психологічний дебрифінг***

Індивідуальний психологічний дебрифінг - це застосування дебрифінгу стресу після критичних інцидентів (CISD) в індивідуальних умовах. Втручання зазвичай складається з годинного дебрифінгу, що поєднує в собі огляд травматичного досвіду, заохочення до емоційного вираження та сприяння когнітивному опрацюванню досвіду.

Див. опис індивідуального психологічного дебрифінгу (діти та підлітки) для отримання інформації про різницю між психологічним дебрифінгом, CISD та оперативним дебрифінгом.

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Модель психологічного втручання групи 512 (Group 512 Psychological Intervention Model - PIM)***

Group 512 PIM - це інтервенція, протестована на китайських військових рятувальниках і заснована на стандартних принципах дебрифінгу стресу після критичних інцидентів (CISD), розроблених Мітчеллом.<sup>1</sup> Group 512 PIM включає чотири етапи: вступ, обговорення фактів, думок, реакцій і симптомів, пов'язаних з травмою, після чого надаються поради щодо управління стресом. Група 512 PIM відрізняється від стандартного CISD тим, що включає заключний етап тренінгу на згуртованість, під час якого учасники грають в ігри, що вимагають командної співпраці для зміцнення згуртованості військового підрозділу. Це важлива частина "Групи 512 PIM", оскільки вважається, що згуртованість має захисний ефект від стресу.<sup>3</sup>

### **РАННІ БАГАТОСЕСІЙНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ (УНІВЕРСАЛЬНІ)**

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Короткострокова терапія у парі (Brief dyadic therapie)***

Це короткі (зазвичай дві-три сесії) терапії на основі КПТ, що проводяться в діаді (наприклад, з людиною та її партнером) з метою покращення комунікації та формування спільного підходу до подолання психологічних і практичних труднощів. Наприклад, коротка діадична терапія, описана Бруне та його колегами<sup>4</sup>, спрямована на надання соціальної підтримки після травми і включає елементи психоосвіти та мотиваційного інтерв'ювання для покращення комунікації між пацієнтом та його близькою людиною. Вона складається з двох сесій, метою яких є сприяння розкриттю думок та емоцій, пов'язаних з травмою, а також спроба зменшити соціальні обмеження на розкриття інформації та негативну взаємодію між діадою.<sup>4</sup>

#### ***Короткі індивідуальні терапії з опрацювання травми***

До цієї групи належать: реструктуризація пам'яті<sup>5</sup>, адаптований дебрифінг стресу після критичного інциденту (CISD)<sup>6</sup>, консультування<sup>7</sup>, коротка фізична реабілітація<sup>8,9</sup> та консультування під керівництвом акушерки<sup>10</sup>.

#### ***КПТ в Інтернеті***

"Траума TIPS" - це інтернет-інтерактивне втручання, яке базується на принципах КПТ, що включають психоосвіту, техніки зняття стресу/релаксації та вплив *in vivo*. Trauma TIPS має на меті знизити рівень дистресу та тривоги, надаючи інформацію про успішне подолання, інструкції та вказівки щодо впливу *in vivo*, а також техніки управління стресом.<sup>11</sup>

### **РАННІ ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ (ЗА ПОКАЗАННЯМИ)**

### **Наполеглива рекомендація ЗА використання**

#### ***Поетапна/спільна допомога***

Модель поетапної допомоги визнає, що не у всіх людей, які зазнали впливу потенційно травматичних подій, розвинеться розлад, який можна діагностувати; у багатьох з них спостерігатимуться лише підпорогові симптоми, а інші взагалі не матимуть значної симптоматики. Поетапна допомога спрямована на те, щоб люди отримували допомогу, яка відповідає тяжкості та складності їхніх потреб. Підхід передбачає постійний моніторинг людей, які перебувають у більш дистресовому стані та/або мають підвищений ризик поганої психологічної адаптації, з проведенням все більш інтенсивних втручань, які надаються за показаннями. Втручання, як правило, базуються на КПТ, але іноді базуються на інших психологічних підходах (наприклад, мотиваційному інтерв'ю) і можуть включати компоненти кейс-менеджменту та призначення фармакологічного втручання.

Модель спільної допомоги, запропонована Zatzick та колегами<sup>12-14</sup>, - це модель поетапної допомоги, в якій пацієнти з травмами проходять скринінг на наявність високого рівня симптомів ПТСР. Пацієнтам з факторами ризику пропонується комплексна допомога, що включає фармакотерапію, мотиваційні інтерв'ю, спрямовані на проблемне вживання алкоголю, та КПТ, спрямовану на симптоми депресії та ПТСР. Елементи лікування надаються поетапно, причому спочатку надаються простіші елементи, такі як психоосвіта та вирішення проблем, а пізніше - більш складні, такі як планування активності. Симптоми пацієнта неодноразово вимірюються, і, якщо людина цього потребує, розпочинається більш інтенсивний догляд. Модель поетапної допомоги, запропонована О'Доннеллом та його колегами<sup>15</sup>, спрямована на вирішення широкого спектру посттравматичної психопатології, окрім ПТСР. У процесі двоетапного скринінгу пацієнтів перевіряли на наявність симптомів ПТСР, депресії та тривоги з високим ступенем ризику, а також лікували за допомогою доказового модульного посібника з КПТ, який дозволяв адаптувати лікування до індивідуальних профілів кластерів симптомів пацієнта.

### **Умовна рекомендація НА КОРИСТЬ застосування**

#### ***Травмафокусована КПТ***

Травмафокусована КПТ має на меті допомогти людині примиритися з травмою через вплив та емоційне опрацювання спогадів про подію. Це включає тривалу експозицію, когнітивну реструктуризацію, терапію когнітивної обробки та когнітивну терапію. Як правило, КПТ, орієнтована на травму, передбачає виконання домашніх завдань і включає психоосвіту, роботу з експозицією, когнітивну роботу і більш загальну релаксацію / управління стресом; відносний внесок цих елементів варіюється між різними формами КПТ, орієнтованою на травму.

#### ***Коротка десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR)***

Коротка EMDR може тривати від одного до трьох сеансів і передбачає, що клієнти зосереджуються на фрагментах пам'яті про травму, одночасно беручи участь у подвійній стимуляції уваги за допомогою рухів очей.

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Допомога в подоланні ПТСР через розширення можливостей (Helping to overcome PTSD through empowerment - HOPE)***

Допомога в подоланні ПТСР через розширення можливостей (HOPE<sup>16</sup>) - це когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на сьогодення, та індивідуальне лікування, засноване на розширенні можливостей, створене для подолання ПТСР у контексті насильства з боку інтимного партнера (НІП) та клінічних проблем мешканок жіночих притулків, які мають постійні проблеми з безпекою. В основу програми "Надія" покладено багатоступеневу модель відновлення Германа (1992)<sup>17</sup>, згідно з якою відновлення після хронічної травми, в тому числі від НІП, відбувається у три етапи:

1. встановлення безпеки
2. пам'ять і оплакування
3. відновлення зв'язків.

HOPE включає багато традиційних компонентів КПТ при ПТСР (наприклад, когнітивну реструктуризацію, розвиток навичок) з акцентом на допомогу жінкам реалістично оцінити ступінь загрози, якій вони піддаються, і навчитися керувати симптомами ПТСР, не посилюючи їх і не ризикуючи своєю безпекою. HOPE також включає стратегії розширення прав і можливостей, допомагаючи жінкам визначити аспекти їхньої ситуації, які вони можуть контролювати, і надаючи їм навички (наприклад, впевненість у плануванні безпеки), які мають на меті розширити їхні права і можливості.<sup>18</sup>

#### ***Керована самодопомога через Інтернет***

Інтернет-керована самодопомога використовує інтернет-програми для лікування осіб з ПТСР з використанням підходів КПТ. Використання втручання відбувається під керівництвом терапевта. Пацієнти отримують від терапевта настанови та зворотній зв'язок щодо виконання домашніх завдань.

### ***Структурована письмова терапія***

Структуроване письмо - це широкий термін, який охоплює втручання, що покладаються виключно на письмові завдання. З двох досліджень, в яких застосовувалися інтервенції структурованого письма, одне дослідження<sup>19</sup> адаптувало програму терапії структурованого письма з програми Interapy, яка являє собою 10-сесійну інтернет-терапію структурованого письма.<sup>20</sup> Інше дослідження<sup>21</sup>, проведене Баггом та його колегами, адаптувало парадигму письма Пеннебейкера, яка вимагає від учасників писати про почуття та емоції, пов'язані з їхнім травматичним досвідом, один раз на день протягом трьох днів поспіль.<sup>22</sup> В обох дослідженнях учасниками були люди з РСА або ПТСР, які зазнали психотравми, наприклад, внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, сексуального або несексуального насильства.

## РАННІ ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ (ЗА ПОКАЗАННЯМИ)

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Гідрокортизон***

Гідрокортизон - це синтетична форма гормону кортизолу, що виробляється наднирковими залозами. Його використовують для досягнення гомеостазу (стабільності) гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі шляхом пригнічення подальшого вивільнення адреналіну та норадреналіну.

## **ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ З ПТСР**

### ПСИХОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ

#### **Наполеглива рекомендація НА КОРИСТЬ застосування**

#### ***Когнітивно-процесуальна терапія (Cognitive processing therapy - CPT)***

Когнітивно-процесуальна терапія (CPT) - це форма когнітивної терапії, вдосконалена спеціально для лікування ПТСР.<sup>23</sup> CPT - це 12-сесійне когнітивно-поведінкове мануальне лікування ПТСР, яке систематично розглядає ключові посттравматичні теми, включаючи безпеку, довіру, владу та контроль, самооцінку та близькість. Основна мета лікування полягає у створенні більш збалансованих, адаптивних, багатогранних оцінок травми та переконань (як з огляду на травматичний досвід, так і в теперішньому часі).

Лікування допомагає людині виявити некорисні думки і переконання ("застрягли точки"), кинути їм виклик і замінити їх раціональними альтернативами, адаптуючи стандартні підходи когнітивної терапії. Вона має менший компонент експозиції, ніж терапія уявної експозиції (обмежується написанням звіту про пережите). Вона також допомагає вирішувати супутні проблеми, такі як депресія, почуття провини та гніву.

#### ***Когнітивна терапія (травмофокусована) (КПТ)***

Когнітивна терапія (КПТ), або КПТ при ПТСР, - це варіант травмофокусованої КПТ, в якому терапевт і пацієнт спільно розробляють індивідуальну версію моделі ПТСР Елерса і Кларка,<sup>24</sup> яка слугує основою для терапії. Елерс і Кларк (2000) припустили, що ПТСР стає стійким, коли люди переробляють травму таким чином, що це призводить до відчуття серйозної поточної загрози. Припускається, що відчуття загрози виникає як наслідок надмірно негативної оцінки травми та/або її наслідків, а також порушення автобіографічної пам'яті про травму, що

призводить до мимовільного повторного переживання її аспектів. Проблема підтримується некорисними поведінковими та когнітивними стратегіями, які спрямовані на контроль симптомів та сприйняття загрози. Відповідно, КПТ при ПТСР спрямована на зміну надмірно негативних оцінок, корекцію порушень автобіографічної пам'яті та усунення проблемних поведінкових і когнітивних стратегій. Зазвичай КПТ призначається протягом 12 щотижневих сеансів лікування (по 90 хвилин для перших сеансів і по 60 хвилин для наступних сеансів).<sup>25</sup>

### ***Десенсибілізація та переробка рухами очей (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing - EMDR)***

EMDR - це стандартизована восьмифазна травмофокусована терапія, що включає використання двосторонньої фізичної стимуляції (рухи очей, постукування або тони). EMDR базується на припущенні, що під час травматичної події переважаючі емоції або дисоціативні процеси можуть заважати обробці інформації. Це призводить до того, що досвід зберігається в "необробленому" вигляді, відключений від існуючих мереж пам'яті.

В EMDR людину просять зосередитися на образах, пов'язаних з травмою, і пов'язаних з ними думках, емоціях і відчуттях тіла під час двосторонньої фізичної стимуляції, наприклад, рухаючи очима вперед і назад. Оброблювані об'єкти можуть включати минулі події, теперішні тригери та адаптивне функціонування в майбутньому. Припускають, що така подвійна увага полегшує переробку травматичної пам'яті в існуючій мережі знань, хоча точний механізм цього процесу невідомий.

### ***Пролонгована експозиція (ПЕ)***

Експозиційна терапія давно зарекомендувала себе як ефективний метод лікування цілого ряду тривожних розладів. Основна мета експозиційної терапії - допомогти людині зіткнутися з об'єктом її тривоги. Фундаментальним принципом, що лежить в основі процесу експозиції, є принцип звикання, який полягає в тому, що якщо люди перебувають у контакті з провокуючим тривогу стимулом досить довго, їхня тривога неминуче зменшиться. Це може відбуватися протягом одного сеансу впливу (внутрішньо-сеансове звикання) або протягом серії сеансів (міжсеансове звикання). Більш сучасні моделі наголошують на обробці інформації як ключовому механізмі. Пролонгована експозиція - це мануальна терапія, що складається з психоосвіти про загальні реакції на травму, тренування дихання, експозиції *in vivo* (наближення до безпечних ситуацій, яких пацієнти уникали через страх, пов'язаний з травмою), образної експозиції (багаторазове переповідання спогадів про травму під час сесій і прослуховування записів переповідання, зроблених під час терапевтичних сесій) та обробки (обговорення думок і почуттів, пов'язаних з вправами на експозицію).

### ***КПТ, сфокусована на травмі***

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) - це широкий термін, який охоплює будь-яке лікування, що використовує стандартні принципи КПТ у поєднанні з певною формою опрацювання травми. Як правило, КПТ, орієнтована на травму, передбачає інтеграцію принципів КПТ з компонентами експозиційної терапії, включаючи уявний вплив і градуїований вплив *in vivo*. У більшості досліджень із систематичного огляду, що лежить в основі цих Настанов, типовий формат КПТ, орієнтованої на травму, включає психоосвіту, дихальні/релаксаційні тренінги (стратегії зниження збудження), вплив в уяві, вплив *in vivo* та когнітивну реструктуризацію.

### **Умовна рекомендація НА КОРИСТЬ використання**

#### ***Керована травмафокусована КПТ засобами інтернету***

Більшість інтернет-втручань для лікування ПТСР починаються з психоосвіти, а потім представляють обґрунтування лікування на основі КПТ. Ці програми включають когнітивні техніки, спрямовані на виявлення та модифікацію некорисних патернів пізнання. Зазвичай вони включають поведінкові компоненти, які, як правило, охоплюють вплив в уяві та *in vivo*.<sup>26</sup>

Інтернет-втручання різняться за рівнем допомоги, що надається терапевтом. Керовані інтернет-програми можуть проводитися спеціалістом-терапевтом, який надає інформацію та зворотній зв'язок щодо домашніх завдань і заохочує до участі в програмі,<sup>26,27</sup> або неспеціалістом у сфері психічного здоров'я, який втручається для перевірки прогресу або надає інформацію на вимогу, часто телефоном або електронною поштою.<sup>28</sup>

### ***Керована травмофокусована КПТ за допомогою телемедицини (відеоконференцій)***

КПТ, орієнтована на травму, - це широкий термін, який охоплює будь-яке лікування, що використовує стандартні принципи КПТ у поєднанні з певною формою опрацювання травми. Як правило, КПТ, орієнтована на травму, передбачає інтеграцію принципів КПТ з компонентами експозиційної терапії, включаючи уявну експозицію та градуйовану експозицію *in vivo*. У більшості досліджень КПТ, орієнтована на травму, проводилася за допомогою телемедицини (відеоконференцій з використанням комп'ютерів або смартфонів) і включала психоосвіту, тренування дихання/релаксації (стратегії зниження збудження), уявне опромінення, опромінення *in vivo* і когнітивну реструктуризацію.

### ***Наративна експозиційна терапія (НЕТ)***

Наративна експозиційна терапія (НЕТ) - це стандартизоване короткострокове втручання, адаптоване з терапії свідчень (традиційно використовується з жертвами катувань і цивільними жертвами війни), а також з основних підходів до експозиції. Спочатку вона була розроблена як для лікування жертв, так і для документування порушень прав людини. В рамках НЕТ людину просять побудувати наратив свого життя від раннього дитинства до сьогодення, детально зосередившись на травматичних подіях і детально описавши пов'язані з ними думки та емоції. Передбачається, що НЕТ працює у двох напрямках: сприяння звикання до травматичних спогадів через експозицію та реконструкцію автобіографічної пам'яті людини. Ряд успішних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) було проведено в різних культурних середовищах, що продемонструвало застосовність НЕТ як у західних, так і в незахідних країнах (наприклад,<sup>29,30</sup>).

### ***Терапія, зосереджена на сьогоденні (Present-centred therapy, PCT)***

Терапія, зосереджена на теперішньому часі, є варіантом підтримуючого консультування. Ці підходи часто використовуються як умови порівняння в рандомізованих контрольованих дослідженнях. РСТ - це нетравматичне мануальне втручання, спрямоване на вирішення щоденних проблем, з якими стикаються люди з ПТСР.<sup>31</sup> Вона включає психоосвіту щодо впливу симптомів ПТСР, розробку ефективних стратегій подолання повсякденних проблем, а також домашні завдання для відпрацювання нещодавно набутих навичок. Зазвичай 10 групових занять тривалістю 90 хвилин проводяться терапевтами, які допомагають учасникам визначити стресогенні фактори та обговорити їх у доброзичливій, недирективній манері.

### ***Тренінг щеплення від стресу (ТЩС)***

Тренінг щеплення від стресу (ТЩС), що використовується в цих дослідженнях, - це програма управління тривогою для жертв зґвалтування, адаптована Вероном і Кілпатриком (1983).<sup>32</sup> Дев'ять занять включають перенавчання дихання та "стратегії подолання", такі як м'язова релаксація, зупинка думок, когнітивна реструктуризація та рольові ігри.<sup>33</sup>

### ***Травмафокусована КПТ (групова)***

Травмафокусована КПТ раніше була описана як раннє психосоціальне втручання для дорослих. У груповому контексті, як правило, проводиться до 16 сесій тривалістю 60-90 хвилин кожна. Групові втручання у включених дослідженнях включають КПТ,<sup>34,35</sup> КПТ Бека<sup>36</sup> та інші протоколи.<sup>37</sup> Всі лікувальні втручання вимагають (різною мірою) роботи з травматичною пам'яттю, можливостей для когнітивної реструктуризації та навичок, спрямованих на зменшення уникнення.



### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Парна КПТ, орієнтована на травму***

У відповідному дослідженні було проведено 15 сеансів мануальної когнітивно-поведінкової спільної терапії (КПТ), яка призначена для лікування ПТСР та покращення інтимних стосунків у парах, де в одного з партнерів діагностовано ПТСР.<sup>38</sup>

#### ***Групова та індивідуальна (комбінована) травмофокусована КПТ***

В одному релевантному дослідженні групової та індивідуальної (комбінованої) КПТ, орієнтованої на травму, використовувалася КПТ-КПТ-СА, адаптація когнітивно-процесуальної терапії Ресіка і Шніке (1993) для жертв зґвалтувань. Втручання складалося з 17 тижнів мануальної групової та індивідуальної терапії, учасники якої щотижня відвідували 90-хвилинну групову сесію та 60-хвилинну індивідуальну терапію протягом перших дев'яти тижнів та останнього 17-го тижня.<sup>39</sup>

#### ***Мета-когнітивна терапія***

Метакогнітивна терапія, форма нетравматичної КПТ, націлена не на опрацювання травми, а на порушення стилю мислення, характерного для ПТСР (моніторинг загроз, занепокоєння та роздуми).<sup>40</sup>

#### ***Нетравматична КПТ (регуляція афекту)***

Нетравматичні інтервенції КПТ, включені в систематичний огляд, використовують різноманітні нетравматичні техніки регулювання афектів.<sup>41,42</sup>

#### ***Реконсолідація травматичних спогадів (РТС)***

РТС - це коротке втручання, яке передбачає активацію травматичних спогадів. Розповідь учасника про травму припиняється, як тільки спостерігається вегетативне збудження. Далі відбувається процедура, яка включає в себе уявлення чорно-білого фільму про подію, відсторонення від його змісту та перемотування його назад, коли він повністю асоціюється протягом двох секунд. Це робиться для того, щоб змінити перспективу, з якої згадується подія. РТС проводиться в три сеанси тривалістю до 120 хвилин кожен.<sup>43,44</sup>

#### ***Односесійна травмофокусована КПТ***

У цих дослідженнях жертвам землетрусів проводили один сеанс модифікованої поведінкової терапії. 60-хвилинний сеанс лікування спрямований на зменшення страху та уникнення через вплив імітованих підземних поштовхів у симуляторі землетрусу та інструкції щодо самоконтролю.<sup>45,46</sup>

#### ***Терапія за допомогою віртуальної реальності***

Терапії за допомогою віртуальної реальності, такі як експозиція за допомогою віртуальної реальності (VRE) та градуйована експозиція за допомогою віртуальної реальності (VR-GET)-це терапії впливу, які інтегрують комп'ютерну графіку в реальному часі з іншими пристроями сенсорного введення, щоб занурити учасника у віртуальне середовище і полегшити обробку спогадів, пов'язаних з травматичною подією. Зазвичай проводиться до 12 сеансів віртуальної реальності, причому перші сеанси зосереджуються на психоосвіті та техніках управління тривогою.

#### ***Письмова експозиційна терапія (ПЕТ)***

Письмова експозиційна терапія<sup>49</sup> - це коротке травмофокусоване втручання, що складається з п'яти 30-хвилинних сесій, які включають психоосвіту та боротьбу з пам'яттю про травму за допомогою письмових завдань. Учасники отримують письмові інструкції писати про один і той самий спогад про травму на кожній сесії.

### ***3MDR (Military motion-assisted memory desensitisation and reprocessing treatment: військова терапія десенсибілізації та переробки пам'яті за допомогою руху)***

3MDR - це терапія на основі віртуальної реальності, яка проводиться на біговій доріжці та синхронізованому середовищі віртуальної реальності (зі звуком та візуальним супроводом). Пацієнти "ходять" через спеціально створене середовище, персоналізоване для кожного пацієнта. Перед 3MDR пацієнти обирають 10-20 зображень, які нагадують їм про травму, пов'язану з розгортанням, з яких сім зображень використовуються під час сеансу. Пацієнти також обирають два музичні твори: один твір, який нагадує їм про час їхньої служби, і один твір, який нагадує пацієнтам про життя тут і зараз.

Кожна сесія починається з розминки, під час якої грає музика, пов'язана з розгортанням. Пацієнти заходять у віртуальний тунель, описують першу картинку і згадують травматичний спогад, а над картинкою з'являються фрази з їхньої розповіді. Зосереджуючись на цих фразах, учасники стежать за кулькою, що рухається зліва направо над зображенням. Пацієнти називають цифри, які з'являються на кульці. Це повторюється 7 разів для різних зображень. Після виконання останнього завдання вмикається сучасна музика, щоб повернути пацієнтів до "тут і зараз", після чого відбувається обговорення досвіду, який пацієнт отримав під час сеансу<sup>50,51</sup>.

## **ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ З ПТСР**

### **Умовна рекомендація НА КОРИСТЬ застосування**

#### ***Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)***

Найпоширенішим підходом до фармакологічного лікування ПТСР є призначення селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Цей клас препаратів широко призначається при депресії та тривозі і включає флуоксетин, пароксетин і сертралін, кожен з яких умовно рекомендований для використання у фармакологічному лікуванні ПТСР.

#### ***Венлафаксин***

Венлафаксин є одним з найпоширеніших інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС). Два дослідження, включені в огляд, свідчать про те, що венлафаксин загалом добре переноситься і може бути корисним у лікуванні пацієнтів з ПТСР.<sup>52,53</sup>

### **Рекомендації для майбутніх досліджень**

#### ***Кетамін***

Кетамін є антагоністом глутаматного N-метил-D-аспартатного (NMDA) рецептора.

#### ***Кветіапін***

Кветіапін - це нетиповий антипсихотичний засіб, який використовується для людей зі значним збудженням.

## **НЕПСИХОЛОГІЧНІ ТА НЕФАРМАКОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ**

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Голковколювання***

Голковколювання передбачає введення тонких голок у певні точки на тілі (акупунктурні точки) для зменшення симптомів ПТСР.

#### ***Зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR)***

Терапевтичне застосування усвідомленості зазвичай називають втручаннями на основі усвідомленості.<sup>54</sup> Перше втручання на основі усвідомленості - зменшення стресу на основі

усвідомленості (MBSR) - розробив у 1979 році професор Джон Кабат-Зінн з Медичного центру Університету штату Массачусетс. Початковий намір MBSR полягав у тому, щоб допомогти амбулаторним пацієнтам, які відвідують клініку зменшення стресу, полегшити страждання, пов'язані зі стресом, болем і хворобами.<sup>54</sup> З тих пір були розроблені інші програми, засновані на фундаментальному і структурному підході MBSR.<sup>55</sup>

MBSR - це програма, яка використовує різноманітні техніки для розвитку стану усвідомленості (тобто безоціночного усвідомлення теперішнього моменту).<sup>56</sup> Зазвичай її проводять у вигляді серії щотижневих 2,5-годинних групових зустрічей. Тренінг з усвідомленості, що проводиться за допомогою телемедицини (дві сесії особисто і шість по телефону)

показав позитивний ефект для ветеранів порівняно з психоосвітою. Це коротке лікування ґрунтувалося на принципах MBSR, але проводилося в індивідуальних сесіях і не включало повної програми.

### ***Нейрофідбек***

Нейрофідбек - це відображення мозкової активності в реальному часі, яке використовується для того, щоб допомогти людям тренувати (саморегулювати) свою мозкову активність. Під час нейрофідбек-тренінгу нейронна активність реєструється з електродів на шкірі голови і передається учасникам у зрозумілому, візуальному форматі (наприклад, у вигляді простих комп'ютерних ігор).

Існує гіпотеза, що нейрофідбек-тренінг допомагає людям з ПТСР набути навичок саморегуляції шляхом стабілізації ЕЕГ-активності, тим самим покращуючи концентрацію та увагу.<sup>57</sup>

### ***Повторювана транскраніальна магнітна стимуляція (транскраніальна магнітна стимуляція)***

Повторювана транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) - це неінвазивна процедура, яка передбачає застосування імпульсів електричного струму, індукованих сильним пульсуючим електромагнітним полем. Електромагнітна енергія проходить через шкіру голови і череп, не викликаючи болю або травм. транскраніальна магнітна стимуляція має на меті стимулювати нервові клітини в цільових ділянках мозку, що може призвести до збільшення або зменшення мозкової активності в певних областях. Вважається, що дорсолатеральна префронтальна кора може бути причетна до симптомів ПТСР, і що такі втручання, як транскраніальна магнітна стимуляція, які можуть впливати на цю ділянку мозку, можуть полегшити симптоми ПТСР.

### ***Трансцендентальна медитація (ТМ)***

Трансцендентальна медитація - це особливий вид мовчазної медитації, розроблений Махаріші Махеш Йогі, який передбачає повторення звуку (мантри), щоб полегшити стан спокійної пильності. ТМ відрізняється від практики майндфулнес тим, що майндфулнес передбачає зосередження на теперішньому моменті в спеціально рекомендований спосіб, тоді як ТМ викладається як легке промовляння мантри без зусиль, без концентрації чи споглядання.

### ***Йога***

Йога - це практика взаємодії розуму і тіла, яка зазвичай поєднує в собі фізичні пози, регулювання дихання і техніки для розвитку уваги. Акцент на кожному з цих факторів варіюється залежно від типу практики.

Дослідження, що надають докази на користь йоги, здебільшого є пілотними. Серед досліджуваних груп населення - ветерани і жінки, а серед досліджуваних видів йоги - Сударшан Крія (SKY) йога,<sup>58,59</sup> Кріпалу,<sup>60,61</sup> і йога з урахуванням травми.<sup>62</sup>

## **ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ З КОМОРБІДНИМ ПТСР**

### **Умовна рекомендація до застосування**

#### ***Травмофокусована КПТ***

Травмофокусована КПТ для дорослих з коморбідним ПТСР та розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин, складається з наступних інтервенцій:

1. Одночасне лікування ПТСР та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин з використанням тривалої експозиції (COPE) - це комплексне лікування ПТСР та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин, яке доповнює тривалу експозицію когнітивно-поведінковою профілактикою рецидивів вживання психоактивних речовин<sup>63</sup>.
2. Модифікована тривала експозиція складається з 60-хвилинної мануальної тривалої експозиції з психоосвітою про зв'язок між ПТСР і симптомами вживання психоактивних речовин та щотижневими перевірками щодо вживання психоактивних речовин<sup>64</sup>.
3. Інтегрована КПТ складалася з мануальної КПТ для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, та експозиційної КПТ для лікування ПТСР (що включає експозиційну терапію та когнітивну реструктуризацію)<sup>65</sup>.

#### ***Нетравмафокусована КПТ***

Нетравмафокусована КПТ для дорослих з коморбідним ПТСР та розладом залежності від психоактивних речовин складалася з наступних інтервенцій:

"У пошуках безпеки" - це інтегрована нетравматична, сфокусована на теперішньому часі інтервенція для лікування ПТСР та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин<sup>66</sup>. Вона складається з 24 модулів, які навчають когнітивно-поведінковим та міжособистісним технікам, а також кейс-менеджменту<sup>67</sup>.

Інтегрована КПТ зосереджена на симптомах ПТСР та вживанні психоактивних речовин. Вона призначена для використання в рутинних програмах лікування залежності в громадах і складається з 8 модулів<sup>68</sup>.

### **Рекомендації для подальших досліджень**

#### ***Травмофокусована КПТ для дорослих з коморбідним ПТСР та тяжким психічним розладом***

Травмофокусована КПТ для дорослих з коморбідним ПТСР та тяжким психічним розладом складалася з наступних інтервенцій:

1. Інтегрована КПТ з ПТСР для дорослих з тяжкими психічними розладами<sup>69</sup>
2. Наративна експозиційна терапія (NET) ПТСР у дорослих з пограничним розладом особистості<sup>70</sup>

## **АЛЬТЕРНАТИВНІ СПОСОБИ НАДАННЯ ЛІКУВАННЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ**

### **РАННІ ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ 3 МІСЯЦІВ ПІСЛЯ ТРАВМИ.**

#### **Рекомендації для майбутніх досліджень**

##### ***КПТ на базі Інтернету***

Визначено в "Ранні багатосесійні профілактичні втручання для дорослих".

##### ***Інтернет-керована самодопомога***

Визначено в "Ранні психосоціальні втручання для дорослих".

### **ПСИХОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ З ПТСР**

### **Умовна рекомендація для використання**

#### ***Керована КПТ, сфокусована на травмі, на базі Інтернету***

Визначено в розділі "Психологічні інтервенції для дорослих з ПТСР".

#### ***Травмофокусована КПТ (ТФ-КПТ) через телемедицину (відеоконференції)***

Визначено в "Ранні психосоціальні інтервенції для дорослих з ПТСР".

#### **Рекомендації для майбутніх досліджень**

#### ***Травмофокусована КПТ (ТФ-КПТ) через телемедицину (відеоконференції)***

Визначено вище в розділі "Ранні психосоціальні інтервенції для дорослих".

#### ***Терапія віртуальної реальності***

Визначена вище в розділі "Психологічні втручання для дорослих з ПТСР".

### **Використані джерела**

1. Mitchell JT. When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*. 1983;8:36-39.
2. Berkowitz SJ, Stover CS, Marans SR. The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Jun 2011 2011;52(6):676-685. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x
3. Armfield F. Preventing post-traumatic stress disorder resulting from military operations. *Mil Med*. 1994;159(12):739-746.
4. Brunet A, Des Groseilliers IB, Cordova MJ, Ruzek JI. Randomized controlled trial of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2013;4(1):21572.
5. Gidron Y, Gal R, Givati G, Lauden A, Snir Y, Benjamin J. Interactive effects of memory structuring and gender in preventing posttraumatic stress symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*. 2007;195(2):179-182.
6. Marchand A, Guay S, Boyer R, Iucci S, Martin A, St-Hilaire M-H. A randomized controlled trial of an adapted form of individual critical incident stress debriefing for victims of an armed robbery. *Brief treatment and crisis intervention*. 2006;6(2):122.
7. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005;32(1):11-19.
8. Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, et al. Early intervention may prevent the development of PTSD: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry*. 2012;72(11):957.
9. Maples - Keller JL, Post LM, Price M, et al. Investigation of optimal dose of early intervention to prevent posttraumatic stress disorder: A multiarm randomized trial of one and three sessions of modified prolonged exposure. *Depression and anxiety*. 2020;37(5):429-437.
10. Asadzadeh L, Jafari E, Kharaghani R, Tareman F. Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020;20(1):1-9.
11. Mouthaan J, Sijbrandij M, De Vries G-J, et al. Internet-based early intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injury patients: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2013;15(8):e165.

12. Zatzick D, Jurkovich G, Rivara FP, et al. A randomized stepped care intervention trial targeting posttraumatic stress disorder for surgically hospitalized injury survivors. *Annals of surgery*. 2013;257(3):390.
13. Zatzick D, O'Connor SS, Russo J, et al. Technology - enhanced stepped collaborative care targeting posttraumatic stress disorder and comorbidity after injury: a randomized controlled trial. *J Trauma Stress*. 2015;28(5):391-400.
14. Zatzick D, Roy-Byrne P, Russo J, et al. A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(5):498-506.
15. O'Donnell ML, Lau W, Tipping S, et al. Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury. *J Trauma Stress*. 2012;25(2):125-133.
16. Johnson DM, Zlotnick C, Perez S. Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Aug 2011;79(4):542-51. doi:10.1037/a0023822
17. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*. 1992;5(3):377-391.
18. Johnson DM, Johnson NL, Perez SK, Palmieri PA, Zlotnick C. Comparison of adding treatment of PTSD during and after shelter stay to standard care in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial. *J Trauma Stress*. 2016;29(4):365-373.
19. Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Emmelkamp PM. Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008;77(2):93-100.
20. Lange A, van de Ven J-P, Schrieken B, Emmelkamp PM. Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2001;32(2):73-90.
21. Bugg A, Turpin G, Mason S, Scholes C. A randomised controlled trial of the effectiveness of writing as a self-help intervention for traumatic injury patients at risk of developing post-traumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2009;47(1):6-12.
22. Pennebaker JW, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(2):239.
23. Clarke SB, Rizvi SL, Resick PA. Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy*. 2008;39(1):72- 78. doi:10.1016/j.beth.2007.05.002
24. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38(4):319-345.
25. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behav Res Ther*. Apr 2005;43(4):413-31. doi:10.1016/j.brat.2004.03.006
26. Lewis CE, Farewell D, Groves V, et al. Internet - based guided self - help for posttraumatic stress disorder (PTSD): Randomized controlled trial. *Depression and anxiety*. 2017;34(6):555-565.
27. Ivarsson D, Blom M, Hesser H, et al. Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for post- traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Internet Interventions*. 2014;1(1):33-40.
28. Litz BT, Engel CC, Bryant RA, Papa A. A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet- based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. Nov 2007;164(11):1676-83. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06122057
29. Jacob N, Neuner F, Maedl A, Schaal S, Elbert T. Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: a randomized controlled trial in Rwanda. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2014;83(6):354-363.

30. Stenmark H, Catani C, Neuner F, Elbert T, Holen A. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behav Res Ther.* 2013;51(10):641-647.
31. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1991;59(5):715-723.
32. Veronen LJ, Kilpatrick DG. Stress management for rape victims. *Stress reduction and prevention.* Springer; 1989:341-374.
33. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Apr 1999;67(2):194-200. doi:10.1037/0022-006x.67.2.194
34. Sloan DM, Marx BP, Lee DJ, Resick PA. A brief exposure-based treatment vs cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: a randomized noninferiority clinical trial. *JAMA psychiatry.* 2018;75(3):233-239.
35. Resick PA, Wachen JS, Dondanville KA, et al. Effect of group vs individual cognitive processing therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry.* 2017;74(1):28-36.
36. Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice.* Guilford Press; 2011.
37. Castillo DT, Chee CL, Nason E, et al. Group-delivered cognitive/exposure therapy for PTSD in women veterans: A randomized controlled trial. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy.* 2016;8(3):404.
38. Monson CM, Fredman SJ, Macdonald A, Pukay-Martin ND, Resick PA, Schnurr PP. Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2012;308(7):700-709.
39. Chard KM. An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Oct 2005;73(5):965-71. doi:10.1037/0022-006X.73.5.965
40. Wells A, Walton D, Lovell K, Proctor D. Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research.* 2015;39(1):70-80.
41. Zlotnick C, Shea TM, Rosen K, et al. An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress.* 1997;10(3):425-436.
42. Ford JD, Steinberg KL, Zhang W. A randomized clinical trial comparing affect regulation and social problem-solving psychotherapies for mothers with victimization-related PTSD. *Behavior Therapy.* 2011;42(4):560-578. doi:10.1016/j.beth.2010.12.005
43. Gray R, Budden-Potts D, Bourke F. Reconsolidation of Traumatic Memories for PTSD: A randomized controlled trial of 74 male veterans. *Psychotherapy Research.* 2019;29(5):621-639.
44. Tylee DS, Gray R, Glatt SJ, Bourke F. Evaluation of the reconsolidation of traumatic memories protocol for the treatment of PTSD: a randomized, wait-list-controlled trial. *Journal of Military, Veteran and Family Health.* 2017;3(1):21-33.
45. Basoglu M, Salcioglu E, Livanou M. A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine.* Feb 2007;37(2):203-13. doi:10.1017/S0033291706009123
46. Basoglu M, Salcioglu E, Livanou M, Kalender D, Acar G. Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. *J Trauma Stress.* 2005;18(1):1-11.
47. Reger GM, Koenen-Woods P, Zetocha K, et al. Randomized controlled trial of prolonged exposure using imaginal exposure vs. virtual reality exposure in active duty soldiers with deployment-

- related posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of consulting and clinical psychology*. 2016;84(11):946.
48. Wood D, Murphy J, Center KMR, Reeves D, Pyne J, Shilling R, Wiederhold BK. Combat-related post-traumatic stress disorder: a case report using virtual reality exposure therapy with physiological monitoring. *CyberPsychology & Behavior*. 2007;10:309-315.
49. Sloan DM, Marx BP, Bovin MJ, Feinstein BA, Gallagher MW. Written exposure as an intervention for PTSD: A randomized clinical trial with motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther*. 2012;50(10):627-635.
50. Bisson J, Van Deursen R, Hannigan B, et al. Randomized controlled trial of multi - modular motion - assisted memory desensitization and reconsolidation (EMDR) for male military veterans with treatment - resistant post - traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020;142(2):141- 151.
51. van Gelderen MJ, Nijdam MJ, Haagen JF, Vermetten E. Interactive motion-assisted exposure therapy for veterans with treatment-resistant posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2020;89(4):215-227.
52. Davidson J, Rothbaum BO, Tucker P, Asnis G, Benattia I, Musgnung JJ. Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: A sertraline- and placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2006;26(3):259-267.
53. Davidson J, Baldwin D, Stein DJ, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release: A 6-month randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(10):1158- 1165.
54. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science and Practice*. 2003;10:144-156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
55. Crane RS, Brewer J, Feldman C, et al. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*. 2017;47:990-999. doi:10.1017/S0033291716003317
56. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are*. Hyperion; 1994.
57. van der Kolk BA, Hodgdon H, Gapen M, et al. A randomized controlled study of neurofeedback for chronic PTSD. *PloS one*. 2016;11(12):e0166752.
58. Carter J, Gerbarg P, Brown R, Ware R, D'Ambrosio C. Multi-component yoga breath program for Vietnam veteran post traumatic stress disorder: randomized controlled trial. *J Trauma Stress Disor Treat* 2. 2013;3:2.
59. Seppälä EM, Nitschke JB, Tudorascu DL, et al. Breathing - based meditation decreases posttraumatic stress disorder symptoms in US Military veterans: A randomized controlled longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2014;27(4):397-405.
60. Mitchell KS, Dick AM, DiMartino DM, et al. A pilot study of a randomized controlled trial of yoga as an intervention for PTSD symptoms in women. *J Trauma Stress*. 2014;27(2):121-128.
61. Reinhardt KM, Noggle Taylor JJ, Johnston J, Zameer A, Cheema S, Khalsa SBS. Kripalu yoga for military veterans with PTSD: a randomized trial. *J Clin Psychol*. 2018;74(1):93-108.
62. Van der Kolk BA, Stone L, West J, et al. Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(6):e559-65.
63. Mills KL, Teesson M, Back SE, et al. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2012;308(7):690-699.
64. Coffey SF, Schumacher JA, Nosen E, et al. Trauma-focused exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder in alcohol and drug dependent patients: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2016;30(7):778.
65. Sannibale C, Teesson M, Creamer M, et al. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post - traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction*. 2013;108(8):1397-1410.



66. Schäfer I, Lotzin A, Hiller P, et al. A multisite randomized controlled trial of Seeking Safety vs. Relapse Prevention Training for women with co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *European journal of psychotraumatology*. 2019;10(1):1577092.
67. Norman SB, Trim R, Haller M, et al. Efficacy of integrated exposure therapy vs integrated coping skills therapy for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2019;76(8):791-799.
68. McGovern MP, Lambert - Harris C, Xie H, Meier A, McLeman B, Saunders E. A randomized controlled trial of treatments for co - occurring substance use disorders and post - traumatic stress disorder. *Addiction*. 2015;110(7):1194-1204.
69. Mueser KT, Rosenberg SD, Xie H, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(2):259.
70. Pabst A, Schauer M, Bernhardt K, et al. Evaluation of narrative exposure therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. *Clinical Neuropsychiatry*. 2014;11(4):108-117.

## РОЗДІЛ 5. Рекомендації щодо лікування гострої реакції на стрес, ПТСР та комплексного ПТСР.

Метою цього розділу є представлення рекомендацій щодо лікування, а також питань, які слід враховувати при застосуванні. Також представлено перелік втручань, рекомендованих для подальших досліджень. Повна інформація про дослідження, включені до систематичного огляду, опис доказів по кожному дослідницькому питанню та обґрунтування рекомендацій наведені на [онлайн-платформі](#).

Настанова не замінює знань і навичок компетентності лікарів, але призначена для того, щоб спрямовувати відповідні втручання в контексті індивідуальних обставин кожної людини та її загальних потреб у сфері охорони психічного здоров'я. Практикуючі лікарі повинні мати можливість інтерпретувати та впроваджувати рекомендації з лікування в контексті належного клінічного судження, а не як суворі правила.

Рекомендації надаються за або проти варіанту лікування, при цьому сила рекомендації позначається як **сильна** (існує помірна або сильна впевненість у доказах, і лікарі повинні надавати втручання всім або майже всім людям у всіх або майже всіх обставинах) або **умовна** (існує менша впевненість у доказах, і лікарі повинні надавати втручання більшості людей, але не всім). Наукові **рекомендації надаються** для втручань, які вважаються перспективними на основі попередніх доказів і потребують подальших досліджень. Рекомендації з досліджень перераховані після рекомендацій з лікування.

Втручання для дітей та підлітків, а також для дорослих представлені окремо. Три основні категорії втручань представлені в наведеній нижче послідовності, виходячи з рекомендованих термінів надання відповідного лікування. **Універсальні втручання** застосовуються до всіх, хто зазнав травми, тоді як втручання за **показами** застосовуються до людей з симптомами ПТСР.

- Готовність до інциденту (універсальні заходи для тих, хто може зазнати травми)
- Втручання протягом перших трьох місяців після травми (універсальні та втручання за показами)
- Втручання для осіб з клінічно значущими симптомами ПТСР

В оновленій версії цієї настанови від грудня 2021 року додано дві нові категорії втручань: *втручання для дорослих з коморбідним ПТСР* та *альтернативні* (до очного) *способи надання лікування* (для дорослих, дітей та підлітків).

### Рекомендації щодо лікування дітей та підлітків

Методологія оцінювання - ключові моменти	
Наполеглива рекомендація ДЛЯ	Категорично НЕ рекомендується
Умовна рекомендація ДЛЯ	Умовна рекомендація ПРОТИ

### Втручання протягом перших трьох місяців після травми

<b>Універсальні втручання</b> (для всіх дітей та підлітків, які пережили травму)	<b>Умовна рекомендація ПРОТИ індивідуального психологічного дебрифінгу</b> Для дітей та підлітків протягом перших трьох місяців після травми, ми пропонуємо надавати інформацію, емоційну підтримку та практичну допомогу, а не проводити індивідуальний психологічний дебрифінг.
<b>Показані втручання</b> (для дітей та підлітків з симптомами ПТСР)	<b>Умовна рекомендація щодо втручання для подолання дитячого та сімейного травматичного стресу (CFTSI -</b>

протягом перших трьох місяців)	<b>Child and Family Traumatic Stress Intervention)</b>  Дітям і підліткам протягом перших трьох місяців після травми, у яких присутні симптоми ПТСР, ми пропонуємо замість підтримуючого консультування запропонувати інтервенцію з подолання дитячого та сімейного травматичного стресу (CFTSI - Child and Family Traumatic Stress Intervention).
--------------------------------	--

### Втручання для дітей та підлітків з симптомами ПТСР

<b>Психологічні втручання</b>	<b>Наполеглива рекомендація для травмофокусованої когнітивно- поведінкової терапії (ТФ-КПТ) для дітей</b>  Для дітей та підлітків з симптомами ПТСР ми рекомендуємо травмофокусовану КПТ (ТФ-КПТ). <b>Наполеглива рекомендація щодо травмофокусованої КПТ для осіб, які здійснюють догляд та дитини</b>  Для дітей та підлітків з симптомами ПТСР ми рекомендуємо травмофокусовану КПТ для осіб, які здійснюють догляд та дитини.  <b>Умовна рекомендація для десенсибілізації та переробки рухів очей (EMDR)</b>  Дітям і підліткам з симптомами ПТСР ми пропонуємо EMDR, якщо травмофокусована КПТ недоступна або неприйнятна.
<b>Фармакологічні втручання</b>	Недостатньо доказів для надання рекомендації. Якщо показано медикаментозне лікування, лікарям рекомендується дотримуватися рекомендацій щодо лікування депресії.

### Рекомендації щодо лікування для дорослих

Методологія оцінювання - ключові моменти	
Наполеглива рекомендація ДЛЯ	Категорично НЕ рекомендується
Умовна рекомендація ДЛЯ	Умовна рекомендація ПРОТИ

### Втручання протягом перших трьох місяців після травми

<b>Універсальні втручання</b> (для всіх дорослих, які пережили травму)	<b>Умовна рекомендація ПРОТИ індивідуального психологічного дебрифінгу</b> Для дорослих протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо надавати інформацію, емоційну підтримку та практичну допомогу замість індивідуального психологічного дебрифінгу. <b>Умовна рекомендація ПРОТИ групового психологічного дебрифінгу</b> Дорослим протягом
---	--

	перших трьох місяців після травми ми пропонуємо надавати інформацію, емоційну підтримку та практичну допомогу замість групового психологічного дебрифінгу.
<p><b>Показані втручання</b> (для дорослих з симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми)</p>	<p><b>Наполеглива рекомендація для моделі поетапної/спільної допомоги</b> Для дорослих із симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми ми рекомендуємо модель поетапної/спільної допомоги. У цьому випадку люди отримують доказову допомогу, яка відповідає тяжкості та складності їхніх потреб.</p> <p><b>Умовна рекомендація для травмофокусованої КПТ (ТФ-КПТ)</b> Дорослим із симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо запропонувати травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (включає тривалу експозицію, когнітивно-процесуальну терапію, когнітивну терапію) замість того, щоб нічого не робити.</p> <p><b>Умовна рекомендація для короткої десенсибілізації та переробки рухів очей (EMDR)</b> Дорослим, які мають симптоми ПТСР протягом перших трьох місяців після травми, ми пропонуємо запропонувати коротку EMDR замість того, щоб нічого не робити.</p>

### Втручання для дорослих з ПТСР

<p><b>Психологічні втручання</b></p>	<p><b>Наполеглива рекомендація для когнітивно-процесуальної терапії (КПТ)</b> Дорослим з ПТСР ми рекомендуємо когнітивно-процесуальну терапію (КПТ).</p> <p><b>Наполеглива рекомендація для когнітивної терапії (травмофокусованої) (КТ)</b> Дорослим з ПТСР ми рекомендуємо когнітивну терапію (травмофокусовану) (КТ).</p> <p><b>Наполеглива рекомендація для EMDR</b> Для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо EMDR.</p>
--------------------------------------	--

### **Наполеглива рекомендація для тривалої експозиції (PE- Prolonged exposure therapy)**

Для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо тривалу експозицію (PE).

### **Наполеглива рекомендація для травмофокусованої КПТ**

Для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо травмофокусовану КПТ.

### **Умовна рекомендація для дорослих з ПТСР**

Для дорослих з ПТСР для яких травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо травмофокусовану КПТ онлайн (за допомогою інтернет-зв'язку) для дорослих, які страждають на ПТСР.

### **Умовна рекомендація для керованої травмофокусованої КПТ через телемедицину (відеоконференції)**

Для дорослих з ПТСР, для яких очна травмофокусована когнітивно- поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо керовану травмофокусовану КПТ, що проводиться за допомогою телемедицини (відеозв'язку).

### **Умовна рекомендація для наративної експозиційної терапії (NET-Narrative exposure therapy)**

Для дорослих з ПТСР, у яких травма пов'язана з геноцидом, громадянським конфліктом, тортурами, політичним ув'язненням або переміщенням, ми пропонуємо наративну експозиційну терапію (NET).

### **Умовна рекомендація для терапії, орієнтованої на сьогодні (PCT - Present-centered therapy)**

Для дорослих з ПТСР, для яких травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо терапію, зосереджену на сьогодні (PCT- Present-centered therapy).

### **Умовна рекомендація для тренінгу зі стресостійкості**

#### **(SIT- stress inoculation training)**

Для дорослих з ПТСР, для яких травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо тренінг (SIT- stress

	<p>inoculation training).</p> <p><b>Умовна рекомендація для травмофокусованої КПТ (групової)</b></p> <p>Для дорослих з ПТСР, для яких індивідуальна травмофокусована когнітивно- поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо групову травмофокусовану КПТ.</p>
<p><b>Фармакологічні втручання</b></p>	<p><b>Умовна рекомендація для СІЗЗС (сертралін, пароксетин або флуоксетин) або венлафаксин (СІЗЗСН)</b></p> <p>Дорослим з ПТСР ми пропонуємо СІЗЗС (сертралін, пароксетин або флуоксетин) або венлафаксин (СІЗЗСН) у випадках:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Людина не бажає або не в змозі брати участь або отримати доступ до рекомендованої психологічної терапії (травмофокусованої КПТ, РЕ, КТ, КПТ, EMDR).</li> <li>● Людина має супутні захворювання або пов'язані з ними симптоми (наприклад, клінічно виражену депресію та високий рівень дисоціації), при яких показані СІЗЗС.</li> <li>● Обставини особи недостатньо стабільні, щоб розпочати рекомендовану психологічну терапію (наприклад, внаслідок значного постійного життєвого стресу, такого як домашнє насильство).</li> <li>● Людина не отримала значної користі від рекомендованої психологічної терапії.</li> <li>● Існує значний час очікування, перш ніж психологічне лікування стане доступним.</li> </ul>

### Втручання для дорослих з коморбідним ПТСР

<p><b>Психологічні втручання</b> (для коморбідних ПТСР та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин)</p>	<p><b>Умовна рекомендація для травмофокусованої КПТ</b></p> <p>Дорослим із коморбідним ПТСР та розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин, ми пропонуємо травмофокусовану КПТ замість звичайного лікування.</p> <p><b>Умовна рекомендація для КПТ, не орієнтованої на травму</b></p> <p>Для дорослих з коморбідними ПТСР та розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, коли травмофокусована КПТ недоступна або неприйнятна, ми пропонуємо не-травмофокусовану КПТ (КПТ у пошуках</p>
--	---

безпеки або інтегровану КПТ/Seeking Safety or Integrated CBT).

### Альтернативні способи надання лікування

#### Психологічні втручання

(для дорослих з ПТСР)

**Умовна рекомендація для** дорослих з ПТСР, для яких травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо травмофокусовану КПТ в мережі інтернеті для дорослих, які страждають на ПТСР.

**Умовна рекомендація для травмофокусованої КПТ через телемедицину (відеоконференції)**

Для дорослих з ПТСР, для яких очна травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або EMDR недоступні або неприйнятні, ми пропонуємо травмофокусовану КПТ, що надається за допомогою телемедицини.

### Міркування щодо впровадження

Наразі для лікування людей з ПТСР використовується ціла низка психологічних та фармакологічних втручань. У рутинній клінічній практиці, звичайно, ці втручання відбуваються не ізольовано, а в контексті довірливих терапевтичних стосунків і, в багатьох випадках, ширшої психіатричної допомоги для вирішення низки супутніх посттравматичних психічних розладів. Вони також не є взаємовиключними, і загальне лікування може включати декілька з цих втручань на різних етапах лікувального процесу.

У цьому розділі узагальнено деякі широкі клінічні міркування щодо впровадження рекомендацій.

#### Доступність доказових психологічних методів лікування

Травмофокусована КПТ та її різновиди когнітивно-процесуальна терапія (КПТ), когнітивна терапія (травмофокусована) (КТ) і тривала експозиція (РЕ), а також EMDR рекомендуються в якості першої лінії лікування ПТСР у дорослих; при ПТСР у дітей та підлітків в якості першої лінії лікування рекомендується травмофокусована КПТ для самої дитини або для дитини та особи, яка здійснює догляд за нею.

Ці методи лікування вимагають спеціальної підготовки, і, на жаль, кількість кваліфікованих фахівців обмежена, особливо в сільських і віддалених регіонах. Ризик полягає в тому, що за відсутності такого досвіду лікарі вдаються до підтримуючого консультування, яке виявилось неефективним для людей з ПТСР. Існують умовні рекомендації щодо лікування, які слід враховувати, якщо травмофокусована терапія недоступна. Особливо важливою подією в цьому контексті є поява керованої травмофокусованої КПТ через мережу інтернет та травмофокусованої КПТ за допомогою телемедицини як методів лікування, що базуються на доказовій медицині. Інтернет-терапія та телемедицина є ефективним засобом розширення доступу до науково обґрунтованого лікування для людей, які проживають у сільській місцевості та віддалених регіонах, або які з інших причин не можуть отримати доступ до кваліфікованого спеціаліста відповідної кваліфікації.

Це, звичайно, не заперечує необхідності підвищення кваліфікації фахівців у сфері психічного здоров'я в наданні доказової допомоги при ПТСР.

#### Роль ліків

Наразі рекомендованими методами лікування ПТСР першої лінії є травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, а фармакологічне лікування розглядається як варіант другої лінії. Це ґрунтується на відносно сильніших клінічних ефектах психологічної терапії,

орієнтованої на травму (як правило, великі зміни розміру ефекту), порівняно з фармакологічною терапією (як правило, малі зміни розміру ефекту).

Одне рандомізоване дослідження виявило еквівалентність цих психологічних методів лікування з посиленим медикаментозним лікуванням сертраліном. Таким чином, ми не можемо недооцінювати важливу роль фармакологічної терапії, зокрема антидепресантів, у лікуванні ПТСР у клінічній практиці. Це стосується як випадків, коли ПТСР проявляється як самостійний розлад, так і коли він є коморбідним з депресією.

Чотири антидепресанти мають найсильнішу доказову базу для лікування ПТСР у дорослих. Це три селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС: пароксетин, флуоксетин і сертралін) і один інгібітор зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН: венлафаксин). У клінічній практиці, як при лікуванні ПТСР, так і депресії, спостерігається еквівалентність між цими групами антидепресантів за ефективністю та переносимістю як всередині, так і між ними.

У клінічній практиці медикаментозне лікування часто є першим, якщо є єдиним методом лікування ПТСР у дорослих. Це відбувається тоді, коли травмофокусована КПТ недоступна, важкодоступна або неприйнятна для людини. Крім того, для тих, хто отримує травмофокусовану терапію, вона часто проводиться в поєднанні з фармакологічною терапією.

**Дійсно, комбінована медикаментозна терапія та психотерапія є найпоширенішою практикою лікування ветеранів з ПТСР.** Незважаючи на цю поширену практику, бракує наукових доказів додаткових переваг комбінування психотерапії та медикаментозної терапії в лікуванні ПТСР. Враховуючи переконливі докази додаткової користі комбінування психотерапії та медикаментозного лікування тривоги і депресії, розумно припустити, що те ж саме буде спрацьовувати і для ПТСР. Однак нещодавнє рандомізоване клінічне дослідження показало, що поєднання сертраліну з РЕ (prolonged exposure) не підвищило ефективність у вибірці ветеранів бойових дій. Цікаво, що це дослідження, в якому порівнювалися три режими лікування: РЕ + сертралін, РЕ + плацебо і сертралін + посилений медикаментозний менеджмент (щоб збалансувати клінічну увагу), показало, що всі режими однаково ефективні в лікуванні ПТСР.

Якщо ПТСР є коморбідним з депресією, важливо враховувати дослідження щодо ефективного лікування депресії. На додаток до доказів додаткової користі психотерапії та медикаментозного лікування депресії, зазначених вище, нещодавнє рандомізоване клінічне дослідження виявило зниження частоти рецидивів депресії, яка була успішно пролікована за допомогою КПТ з підтримуючою терапією антидепресантами.

Вживання ліків також важливо розглядати у зв'язку зі зниженням ризику самогубств. Велике американське дослідження всіх випадків самогубств між 1996 і 1998 роками показало, що рівень призначення СІЗЗС та інших антидепресантів нового покоління (включаючи венлафаксин) у різних регіонах країни був пов'язаний зі зниженням рівня самогубств серед населення. Подібні результати були отримані в Японії, де збільшення використання СІЗЗС та інших нових антидепресантів було пов'язане зі зниженням рівня самогубств. Крім того, систематичний огляд втручань із запобігання самогубствам показав, що ефективне фармакологічне і психологічне лікування депресії має важливе значення.

Важливо, що канадський мета-аналіз виявив, що, всупереч дослідженням, які вказують на зростання суїцидальних думок і поведінки у дітей та підлітків, які отримують антидепресанти, не було виявлено підвищеного ризику у дорослих, які приймають антидепресанти.

За деякими даними, при лікуванні ПТСР часто призначають неоптимальні препарати, коли доза і вибір ліків не відповідають доказовій базі. Крім того, доказова база, яка визначає фармакологічне лікування, може швидко змінитися. Клінічні стратегії, які можуть пом'якшити проблеми, що виникають внаслідок індивідуальної чутливості людини, і допомогти лікарям у прийнятті відповідних рішень щодо фармакологічного лікування, включають в себе наступні:

- надання пацієнту достатньої інформації про ймовірні ризики та переваги конкретного лікарського засобу, щоб він міг прийняти повністю усвідомлене рішення,



- розпочати фармакологічне лікування з використанням існуючої доказової бази, включаючи рекомендовану дозу,
- за допомогою протоколу або алгоритму призначення.

Доведено, що призначення за алгоритмом для лікування депресії призводить до значно кращих результатів, ніж призначення, засноване виключно на виборі клініциста, і схоже, що подібний результат може бути застосований і до лікування ПТСР. Один з таких алгоритмів був запропонований дослідницькою групою травматичного стресу Кардіфського університету і є прикладом того, як рекомендації з фармакологічного лікування ПТСР можуть бути реалізовані на практиці. Алгоритм додається до цього розділу.

#### **Фармакотерапія для дітей та підлітків**

У систематичних оглядах, на яких ґрунтуються ці настанови, не було достатньо доказів, щоб рекомендувати будь-яке фармакологічне лікування для дітей з ПТСР. За таких обставин, якщо медикаментозне лікування показано, лікарям рекомендується дотримуватися настанов щодо депресії, які наразі віддають перевагу флуоксетину як антидепресанту першого вибору для осіб віком 12-18 років.

#### **Непсихологічні та нефармакологічні методи лікування**

Останніми роками зростає інтерес до низки непсихологічних і нефармакологічних втручань для людей з ПТСР. До них відносяться такі втручання, як йога, медитація та фізичні вправи. Хоча жодна з цих інтервенцій не має достатньої доказової бази, щоб рекомендувати її як лікування ПТСР, ми підтримуємо їх використання як допоміжних або додаткових втручань для сприяння загальному благополуччю.

#### **Групи населення, недостатньо представлені в дослідженні**

Рекомендації настанови ґрунтуються на міжнародних опублікованих дослідженнях і охоплюють широке коло людей з країн з високим і низьким рівнем доходу, а також з різним культурним і мовним походженням.

**Коментар робочої групи:** *Інформацію щодо систематичного огляду, присвяченого лікуванню травм у австралійських аборигенів та мешканців островів Торреської протоки було вирішено вилучити з КН. Ознайомитися з ним можна в оригінальній клінічній настанові.*

Особливо слід відзначити, що жодне з досліджень, включених до систематичного огляду, не було спеціально присвячене лікуванню травм у австралійських аборигенів або мешканців островів Торресової протоки. Це свідчить про значну прогалину в доказовій базі для австралійської настанови з лікування ПТСР, і існує нагальна та переконлива потреба у проведенні досліджень, спрямованих на її заповнення.

#### **Рекомендації щодо дослідження**

Група з розробки настанови вважає, що попередні докази для наступних втручань є перспективними та потребують подальших досліджень. Однак важливо зазначити, що втручання, які були рекомендовані для подальших досліджень, наразі НЕ рекомендуються для лікування ПТСР. Також не слід вважати, що оцінка цих втручань має бути пріоритетнішою за посилення доказової бази для деяких більш рутинних втручань або для важливих груп населення, які недостатньо представлені в поточних дослідженнях.

#### **Рекомендації щодо проведення досліджень для дітей та підлітків**

##### **Втручання протягом перших трьох місяців після травми**

###### **Універсальні втручання**

(для всіх дітей та підлітків, які пережили травму)

###### **Самостійна онлайн психоосвіта для опікунів та дітей**

З'являються нові докази самокерованої онлайн-психоосвіти для осіб, які здійснюють догляд, та дітей після травматичного фізичного ушкодження, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дітей і підлітків протягом перших трьох місяців після травми ми

пропонуємо продовжувати лікування у звичайному режимі, віддаючи перевагу самостійній психоосвіті онлайн для осіб, які здійснюють догляд та дітей.

#### **Самостійна онлайн психоосвіта для дітей**

З'являються нові докази самокерованої онлайн-психоосвіти для дітей після гострої медичної події, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дітей та підлітків протягом перших трьох місяців після травми, ми пропонуємо продовжувати лікування у звичайному режимі, віддаючи перевагу самостійній онлайн психоосвіті для дітей.

### **Втручання для дітей та підлітків з симптомами ПТСР**

#### **Психологічн і втручання**

#### **Групова травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для дітей**

З'являються нові докази проведення групової травмофокусованої КПТ для дітей після травматичних подій, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дітей та підлітків з симптомами ПТСР ми пропонуємо проводити травмофокусовану КПТ для дітей, а не групову КПТ для дітей з травмою.

#### **Індивідуальна та групова травмофокусована КПТ для осіб, які здійснюють догляд та дитини**

З'являються нові докази проведення індивідуальної та групової травмофокусованої КПТ для осіб, які здійснюють догляд та дітей після травматичних подій, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дітей та підлітків з симптомами ПТСР ми пропонуємо проводити травмофокусовану КПТ, а не індивідуальну та групову КПТ для осіб, які здійснюють догляд та дитини.

#### **Наративна експозиційна терапія для дітей (KidNET)**

З'являються нові докази ефективності наративної експозиційної терапії для дітей (KidNET) після травматичних подій, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дітей та підлітків з симптомами ПТСР ми рекомендуємо продовжувати лікування у звичайному режимі.

#### **Покращення стосунків між батьками та дітьми (ігротерапія)**

З'являються нові докази покращення стосунків між батьками та дітьми (ігрова терапія) для дітей з симптомами ПТСР, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дітей та підлітків із симптомами ПТСР ми рекомендуємо продовжувати лікування у звичайному режимі,

	<p>надаючи перевагу покращенню стосунків між батьками та дітьми (ігрова терапія).</p>
<p><b>Непсихологічні та нефармакологічні втручання</b></p>	<p><b>Група з розвитку навичок «розум-тіло»</b>  З'являються нові докази ефективності груп з розвитку навичок взаємодії "розум- тіло" серед біженців, які зазнали впливу травматичних подій, пов'язаних з війною, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дітей та підлітків з симптомами ПТСР ми пропонуємо продовжувати лікування у звичайному режимі, віддаючи перевагу групам з розвитку навичок взаєморозуміння.</p>

#### **Альтернативні способи надання лікування**

<p><b>Ранні психосоціальні профілактичні втручання</b></p>	<p><b>Самостійна онлайн психоосвіта для опікунів та дітей</b>  З'являються нові докази самокерованої онлайн-психоосвіти для осіб, які здійснюють догляд та дітям після травматичного фізичного ушкодження, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для</p>
--	--

(для всіх дітей та підлітків, які пережили травму)

дітей і підлітків протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо продовжувати лікування у звичайному режимі, віддаючи перевагу самостійній психоосвіті онлайн для осіб, які здійснюють догляд та дітям.

#### Самостійна онлайн психоосвіта для дітей

З'являються нові докази самокерованої онлайн-психоосвіти для дітей після гострої медичної події, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дітей та підлітків протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо продовжувати лікування у звичайному режимі, віддаючи перевагу самокерованій психоосвіті для дітей онлайн.

### Рекомендації щодо дослідження для дорослих

Абревіатури для поширених психологічних методів лікування	
ТФ-КПТ (травмофокусована КПТ)	EMDR (десенсибілізація та переробка рухів очей)
КТ (когнітивна терапія з фокусом на травму)	КПТ (когнітивно-процесуальна терапія)
РЕ (тривала експозиція - prolonged exposure)	

### Готовність до інциденту

#### Універсальні втручання

(для всіх дорослих, які можуть зазнати травми)

#### Тренінг модифікації зміщення уваги (АВМТ)

З'являються нові докази того, що тренінги з модифікації зміщення уваги (АВМТ) у військовослужбовців можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак, в рутинній практиці для дорослих, які можуть зазнати травми, ми пропонуємо звичайну практику, віддаючи перевагу тренінгу перед інцидентом, а не тренінгу перед травмою.

#### Тренінг з контролю уваги

З'являються нові докази доцільності тренувань з контролю уваги перед травмою, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак, у повсякденній практиці для дорослих, які можуть зазнати травми, ми пропонуємо звичайну практику, а не тренування з контролю уваги перед інцидентом.

#### Біологічний зворотний зв'язок варіабельності серцевого ритму (HRVB)

З'являються нові докази біологічного зворотного зв'язку варіабельності серцевого ритму (HRVB), які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній

практиці для дорослих, які можуть зазнати травми, ми пропонуємо звичайну практику.

### Втручання протягом перших трьох місяців після травми

#### Універсальні втручання

(для всіх дорослих, які пережили травму)

##### Короткі діадичні терапії

З'являються нові докази на користь короткої діадної терапії, і їх можна використовувати в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо звичайну практику.

##### Коротка індивідуальна терапія з опрацювання травми

З'являються нові докази необхідності проведення короткої індивідуальної терапії з опрацювання травми у дорослих протягом перших трьох місяців після потенційно травматичної події, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо звичайну практику.

##### Група 512 РІМ (Модель психологічного втручання)

З'являються нові докази застосування групи 512 РІМ у китайських військових, які зазнали впливу стихійних лих, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо звичайну практику.

##### Інтернет базована КПТ

З'являються нові докази КПТ за допомогою інтернет-мережі, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо звичайну практику.

#### Показані втручання

(для дорослих із симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми)

##### Допомога в подоланні ПТСР через розширення можливостей (НОРЕ)

З'являються нові докази на користь програми «Допомога в подоланні ПТСР через розширення можливостей - (НОРЕ)», і її можна використовувати в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих із симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми ми рекомендуємо пропонувати травмофокусовану КПТ, РЕ, КТ або короткий EMDR, а **НЕ** НОРЕ.

##### Інтернет-керована самопомога

З'являються нові докази щодо інтернет-керованої самопомоги, яка може бути використана в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих із симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ або коротку EMDR, а **НЕ** самопомогу через Інтернет.

	<p><b>Структурована терапія письма</b></p> <p>З'являються нові докази ефективності структурованої письмової терапії, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих із симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ або коротку EMDR, а <b>НЕ</b> структуровану письмову терапію.</p>
<p><b>Фармакологічні втручання</b></p>	<p><b>Гідрокортизон</b></p> <p>З'являються нові докази ефективності гідрокортизону, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих із симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми ми рекомендуємо пропонувати КПТ, РЕ, КТ або короткий EMDR замість гідрокортизону.</p>

### Втручання для дорослих з ПТСР

<p><b>Психологічні втручання</b></p>	<p><b>Парна ТФ-КПТ</b></p> <p>З'являються нові докази ефективності парної ТФ-КПТ, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати індивідуальну ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> парну КПТ з ТФ-КПТ.</p> <p><b>Групова та індивідуальна (комбінована) ТФ-КПТ</b></p> <p>З'являються нові докази ефективності групової та індивідуальної (комбінованої) ТФ-КПТ, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR.</p> <p><b>Мета-когнітивна терапія</b></p> <p>З'являються нові докази мета-когнітивної терапії, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> метакогнітивну терапію.</p> <p><b>Нетравматична КПТ (регуляція афектів)</b></p> <p>З'являються нові докази нетравматичної КПТ (регуляція афектів), які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR.</p> <p><b>Реконсолідація травматичних спогадів (RTM)</b></p> <p>З'являються нові докази реконсолідації травматичних спогадів (RTM), які можуть бути використані в дослідницьких цілях. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> RTM.</p>
--------------------------------------	---

	<p><b>Односеансовий ТФ-КПТ</b></p> <p>З'являються нові докази ефективності односеансової ТФ-КПТ, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> один сеанс КПТ.</p> <p><b>Терапія віртуальної реальності</b></p> <p>З'являються нові докази терапії віртуальної реальності, які можна використовувати в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, КТ, РЕ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> терапію віртуальної реальності.</p> <p><b>Письмова експозиційна терапія</b></p> <p>З'являються нові докази ефективності терапії письмового впливу (WET), і вона може бути використана в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, віддаючи перевагу ТФ-КПТ, а <b>НЕ</b> письмовій експозиції.</p> <p><b>EMDR (Військова десенсибілізація та переробка пам'яті за допомогою руху)</b></p> <p>З'являються нові докази на користь EMDR, і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак, в рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR.</p>
<p><b>Непсихологічні та нефармакологічні втручання</b></p>	<p><b>Акупунктура</b></p> <p>З'являються нові докази ефективності акупунктури, і вона може бути використана в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> акупунктуру.</p> <p><b>Зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR)</b></p> <p>З'являються нові докази зменшення стресу на основі усвідомленості (MBSR), і вони можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак, в рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> MBSR.</p> <p><b>Нейрофідбек</b></p> <p>З'являються нові докази нейрофідбеку, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> нейрофідбек.</p> <p><b>Повторювана транскраніальна магнітна стимуляція (rTMS)</b></p>

	<p>З'являються нові дані про повторювану транскраніальну магнітну стимуляцію, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Дорослим з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> транскраніальну магнітну стимуляцію (rTMS).</p> <p><b>Трансцендентальна медитація (ТМ)</b></p> <p>З'являються нові докази трансцендентальної медитації, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак, в рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR.</p> <p><b>Йога</b></p> <p>З'являються нові докази ефективності йоги, і їх можна використовувати в дослідницькому контексті. Однак, в рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ, СРТ або EMDR, а <b>НЕ</b> йогу.</p>
<p><b>Фармакологічні втручання</b></p>	<p><b>Кетамін</b></p> <p>З'являються нові докази застосування кетаміну для лікування ПТСР, і його можна використовувати в дослідницькому контексті. Однак, якщо для лікування ПТСР при якому показане медикаментозне лікування, ми рекомендуємо антидепресанти СІЗЗС або СІЗЗСН, а <b>НЕ</b> кетамін.</p> <p><b>Кветіапін</b></p> <p>З'являються нові докази застосування кветіапіну для лікування ПТСР, і його можна використовувати в дослідницькому контексті. Однак, якщо для лікування ПТСР показано медикаментозне лікування, ми рекомендуємо антидепресанти СІЗЗС або СІЗЗСН, а <b>НЕ</b> кветіапін.</p>

### Втручання для дорослих з коморбідним ПТСР

<p><b>Психологічні втручання</b></p>	<p><b>Травмофокусована КПТ для дорослих з коморбідним ПТСР та тяжкими психічними розладами</b></p> <p>З'являються нові докази ефективності ТФ-КПТ для дорослих з коморбідним ПТСР та тяжкими психічними розладами, які можуть бути використані в дослідницькому контексті.</p>
--------------------------------------	--

### Альтернативні способи надання лікування

<p><b>Універсальні втручання</b> (для всіх дорослих, які пережили травму)</p>	<p><b>Інтернет-базована КПТ</b></p> <p>З'являються нові докази КПТ за допомогою інтернет-мережі, і їх можна використовувати в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих протягом перших трьох місяців після травми ми пропонуємо звичайну практику, а <b>НЕ</b> віддаючи перевагу КПТ за допомогою інтернет-мережі.</p>
<p><b>Показані втручання</b></p>	<p><b>Інтернет-керована самопомога</b></p>



(для дорослих із симптомами ПТСР у перші три місяці після травми)	З'являються нові докази щодо керованої самопомоги за допомогою інтернет-мережі, які можуть бути використані в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих із симптомами ПТСР протягом перших трьох місяців після травми ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, РЕ, КТ або коротку EMDR, а <b>НЕ</b> самопомогу в інтернеті під керівництвом.
<b>Втручання дорослих з ПТСР</b>  <b>Психологічні втручання</b>	<b>Травмофокусована КПТ (ТФ-КПТ) через телемедицину (відеоконференції)</b>  Необхідні подальші дослідження для кращого розуміння факторів, що впливають на переваги пацієнтів щодо проведення очної ТФ-КПТ у порівнянні з телемедициною. Однак для дорослих з ПТСР, для яких очна ТФ-КПТ або EMDR недоступні або неприйнятні, умовно рекомендується проводити ТФ-КПТ за допомогою телемедицини.  <b>Терапія віртуальної реальності</b>  З'являються нові докази терапії віртуальної реальності, які можна використовувати в дослідницькому контексті. Однак у рутинній практиці для дорослих з ПТСР ми рекомендуємо пропонувати ТФ-КПТ, КТ або EMDR, а <b>НЕ</b> терапію віртуальної реальності.

### Порівняння з рекомендаціями у попередніх настановах

У цьому розділі наведено короткий огляд змін у рекомендаціях порівняно з Настановами 2013 року.

Для дітей і підлітків, які зазнали травми, існує умовна рекомендація проти індивідуального психологічного дебрифінгу, подібна до рекомендації рівня В, наданої проти цього втручання у 2013 році. Для тих, у кого симптоми з'явилися протягом перших трьох місяців, існує нова умовна рекомендація щодо інтервенції з подолання травматичного стресу у дітей та сім'ї (CFTSI-Child and Family Traumatic Stress Intervention). Для дітей та підлітків з ПТСР рекомендація на підтримку травмофокусованої КПТ (ТФ-КПТ) була посилена з рівня С у 2013 році до наполегливої рекомендації в чинних настановах. Крім того, існує сильна рекомендація щодо застосування травмофокусованої КПТ (ТФ-КПТ) для осіб, які здійснюють догляд за дитиною, і для дітей та підлітків, а також умовна рекомендація щодо застосування EMDR для дітей та підлітків.

Що стосується дорослих, то в чинних настановах міститься умовна рекомендація проти індивідуального або групового психологічного дебрифінгу, подібна до рекомендації рівня В проти цього втручання у 2013 році. Для дорослих із симптомами ПТСР протягом перших кількох місяців у цій настанові міститься нова наполеглива рекомендація щодо використання моделі поетапної/спільної допомоги. Крім того, для дорослих з симптомами ПТСР протягом перших кількох місяців існують умовні рекомендації щодо ТФ-КПТ та EMDR, тоді як у настановах 2013 року для ТФ-КПТ була лише рекомендація рівня С. Важливою зміною в рекомендаціях щодо лікування дорослих з ПТСР є те, що широка категорія КПТ, орієнтованої на травму, була розділена на варіанти КПТ, орієнтованої на травму, з окремими рекомендаціями для кожного з них, що відображає зростання обсягу доказової бази. У 2013 році з'явилася рекомендація рівня А щодо застосування травмофокусованої КПТ або EMDR для дорослих з ПТСР. Поточні настанови містять сильні рекомендації щодо травмофокусованої КПТ, СРТ, КТ, РЕ та EMDR. Крім того, низка втручань отримала умовну рекомендацію для певної групи населення (нарративна експозиційна терапія для біженців) або у випадках, коли травмофокусована КПТ або EMDR є недоступною чи непринятною (групова травмофокусована КПТ, терапія, зосереджена на теперішньому часі, керована КПТ

за допомогою інтернет-мережі, КПТ на основі телемедицини та тренінгу зі стресостійкості (SIT-stress inoculation training)). З цих втручань, КПТ з використанням Інтернету та групова КПТ з використанням ТФ-КПТ отримали рекомендацію рівня С у Настановах 2013 року.

Крім того, з'явилися три нові рекомендації для дорослих з коморбідним ПТСР. Травмофокусована КПТ тепер умовно рекомендована для дорослих з коморбідним ПТСР та розладом залежності від психоактивних речовин, так само як і не травмофокусована КПТ для цієї ж групи населення.

Травмофокусована КПТ також була включена як рекомендація дослідження для дорослих з коморбідним ПТСР і важкими психічними захворюваннями.

Що стосується медикаментозного лікування, то в Настановах 2013 року містилася рекомендація рівня С щодо застосування СІЗЗС у дорослих за наявності показань до медикаментозного лікування. Це схоже на поточну умовну рекомендацію для СІЗЗС (сертралін, пароксетин або флуоксетин), але чинні настанови містять додаткову умовну рекомендацію щодо застосування венлафаксину (СІЗЗСН).

### **Використані джерела**

1. Rauch SA, Kim HM, Powell C, et al. Efficacy of prolonged exposure therapy, sertraline hydrochloride, and their combination among combat veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2019;76(2):117-126.
2. Bohnert KM, Sripada RK, Mach J, McCarthy JF. Same-day integrated mental health care and PTSD diagnosis and treatment among VHA primary care patients with positive PTSD screens. *Psychiatric Services*. 2016;67(1):94-100.
3. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds III CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *Focus*. 2014;12(3):347-358.
4. DeRubeis RJ, Zajecka J, Shelton RC, et al. Prevention of recurrence after recovery from a major depressive episode with antidepressant medication alone or in combination with cognitive behavioral therapy: a phase 2 randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2019.
5. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(2):165-172.
6. Nakagawa A, Grunebaum MF, Ellis SP, et al. Association of suicide and antidepressant prescription rates in Japan, 1999–2003. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68(6):908.
7. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-659.
8. Schneeweiss S, Patrick AR, Solomon DH, et al. Variation in the risk of suicide attempts and completed suicides by antidepressant agent in adults: a propensity score-adjusted analysis of 9 years' data. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):497-506.
9. Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):332-339.
10. Trivedi MH, Fava M, Marangell LB, Osser DN, Shelton RC. Use of treatment algorithms for depression. Primary care companion to the *Journal of clinical psychiatry*. 2006;8(5):291.
11. Dekker W, Baker A, Bisson J. PTSD Prescribing Algorithm V2. Cardiff and Vale Traumatic Stress Service 30 May 2019.
12. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015;49(12):1087-1206

## РОЗДІЛ 6. Комплексний ПТСР

### Вступ

Сфера застосування цих настанов була розширена, щоб включити розгляд комплексного ПТСР (кПТСР), нового діагнозу в МКХ-11 1, який застосовується до дорослих, підлітків і дітей, які пережили тривалі, повторювані або множинні форми травматичного впливу, такі як насильство в дитинстві або тортури (наприклад, 2). У Розділі 2 ми розглянули підхід, застосований у DSM-5 для врахування більш складних проявів ПТСР, шляхом розширення діагностичних критеріїв ПТСР за рахунок включення четвертого симптомокомплексу, пов'язаного з негативними змінами в когнітивних процесах і настрої (що створює загальний пул з 20 пунктів), а також додавання дисоціативного підтипу.<sup>3</sup> МКХ-11 пішла в протилежному напрямку, обмеживши діагностичні критерії ПТСР шістьма потенційними симптомами (по одному обов'язковому симптому з кожного з трьох симптомокомплексів) та включивши в них додатковий діагноз ПТСР. Ця розбіжність може в кінцевому підсумку призвести до відмінностей у рекомендаціях щодо лікування.

Хоча конструкт ПТСР пов'язаний з тривалою або повторюваною травмою, наприклад, такою, що часто включає міжособистісні порушення, діагностичні критерії МКХ-11 не визначають певний тип травми як необхідну умову для постановки діагнозу. Діагноз ПТСР за МКХ-11 складається з шести груп симптомів: три критерії ПТСР - повторне переживання травми, уникнення нагадувань про травму та підвищене відчуття загрози (гіперпильність, реакція переляку), а також три симптоми порушення самоорганізації (PCO), які визначаються як емоційна дисрегуляція, міжособистісні труднощі та негативна Я-концепція. Для постановки діагнозу ПТСР необхідна наявність усіх діагностичних критеріїв ПТСР (вплив принаймні однієї травматичної події та одного симптому з кожної з трьох категорій), а також принаймні одного симптому з кожного з трьох кластерів симптомів розладів самоорганізації (PCO). Крім того, функціональні порушення чітко визначені як обов'язкова вимога для розладу. Може бути поставлений лише один діагноз (ПТСР або кПТСР); якщо діагностичні критерії кПТСР виконуються, то діагноз ПТСР замінює діагноз ПТСР.

Елементи PCO діагностики ПТСР за МКХ-11 відображають вплив, який травма може мати на системи самоорганізації в емоційній регуляції, сферах стосунків та Я-концепції. Таким чином, концептуальна схема діагностики ПТСР за МКХ-11 включає як міжособистісні моделі, так і моделі втрати ресурсів<sup>4</sup> (втрата емоційних, психологічних і соціальних ресурсів) для пояснення травматичних стресових реакцій, на додаток до умовної реакції страху, представленої трьома основними критеріями ПТСР.

Новий діагноз ПТСР враховує давнє занепокоєння в цій галузі, що хронічні/рецидивуючі міжособистісні травми та зловживання мають ширший вплив на психічне здоров'я, що виходить за межі ПТСР, як він визначався раніше. Однак МКХ не визначає критерій травматичного стресу і включає широкі критерії для симптомів ГСР, що призводить до можливості завищеної поширеності та гіпердіагностики.

Визнання ПТСР в МКХ-11 може мати ширші соціальні та економічні наслідки. Несприятливий досвід у дитинстві є поширеним явищем і має міцні довгострокові зв'язки з широким спектром ризикованої для здоров'я поведінки, станом здоров'я та захворюваннями у дорослому віці. За нинішніх моделей надання медичних послуг допомога, яку отримують люди з ПТСР, ймовірно, буде фрагментованою і нескоординованою, що посилюється ймовірним зверненням до кількох служб охорони здоров'я протягом тривалого часу. Необхідно приділяти більше уваги стратегіям профілактики з акцентом на інтеграції лікування та принципах травмоорієнтованої допомоги. Впровадження альтернативних моделей надання допомоги з урахуванням принципів і практики травмоінформованості може допомогти уникнути ненавмисної повторної травматизації осіб з ПТСР і забезпечити більш скоординовану допомогу на шляху до одужання.

### **Концептуалізація ПТСП**

Робоча група DSM-5 з ПТСП критично оцінила існуючу на той час літературу про ПТСП і, здебільшого через брак сучасних доказів і валідності<sup>5</sup>, вирішила не включати ПТСП в якості окремого діагнозу. Натомість багато симптомів розладів самоорганізації (PCO) було включено до ширших діагностичних критеріїв ПТСП. Критерії розладів внаслідок екстремального стресу (DESNOS) (включені в Додаток до DSM-IV і згодом включені як асоційовані ознаки ПТСП в DSM-5 - див. Розділ 2) виявилися пов'язаними з впливом міжособистісної травми, пережитої в дитинстві. Результати польового дослідження DSM-IV за методикою DESNOS виявили значно вищі показники схвалення симптомів, що репрезентують розлади в афективній, самооціночній та реляційній сферах, серед осіб, які зазнали жорстокого поводження в дитинстві, порівняно з тими, хто мав інші види травм в анамнезі.<sup>6</sup> Польове дослідження також виявило, що майже всі особи, які відповідали критеріям DESNOS, також відповідали критеріям ПТСП.<sup>7</sup>

З того часу продовжуються наукові дослідження, спрямовані на обґрунтування концепції, критеріїв оцінки та клінічних характеристик ПТСП,<sup>8</sup> з оглядом емпіричної літератури, що підтверджує відмінність між ПТСП та ПТСП, що призвело до включення ПТСП в МКХ-11. Доведено, що діагноз за МКХ-11 охоплює симптоматику осіб, які пережили більш складні міжособистісні травми, такі як жорстоке поводження з дітьми<sup>9</sup>. Як правило, жорстоке поводження з дітьми (насильство та інші негаразди в дитинстві) призводить до порушення процесів розвитку, пов'язаних з розвитком регуляції емоцій та пов'язаних з ними навичок ефективної міжособистісної поведінки.<sup>10</sup> Вважається, що такі порушення формують нейророзвивальну основу для низки проблем психічного здоров'я.<sup>11</sup>

Подальшу підтримку діагнозу ПТСП за МКХ-11 надають крос-культурні дослідження,<sup>12,13</sup> та література про несприятливий дитячий досвід (ACE). Дослідження ACE проводилося в умовах первинної медичної допомоги з метою ретроспективної та проспективної оцінки довгострокового зв'язку дитячого досвіду з важливими медичними проблемами та проблемами громадського здоров'я.<sup>14</sup> З часом було виявлено, що несприятливий дитячий досвід впливає на нейробиологію, психічне та фізичне здоров'я протягом усього життя.<sup>15</sup> Ключовим висновком є те, наскільки проблеми зі здоров'ям у дорослому віці у тих, хто мав несприятливий досвід у дитинстві, зумовлені стратегіями, механізмами подолання труднощів та поведінкою, які спочатку були захисними спробами впоратися з пережитими негараздами. Огляд Herzog та Schmahl (2018) екстраполює структурні та функціональні зміни мозку, психосоціальні наслідки та несприятливі соматичні наслідки (такі як хронічний біль), пов'язані з ACE.<sup>15</sup> Вони зазначають, що під час певних вразливих фаз розвитку ризик подальших розладів, пов'язаних з ACE (таких як депресія, ПТСП, БДР та зловживання психоактивними речовинами), зростає. Herzog і Schmahl (2018) припускають, що люди з АПФ в анамнезі, які страждають на психічні розлади, відрізняються від осіб з таким самим діагнозом без АПФ,<sup>16</sup> що відповідає зміні в МКХ-11 щодо виділення окремих діагностичних категорій для ПТСП і ПТСП.

### **Проблеми діагностики**

Існує значний збіг між симптомами ПТСП (як визначено в МКХ-11) та іншими розладами, включаючи ПТСП (як визначено в DSM-5), великий депресивний розлад (ВДР) і пограничний розлад особистості (ГРО). Існує думка, що ці та інші розлади слід розглядати як спектр розладів, пов'язаних зі стресом, за такими параметрами, як тяжкість симптомів, природа стресора і реакція на травму.<sup>17</sup> Перетин симптомів ПТСП і ВДР, найімовірніше, викликає діагностичні питання. Оскільки прикордонний розлад особистості (ГРО) має схожі риси з проявами ГРО і часто асоціюється з ПТСП, то точаться дискусії щодо того, чи відрізняється ПТСП від ПТСП, коморбідного з ГРО, і якщо так, то яким чином. Нещодавні дослідження

підтримують виділення діагнозу ПТСР в окрему категорію, хоча симптоми БДР значною мірою перетинаються з симптомами ПТСР.<sup>18</sup>

Діагностичні вимоги до кПТСР включають кілька ознак, які чітко відрізняються від ВДР. Хоча симптоми, пов'язані з проблемами в регуляції емоцій, збігаються, в інших симптоматичних областях вони більш чітко диференційовані. Brewin та колеги (2017)<sup>8</sup> зазначають, що ВДР зазвичай характеризується емоційно напруженими та нестабільними стосунками, які коливаються між ідеалізацією та приниженням сприйняття інших, а також нестабільним почуттям власної гідності, яке чергується між дуже позитивною та негативною самооцінкою. ПТСР, навпаки, характеризується сприйняттям стосунків як складних і таких, яких краще уникати, а також стабільним, хоча і вкрай негативним відчуттям себе.<sup>19</sup> ВДРі ПТСР також відрізняються тим, що для діагностики ПТСР необхідна наявність специфічних для травми симптомів ПТСР, включаючи травматичну подію або події, в той час як ВДР цього не вимагає. Крім того, спроби самогубства та інші види поведінки, що завдають собі шкоди, є частиною діагностичних критеріїв для ВДР, але не для ПТСР.

### **Питання оцінки**

Оцінка ПТСР повинна включати оцінку діагностичних симптомів, супутніх біопсихосоціальних симптомів (включаючи вживання психоактивних речовин, самоушкодження, проблеми у стосунках, дисоціацію, почуття провини та сорому), сімейний та особистий анамнез, включаючи минулі та поточні життєві виклики та стреси (які часто зустрічаються при ПТСР), а також міжособистісні ресурси, сильні сторони та соціальну підтримку. Оскільки існує значний збіг симптомів між проявами ПТСР та іншими розладами, оцінка також повинна включати ретельну диференціальну діагностику з акцентом на симптоми ПТСР, депресії, тривоги і, зокрема, ВДР.

Корисним інструментом для оцінки ПТСР є Міжнародний травматичний опитувальник, короткий опитувальник для самозвіту, розроблений для оцінки діагнозів за МКХ-11 та ПТСР.<sup>20</sup> Також розробляється Міжнародне травматичне інтерв'ю (раніше - Травматичне інтерв'ю за МКХ11).

### **Принципи лікування**

Лікарі первинної медичної допомоги та медичні сестри з психічного здоров'я часто є основними надавачами допомоги людям з ПТСР, незалежно від того, чи отримують вони спеціалізоване травматологічне лікування, чи ні. Принципи надання первинної медичної допомоги та загальної психіатричної допомоги повинні ґрунтуватися на травмоорієнтованій допомозі. Допомога з урахуванням травми - це не лікування, а підхід до надання послуг, який враховує потреби людей, які постраждали від травми. Широко визнана концепція травмоорієнтованої допомоги надана Хоппером, Бассуком та Оліветом (2010)<sup>22</sup> "Травмоорієнтована допомога - це система, що базується на сильних сторонах, яка ґрунтується на розумінні та реагуванні на вплив травми, яка підкреслює фізичну, психологічну та емоційну безпеку як для надавачів послуг, так і для постраждалих, і яка створює можливості для постраждалих відновити почуття контролю та розширення можливостей".

На рівні установи наступні практики відповідають травмоорієнтованій допомозі:

#### **1. Поінформованість про травму**

- Забезпечити навчання та контроль, щоб персонал розумів вплив травми та розпізнавав симптоми і поведінку, що її супроводжують.
- Проводьте рутинний скринінг на наявність травм в анамнезі
- Активно підтримувати самодопомогу та життєстійкість персоналу

#### **2. Наголос на безпеці**

- Забезпечити фізичну та емоційну безпеку для користувачів та надавачів послуг

- Забезпечити чіткий розподіл ролей, обов'язків та меж
- Поважати приватність, конфіденційність, культурні відмінності та різноманітність

### 3. Можливості для відновлення контролю

- Важливість вибору для підвищення ефективності та особистого контролю
- Забезпечення передбачуваного середовища

### 4. Підхід на основі сильних сторін

- Підтримувати розвиток навичок для підтримки психосоціальної стабільності та одужання

На рівні окремого фахівця, який надає допомогу, слід керуватися наступними принципами:

- сприяти безпеці
- сприяти надії та одужанню
- сприяння спокою
- підтримувати зв'язок
- сприяти підвищенню самоефективності
- зосередження на сильних сторонах та ресурсах
- зосередження на власній турботі про себе

### Лікування

Оскільки ПТСР є новим діагнозом, наразі немає прямих доказів того, як його лікувати у дорослих, дітей та підлітків. У літературі точаться суперечки про те, чи є сучасні доказові методи лікування ПТСР ефективними для людей з ПТСР, чи потребують модифікації.<sup>23,24</sup> Бріер і Скотт зазначають, що багатовимірний характер складних травматичних проявів робить дослідження результатів у цій сфері особливо складними, а супутні захворювання, такі як медичні проблеми, постійне домашнє насильство та інші види жорстокого поводження, вживання психоактивних речовин, суїцидальні думки і дисоціація, зазвичай виключаються з досліджень результатів лікування.<sup>25</sup>

### Психологічне лікування

Нещодавній мета-аналіз, який ретроспективно оцінив 51 дослідження лікування ПТСР, щоб визначити, чи включали вони пацієнтів з ПТСР, виявив позитивний вплив стандартних травмофокусованих методів лікування, таких як КПТ, експозиційна терапія та EMDR, на зменшення симптомів ПТСР у пацієнтів з ПТСР.<sup>26</sup> Цей огляд також показав, що КПТ і експозиційна терапія зменшують характерні симптоми ПТСР, включаючи негативну Я-концепцію і порушення взаємовідносин, хоча доказів, які б дозволили зробити висновки щодо їхнього впливу на порушення регуляції емоцій, було недостатньо. Крім того, мета-аналіз показав, що ефективність психологічної терапії була нижчою, ніж неспецифічної терапії (наприклад, консультування), що змусило авторів припустити, що неспецифічні ефекти можуть пояснювати велику частку терапевтичних змін симптомів ПТСР у дослідженнях.

У документі ISTSS Guidelines Position Paper on CPTSD in Adults зазначається, що оскільки ПТСР складається з більшої кількості та різноманітності типів симптомів порівняно з ПТСР, його лікування може включати більшу різноманітність терапевтичних втручань та/або бути більш тривалим.

Існує припущення, що сучасні методи лікування ПТСР, орієнтовані на травму, навряд чи будуть оптимальними для пацієнтів з ПТСР, особливо з огляду на те, що симптоми ДСО можуть порушити взаємодію.<sup>27</sup> Було розроблено кілька адаптацій або альтернатив традиційним методам лікування ПТСР. Наприклад, Cloitre описує послідовний підхід для покращення результатів лікування ПТСР у дорослих. Поетапне втручання (STAIR; Тренінг

навичок афективної та міжособистісної регуляції) спочатку спрямоване на симптоми ГСР і пов'язані з ними проблеми повсякденного функціонування (наприклад, створення відчуття безпеки, емоційної регуляції та соціальних навичок), а обробка пам'яті про травму вводиться пізніше.<sup>28</sup> Незрозуміло, чи необхідна початкова стабілізаційна фаза, і існує думка, що вона може призвести до некорисних затримок у використанні більш травмофокусованих втручань, від яких люди можуть отримати користь.<sup>24</sup> Де Йонг та його колеги стверджують, що докази наразі не підтримують проведення стабілізаційної фази перед наданням травмофокусованого лікування ПТСР.<sup>24</sup> Однак, Клуатре стверджує, що дані вказують на те, що відмова від лікування та загострення симптомів зменшуються, коли лікування супроводжується тренуванням навичок, що передують обробці травматичної пам'яті.<sup>29</sup> Тобто, симптоми ГСР заважають залученню до лікування, і їх потрібно вирішувати до того, як почати лікувати основні симптоми ПТСР. Зрештою, це емпіричне питання, яке потребує подальших клінічних досліджень.

Інтегративний підхід до лікування ПТСР також може сприяти прогресу в лікуванні. Наприклад, РКВ, проведене серед біженців рохінджа, показало, що інтегративна адаптація та розвиток після переслідування і травми (ADAPT) терапія є ефективною для лікування ПТСР (та інших супутніх розладів).<sup>30</sup> Діалектична поведінкова терапія (ДПТ), емпірично підтверджений метод лікування БПР, який допомагає запобігти самошкодженню та покращити міжособистісне функціонування, також може покращити результати лікування осіб з ПТСР. Однак вона не демонструє більшої ефективності, ніж звичайне лікування основних симптомів ПТСР - провини, сорому, придушення гніву, тривоги та контролю імпульсів - у людей з пограничним розладом особистості.<sup>31</sup> Була запропонована адаптація КПТ з модифікованою формою тривалої експозиції (ТЕ), яка, хоча і не була безпосередньо протестована на людях з діагнозом ПТСР, може мати потенціал для покращення результатів лікування в цій групі населення.<sup>32</sup>

Для підлітків було розроблено кілька програм, спеціально призначених для лікування підлітків з комплексною травмою<sup>33,34</sup>. Вони також не були спеціально протестовані з діагнозом ПТСР. На основі поточних даних, специфічні психологічні втручання, сфокусовані на травмі, такі як КПТ, експозиційна терапія та EMDR, виявляються ефективними в лікуванні деяких кластерів симптомів ПТСР.<sup>26</sup> Однак систематичні підходи, сфокусовані на травмі, можуть погано переноситися деякими групами населення з ПТСР (наприклад, особами, які пережили катування), для яких більш доречною може бути інтегрована структура підтримки. Підсумовуючи, можна сказати, що оскільки ПТСР є відносно новим діагнозом, знадобиться більше часу, перш ніж з'явиться доказова база про те, як найкраще лікувати його у дорослих, дітей та підлітків.

### **Фармакологічне лікування**

Наразі не існує науково обґрунтованих методів фармакотерапії ПТСР. Що стосується стандартних методів лікування ПТСР, то існує припущення, що наявність в анамнезі жорстокого поводження з дитиною може передбачити негативну реакцію на медикаментозне лікування ПТСР.<sup>35</sup> Відповідно до сучасних рекомендацій щодо лікування ПТСР, малоймовірно, що будь-який із сучасних психофармакологічних препаратів виявиться ефективним при лікуванні ПТСР; їх оптимально використовувати в поєднанні з психотерапією. Лікування складних травматичних проявів має бути адаптоване на основі даних літератури з лікування ПТСР, БДР та дисоціації. Фармакотерапія для дорослих, ймовірно, буде найбільш корисною на етапі стабілізації/безпеки лікування (за умови, що це є компонентом плану лікування пацієнта).

Як зазначено в Настановах з лікування ПТСР, СІЗС, зокрема флуоксетин, пароксетин і сертралін, зазвичай вважаються препаратами першої лінії фармакологічного лікування. Венлафаксин продемонстрував подібні перспективи. На відміну від них, бензодіазепіни не допомагають зменшити симптоми ПТСР. Їх слід призначати з ще більшою обережністю при

ПТСР, враховуючи їхню здатність викликати толерантність і залежність.<sup>34</sup> Хоча докази ефективності антипсихотиків при ПТСР обмежені - і немає доказів, що підтверджують їх використання при ПТСР, вони з певною частотою застосовуються в клінічній практиці для лікування осіб з цими розладами, особливо в умовах, коли спостерігається високий рівень збудження або агресії.

### **Майбутні дослідження**

Необхідні дослідження, щоб визначити, як оптимізувати результати лікування осіб з діагнозом ПТСР. Варто зосередити увагу на визначенні того, які лікувальні втручання є найбільш ефективними для конкретних груп симптомів, які втручання є найбільш прийнятними для пацієнтів, дослідженні побічних ефектів та оптимальної тривалості різних типів втручань. Подальші дослідження лікування ПТСР у різних культурах (в тому числі в контексті аборигенів і жителів островів Торресової протоки) необхідні з огляду на передбачувані високі показники ПТСР у групах населення, що зазнали травми з покоління в покоління, катувань та інших форм порушень прав людини. Необхідні також дослідження для уточнення проявів і методів лікування ПТСР у дітей і підлітків.

У світлі поточних дебатів у літературі, Караціас та його колеги виступають за вивчення корисності поетапних і не поетапних втручань, а також індивідуальних і групових втручань для лікування ПТСР.<sup>26</sup> Позиційний документ ISTSS Guidelines щодо ПТСР у дорослих представляє ряд майбутніх напрямків досліджень, які допоможуть визначити оптимальні методи лікування ПТСР. До них відносяться (i) порівняння стандартних методів лікування ПТСР з протоколами, які додають компоненти, спрямовані на кластер симптомів РДР; (ii) тестування порядку проведення багатокомпонентних втручань; і (iii) тестування переваг гнучкого проведення багатокомпонентного лікування, спрямованого на найбільш значущі симптоми для конкретного пацієнта (ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Adults, 2019).

### **Дослідження, що проводяться**

Аналіз реєстрів клінічних випробувань показав, що більшість міжнародних досліджень, які проводяться зараз, зосереджені на ефективності втручань, спрямованих на стабілізацію складних симптомів травми.

Розглядаються різні групи населення, включаючи біженців<sup>36</sup>, жінок-правопорушниць<sup>37</sup>, дітей, які перебувають на домашньому догляді<sup>38</sup>, а також людей, які перебувають на стаціонарному<sup>39</sup> та амбулаторному<sup>40</sup> лікуванні. У дослідженнях розглядаються різні індивідуальні та групові лікувальні втручання. Серед втручань, які тестуються, - стабілізаційна програма STAIR<sup>36,41,42</sup>, NET<sup>36</sup> (нарративна експозиційна терапія, часто застосовується в контексті біженців), версія програми "Зв'язок з батьками"<sup>38</sup>, психоосвітні матеріали для комплексних і міжособистісних травм,<sup>43</sup> та інші доповнення або адаптації до традиційного лікування ПТСР.<sup>39</sup>

Також розглядається корисність поетапних і не поетапних втручань. Одне дослідження, проведене в стаціонарній клініці в Норвегії, порівнює поетапне лікування (STAIR плюс нарративна терапія) з двома не поетапними методами лікування (тривала експозиція і STAIR).<sup>41</sup> У Нідерландах проводиться дослідження ефективності тільки EMDR у порівнянні з EMDR, якому передує STAIR<sup>42</sup> для дорослих з ПТСР. Психометричні властивості (наприклад, валідність, надійність) інструментів оцінки ПТСР також оцінюються в даний час, а швейцарське дослідження тестує Міжнародне травматичне інтерв'ю (ITI) - німецьку версію.<sup>44</sup>

### **Використані джерела**

1. World Health Organisation. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2018.



2. Karatzias T, Shevlin M, Fyvie C, et al. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*. 2017;207:181-187.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Hobfoll SE, Mancini AD, Hall BJ, Canetti D, Bonanno GA. The limits of resilience: Distress following chronic political violence among Palestinians. *Social science & medicine*. 2011;72(8):1400-1408.
5. Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL, et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM - 5. *J Trauma Stress*. 2012;25(3):241-251.
6. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*. 2005;18(5):389-399.
7. Roth S, Newman E, Pelcovitz D, Van Der Kolk B, Mandel FS. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1997;10(4):539-555.
8. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:1-15.
9. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*. 2013;4(1):20706.
10. Kim J, Cicchetti D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2010;51(6):706-716.
11. Teicher MH, Samson JA. Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2016;57(3):241-266.
12. Tay AK, Rees S, Chen J, et al. Associations of conflict-related trauma and ongoing stressors with the mental health and functioning of West Papuan refugees in Port Moresby, Papua New Guinea (PNG). *PLoS One*. 2015;10(4):e0125178.
13. Tay AK, Rees S, Chen J, Kareth M, Silove D. The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC psychiatry*. 2015;15(1):111.
14. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*. 2019;56(6):774-786.
15. Herzog JI, Schmahl C. Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9.
16. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013;170(10):1114-1133.
17. Moreau C, Zisook S. Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2002.
18. Jowett S, Karatzias T, Shevlin M, Albert I. Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2019.
19. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5(1):25097.

## РОЗДІЛ 7. ЕКОНОМІЧНІ МІРКУВАННЯ

**Примітка:** Детальна економічна оцінка Настанов 2013 року та ключових рекомендацій міститься в окремому супровідному документі, який можна завантажити з веб-сайту Phoenix Australia. Мета цієї глави - надати широкий огляд економічних міркувань, пов'язаних з діагностикою та лікуванням ПТСР та РАС, з особливим акцентом на австралійському суспільстві.

На основі економічного аналізу, проведеного для попередньої версії цих Настанов, було проведено короткий пошук літератури для виявлення ключових досліджень, опублікованих з 2013 року. Ключові пошукові терміни в поєднанні з ПТСР або травмою включали: економічний, вартість, ресурси, економічна оцінка, витрати-користь, витрати-корисність та економічна ефективність.

### Короткий огляд зібраної літератури

У попередніх Настановах (2013 р.) під час пошуку було виявлено сім записів, шість з яких вважалися потенційно корисними. Поточний пошук виявив ще десять, з яких дев'ять були визнані потенційно корисними. Нижче наведено інтегрований підсумок досліджень, виявлених під час цих пошуків.

### Економічний тягар ПТСР

ПТСР пов'язаний зі значним рівнем інвалідності, зниженням продуктивності та втратою якості життя.<sup>1</sup> Наприклад, дані з 26 країн, що беруть участь у Всесвітньому проекті психічного здоров'я, були проаналізовані з метою вивчення часткової непрацездатності, пов'язаної з низкою фізичних (наприклад, серцево-судинні захворювання, діабет, рак, біль у спині) та психічних розладів.<sup>2</sup> На індивідуальному рівні ПТСР постійно призводить до найвищого рівня часткової непрацездатності, за ним слідує депресія та біполярний розлад. На популяційному рівні фізичні розлади призводять до вищого рівня інвалідності, ніж психічні розлади, через їхню більшу поширеність.

Що стосується адитивної вартості психіатричних розладів порівняно з фізичними, то в дослідженні травматологічних хірургічних пацієнтів Zatzick та ін.<sup>3</sup> повідомили про збільшення тривалості перебування в стаціонарі та вартості лікування на 46-103% ( $p < 0,01$ ) для тих, хто мав психіатричні розлади, порівняно з тими, хто не мав таких розладів. Автори підкреслюють потенційну економічну вигоду від раннього розпізнавання та втручання.

Доведено, що люди з симптомами ПТСР або посттравматичного стресу несуть значно більші витрати на охорону здоров'я порівняно з людьми без цих симптомів,<sup>4-6</sup> або з тими, хто має інші психіатричні діагнози.<sup>7,8</sup>

Наприклад, Чан та ін.<sup>4</sup> досліджували економічні наслідки психічних розладів, спричинених дорожньо-транспортними пригодами в Південній Австралії. Приблизно через дев'ять місяців після аварії 31% респондентів мали депресію, 62% - тривогу, а 29% відповідали критеріям ПТСР. Чан дійшов висновку, що випадки ПТСР призводять до значно більших витрат на охорону здоров'я порівняно з випадками без ПТСР ( $p < 0,001$ ), причому неліковані випадки ПТСР призводять до значно більших економічних втрат, ніж ліковані випадки ПТСР і випадки без ПТСР ( $p < 0,05$ ).

В американському дослідженні Walker et al.<sup>5</sup> вивчалися витрати на охорону здоров'я великої групи жінок. Після поправки на депресію, хронічні захворювання та демографічні фактори, жінки з високим рівнем симптомів ПТСР мали значно більші шанси мати ненульові витрати на охорону здоров'я, ніж жінки з низькими показниками ПТСР.

Порівняно з жінками з низьким рівнем симптомів ПТСР, у жінок з помірними симптомами скориговані загальні річні витрати на охорону здоров'я зросли в середньому на 38%, а в групі з високим рівнем ПТСР - на 104%. Автори припускають, що впровадження заходів з покращення розпізнавання та лікування ПТСР у клініках первинної та спеціалізованої

медичної допомоги може бути економічно ефективним підходом до зниження поширеності цього розладу.

Lamoureux-Lamarche та ін.<sup>6</sup> дослідили витрати на охорону здоров'я, понесені дорослими у віці понад 65 років у канадській вибірці. Витрати включали витрати, пов'язані з амбулаторними візитами та відвідуванням лікаря, гонорарами лікарів, перебуванням у стаціонарі та вживанням ліків. Автори виявили, що дорослі з посттравматичним стресовим синдромом (ПТСР) мали вищі витрати на амбулаторне лікування психотропними препаратами, але не на стаціонарні послуги, ніж ті, хто не мав ПТСР.

Аналогічно, у дослідженні американських ветеранів Іраку та Афганістану, які страждали на депресію з ПТСР або без нього, Чан та його колеги<sup>7</sup> виявили більшу кількість звернень до спеціалізованих психіатричних лікарів та інших амбулаторних установ, більше використання антидепресантів та вищі загальні витрати на охорону психічного здоров'я за попередні 12 місяців у тих, хто мав ПТСР.<sup>7</sup>

В іншому американському дослідженні, в якому порівнювався тягар витрат на охорону здоров'я, пов'язаний з ПТСР, з іншими психічними розладами, річні витрати на одного пацієнта серед цивільного населення США були на 4-9% вищими для пацієнтів з ПТСР, ніж для пацієнтів з великим депресивним розладом.<sup>8</sup> Різниця у витратах була зумовлена більшою кількістю звернень до психіатричних служб серед пацієнтів з ПТСР.

В економічному аналізі витрат на охорону здоров'я після нинішніх конфліктів на Близькому Сході Національне бюро економічних досліджень США виявило, що солдати, розгорнуті в зонах бойових дій, де вони часто контактували з ворогом або були свідками загибелі союзників або цивільних осіб, піддавалися значно більшому ризику суїцидальних думок і ПТСР.<sup>9</sup> За оцінками авторів, витрати на охорону здоров'я, пов'язані з ПТСР, спричиненим бойовими діями, становлять щонайменше 1,5 - 2,7 мільярда доларів США.

Незважаючи на виснажливі наслідки ПТСР, багато людей з цим розладом не звертаються за лікуванням або роблять це лише після того, як відчувають симптоми протягом тривалого періоду.<sup>10</sup> Коенен та його колеги<sup>11</sup> проаналізували Всесвітні дослідження психічного здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я і виявили, що половина учасників з важким ПТСР зверталася за лікуванням, і лише меншість отримували спеціалізовану психіатричну допомогу. Не дивно, що існують значні відмінності в лікуванні ПТСР залежно від рівня доходу країни.<sup>12</sup>

Люди з ПТСР, ймовірно, несуть додаткові витрати, окрім витрат на медичні ресурси, такі як соціальні послуги та втрата продуктивності праці. Дослідження економічних витрат на ПТСР серед дорослого населення Північної Ірландії включало як прямі витрати на лікування (ліки, госпіталізацію та візити до медичних працівників), так і непрямі витрати, пов'язані з втратою продуктивності.<sup>13</sup> Загальні прямі та непрямі витрати на ПТСР у 2008 році в Північній Ірландії оцінювалися в 172,75 млн фунтів стерлінгів. Це дослідження консервативно вказує на масштаби тягара ПТСР для громадського здоров'я серед населення в цілому та пов'язані з ним негативні економічні наслідки.

### **Економічна ефективність лікування**

Економічна ефективність стратегії, послуги або втручання у сфері охорони здоров'я визначається шляхом порівняння витрат і результатів у сфері охорони здоров'я між стратегією та її компаратором. Інформація про економічну ефективність ефективних втручань важлива в контексті розробки клінічних настанов і перетворення досліджень на користь пацієнта.

Існують докази того, що поетапна допомога особам з ПТСР після стихійного лиха може бути настільки ж економічно ефективною, як і звичайна допомога (навички психологічного відновлення).<sup>14</sup> Доведено, що тривала експозиція є більш економічно ефективною, ніж сертралін, селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), при лікуванні дорослих з ПТСР.<sup>15</sup> Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ)<sup>16</sup>, тривала експозиція<sup>17</sup>, когнітивно-процесуальна терапія (КПТ)<sup>17</sup>, вплив віртуальної реальності<sup>18</sup> та СІЗЗС<sup>16</sup> виявляються економічно ефективнішими порівняно з відсутністю лікування або

звичайним лікуванням дорослих з ПТСР. Однак Slade та його колеги (2017) дослідили економічну ефективність 12-16 сеансів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для лікування ПТСР у дорослих із супутніми важкими психічними захворюваннями. У цій дуже специфічній групі населення вони виявили, що КПТ не була більш економічно ефективною, ніж трисесійний тренінг дихання і психоосвітнє втручання.<sup>19</sup>

Хоча існує менше досліджень економічної ефективності лікування дітей та підлітків з ПТСР, два дослідження дійшли висновку, що КПТ є економічно ефективною з точки зору австралійської системи охорони здоров'я.<sup>16,20</sup> Зовсім недавно, але поза австралійським контекстом, Ширер та його колеги<sup>21</sup> використовували дані випробувань для оцінки економічної ефективності когнітивної терапії для дітей та підлітків, які нещодавно зазнали одноразового травматичного стресу (наприклад, зіткнення з автотранспортом або нападу). Вони знайшли попередні докази на підтримку економічної ефективності когнітивної терапії в цій групі пацієнтів.

За відсутності даних клінічних випробувань економічну ефективність можна змоделювати, використовуючи дані про витрати, результати та прогресування захворювання з різних джерел. Одне з таких моделюючих досліджень припустило, що оптимальне, засноване на доказах лікування тривожних розладів, включаючи ПТСР, буде економічно ефективнішим порівняно зі звичайним лікуванням. Іссакідіс та ін.<sup>22</sup> провели дослідження економічної ефективності, метою якого було визначити відвернений тягар та економічну ефективність в Австралії поточного та оптимального (тобто, заснованого на доказах) лікування основних психічних розладів. Автори підраховали, що втручання, які відповідають принципам доказової медицини, отримували від 32% осіб, які зверталися до служб з приводу соціальної фобії, до 64% - з приводу ПТСР. З точки зору прямих витрат на лікування, вони виявили, що лікування ПТСР обходиться дорожче в розрахунку на один випадок на рік, ніж лікування будь-якого іншого тривожного розладу. Згідно з цим дослідженням, особи з ПТСР становлять третину людей, які лікуються від тривожного розладу, але їх лікування становить 40% від загальної вартості лікування всіх тривожних розладів. Автори підраховали, що витрати суспільства на "роки життя з інвалідністю" від ПТСР знизилися б на 34%, якби доказова медицина застосовувалася для всіх. Автори дійшли висновку, що доказова допомога при тривожних розладах принесла б більше користі для здоров'я населення за тієї ж вартості, що й поточна допомога, що призвело б до значного підвищення економічної ефективності лікування.

Моделювання політики, що оцінює економію, пов'язану з універсальним доступом до доказової медицини для ветеранів, свідчить про те, що такий доступ призведе до значної економії коштів. У великому аналізі переваг доказового лікування Кілмер і його колеги використовували мікроімітаційне моделювання для оцінки соціальних витрат на депресію і ПТСР для 261 827 американських військовослужбовців, розгорнутих 30 червня 2008 року для участі в операціях "Непохитна свобода" та "Іракська свобода".<sup>23</sup> Вони підраховали, що за нинішніх стандартів надання медичної допомоги приблизно половина з цих людей будуть лікуватися від цих станів протягом двох років після повернення, а 30 відсотків з них отримають доказове лікування. Автори підраховали, що дворічні соціальні витрати на депресію і ПТСР для цієї когорти становитимуть 923 мільйони доларів США.

Нарешті, на дещо іншу тему Джонс і його колеги дослідили переваги дистанційного скринінгу психічних розладів.<sup>24</sup> Вони виявили, що використання лише телемедицини для скринінгу психічного здоров'я великої кількості солдатів у стислі терміни коштувало дорожче, ніж особистий скринінг.

Солдати надавали значну перевагу особистому скринінгу, а телемедицина призвела до вищих показників направлень до лікарів (потенційно внаслідок більшої кількості хибнопозитивних результатів). Автори роблять висновок, що немає жодних доказів економії коштів або поліпшення прийнятності телемедичного скринінгу психічного здоров'я після розгортання.

### **Підсумок**

Високоякісної наукової літератури дуже мало, особливо щодо економічного тягаря ПТСР та економічної ефективності науково обґрунтованого лікування. Існує обмежена кількість методів лікування, які були включені в економічні оцінки, які ми розглянули, тоді як іншим методам лікування, заснованим на доказах (наприклад, EMDR), приділяється мало уваги в літературі. Крім того, було проведено мало порівнянь активних лікувальних втручань з іншими активними втручаннями.

Однак очевидно, що ПТСР є розладом, який призводить до високого рівня інвалідизації - можливо, навіть вищого, ніж будь-який інший фізичний або психічний розлад. Також зрозуміло, що люди з ПТСР, як правило, є активними користувачами медичних послуг і несуть великі витрати на охорону здоров'я - знову ж таки, вищі, ніж при інших психічних розладах. Існують попередні докази того, що рутинне застосування науково обґрунтованих методів лікування може сприяти не лише покращенню результатів лікування людей з ПТСР, але й зменшенню пов'язаної з ним інвалідності та витрат на охорону здоров'я.

### **Коментар щодо економічного тягаря**

Таким чином, на основі існуючих досліджень очевидно, що ПТСР пов'язаний з високим рівнем використання послуг, високими витратами на охорону здоров'я та довготривалою непрацездатністю. ПТСР є розладом з високим тягарем, який погіршує функціонування в багатьох, якщо не у всіх, сферах життя, з наслідками, що виходять за межі індивідуума і впливають на членів сім'ї та суспільство в цілому. На сьогоднішній день не існує комплексної економічної оцінки ПТСР з соціальної точки зору. Дослідження, включені до цього огляду, зосереджені переважно на використанні послуг охорони здоров'я. Існує небагато доказів, які використовують сурогатні результати тягаря, такі як рівень госпіталізації, порушення працездатності та підвищений ризик дорожньо-транспортних пригод. Крім того, відносна нестача доказів щодо витрат на лікування - особливо в Австралії - ускладнює визначення того, чи є збільшення витрат на охорону здоров'я прямим наслідком ПТСР, чи воно опосередковано пов'язане з погіршенням фізичного здоров'я, яке зазвичай асоціюється з ПТСР.

Важливість вирішення цих питань за допомогою економічних методів в охороні здоров'я була всебічно розглянута МакКроном та ін.<sup>25</sup> Економіка охорони здоров'я надає інструменти (в тому числі аналіз ефективності витрат, витрат і вигод та витрат і корисності) для визначення відносної ефективності різних варіантів лікування. МакКрон робить висновок, що якість життя і ресурсні наслідки ПТСР вимагають кращого розуміння економіки цього розладу та альтернативних способів його лікування. Ці думки поділяють і автори статей з оцінкою витрат, згаданих у попередньому розділі. Економічний тягар, пов'язаний з ПТСР, є значним, але існують методи лікування, які полегшують цей тягар. Однак ці методи лікування вимагають використання обмежених ресурсів, а також бракує належним чином підготовлених клініцистів. В умовах посилення фінансових обмежень необхідно визначити ті медичні втручання, психосоціальні чи фармакологічні, які принесуть найбільшу користь за обмежені кошти, виділені на охорону здоров'я, незалежно від того, чи є вони психосоціальними чи медикаментозними.

### **Поточне фінансування лікування ГРС та ПТСР**

В австралійській системі охорони здоров'я послуги з лікування людей з ПТСР надають різні фахівці, які фінансуються урядами Австралійського Союзу і штатів, а також сторонніми страховими компаніями і самими постраждалими особами. В результаті цих різноманітних механізмів фінансування існують відмінності в доступності лікування в різних штатах. На сьогоднішній день не існує загальної оцінки механізмів фінансування лікування ГРС та ПТСР в Австралії, а ступінь незадоволених потреб у лікуванні невідомий. У цьому контексті важко оцінити доцільність або співвідношення витрат і переваг рекомендацій, наведених у цих настановах.

Цікавим у цьому контексті є той факт, що Настанови 2007 і 2013 років рекомендували 90-хвилинні сесії для травмофокусованої терапії. Деякі юрисдикції створили новий номер пункту, що дозволяє лікарям вимагати обмежену кількість таких подовжених сесій для лікування ПТСР, сфокусованого на травмі (наприклад, на момент написання цієї статті Департамент у справах ветеранів і кілька агентств допомоги жертвам злочинів), а інші юрисдикції дозволяють подовжені сесії ширше, якщо вони можуть бути обґрунтовані (наприклад, *Comcare*). На сьогоднішній день не було опубліковано жодних даних про економічну ефективність цих змін, але принаймні вони дають лікарям можливість отримувати винагороду за науково обґрунтоване лікування. Слід також підкреслити, що багато інших структур оплати праці лікарів, які надають психіатричну допомогу, не передбачають такої тривалості консультацій. Такі короткі консультації можуть сприяти короткій взаємодії - ймовірно, з акцентом на управлінні симптомами - а не рекомендованим травмофокусованим втручанням. З огляду на це, рекомендація щодо 90-хвилинних сесій не ґрунтується на потужній емпіричній базі даних і не повинна обов'язково виключати використання травмофокусованих втручань у коротших (наприклад, одна година) сесіях.

### **Потенційні наслідки**

Очевидними є кілька наслідків. По-перше, існує нагальна потреба у всебічній оцінці економічного тягаря, пов'язаного з ПТСР. Таке дослідження забезпечить платформу для виявлення, вимірювання та оцінки приватних і соціальних витрат, пов'язаних з ПТСР.

По-друге, необхідні ретельні дослідження для визначення економічної ефективності різних втручань, визначених у систематичному огляді та рекомендованих як варіанти лікування. Особливий інтерес представляє дослідження, яке розглядає кожну рекомендацію, якщо вона застосовується в якості лікування першої, другої або третьої лінії, а потім здатне визначити оптимальний пакет економічно ефективних втручань. Враховуючи вплив ПТСР на захворюваність і якість життя, особливо важливо, щоб економічна оцінка використовувала в якості результату показник тягаря хвороби (тобто, рік життя з поправкою на інвалідність (DALY), рік життя з поправкою на якість (QALY), роки життя, втрачені через інвалідність (YLD)).

По-третє, слід провести оцінку поточних механізмів фінансування лікування ГРС та ПТСР, щоб забезпечити виділення достатніх ресурсів. Ця стратегія повинна доповнювати підхід економічної оцінки, щоб забезпечити оцінку та розрахунок вартості повного спектру варіантів лікування.

### **Використані джерела**

1. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109:38-46.
2. Bruffaerts R, Vilagut G, Demyttenaere K, et al. Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. *Br J Psychiatry*. Jun 2012;200(6):454-461.
3. Zatzick DF, Kang SM, Kim SY, et al. Patients with recognized psychiatric disorders in trauma surgery: Incidence, inpatient length of stay, and cost. *J Trauma*. 2000;49(3):487-495.
4. Chan AOM, Air TM, McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. *J Clin Psychiatry*. Feb 2003;64(2):175-181.
5. Walker EA, Katon W, Russo J, Ciechanowski P, Newman E, Wagner AW. Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):369-374.

6. Lamoureux-Lamarche C, Vasiliadis H-M, Préville M, Berbiche D. Healthcare use and costs associated with post-traumatic stress syndrome in a community sample of older adults: results from the ESA- Services study. *International psychogeriatrics*. 2016;28(6):903-911.
7. Chan D, Cheadle AD, Reiber G, Unutzer J, Chaney EF. Health care utilization and its costs for depressed veterans with and without comorbid PTSD symptoms. *Psychiatric Services*. 2009;60(12):1612-1617.
8. Ivanova JI, Birnbaum HG, Chen L, et al. Cost of post-traumatic stress disorder vs major depressive disorder among patients covered by Medicaid or private insurance. *American Journal of Managed Care*. Aug 2011;17(8):E314-E323.
9. Cesur R, Sabia JJ, Tekin E. *The psychological costs of war: Military combat and mental health. (Working paper 16927)*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2011.
10. Bunting B, Murphy S, O'Neill S, Ferry F. Lifetime prevalence of mental health disorders and delay in treatment following initial onset: evidence from the Northern Ireland Study of Health and Stress. *Psychological medicine*. 2012;42(8):1727-1739.
11. Koenen K, Ratanatharathorn A, Ng L, et al. Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological Medicine*. 2017;47(13):2260-2274.
12. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(5):1067-1074.
13. Ferry FR, Brady SE, Bunting BP, Murphy SD, Bolton D, O'Neill SM. The economic burden of PTSD in Northern Ireland. *J Trauma Stress*. 2015;28(3):191-197.
14. Cohen GH, Tamrakar S, Lowe S, et al. Comparison of simulated treatment and cost-effectiveness of a stepped care case-finding intervention vs usual care for posttraumatic stress disorder after a natural disaster. *JAMA psychiatry*. 2017;74(12):1251-1258.
15. Le QA, Doctor JN, Zoellner LA, Feeny NC. Cost-effectiveness of prolonged exposure therapy versus pharmacotherapy and treatment choice in posttraumatic stress disorder (the Optimizing PTSD Treatment Trial): a doubly randomized preference trial. *The Journal of clinical psychiatry*. 2014.
16. Mihalopoulos C, Magnus A, Lal A, Dell L, Forbes D, Phelps A. Is implementation of the 2013 Australian treatment guidelines for posttraumatic stress disorder cost-effective compared to current practice? A cost-utility analysis using QALYs and DALYs. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015;49(4):360-376.
17. Meyers LL, Strom TQ, Leskela J, Thuras P, Kehle-Forbes SM, Curry KT. Service utilization following participation in cognitive processing therapy or prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder. *Mil Med*. 2013;178(1):95-99.
18. Wood DP, Webb-Murphy J, McLay RN, et al. Cost effectiveness of virtual reality graded exposure therapy with physiological monitoring for the treatment of combat related post traumatic stress disorder. *Annual review of cybertherapy and telemedicine*. 2009;7:223-229.
19. Slade EP, Gottlieb JD, Lu W, et al. Cost-effectiveness of a PTSD intervention tailored for individuals with severe mental illness. *Psychiatric services*. 2017;68(12):1225-1231.
20. Gospodarevskya E, Segal L. Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*. 2012;6(15).
21. Shearer J, Papanikolaou N, Meiser - Stedman R, et al. Cost - effectiveness of cognitive therapy as an early intervention for post - traumatic stress disorder in children and adolescents: a trial based evaluation and model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018;59(7):773-780.
22. Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Andrews G, Lapsley H. Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*. Jan 2004;34(1):19-35.
23. Kilmer B, Eibner C, Ringel JS, Pacula RL. Invisible wounds, visible savings? Using microsimulation to estimate the costs and savings associated with providing evidence-based treatment

- for PTSD and depression to veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom. *Psychol Trauma-U.S.* Jun 2011;3(2):201-211.
24. Jones MD, Etherage JR, Harmon SC, Okiishi JC. Acceptability and cost-effectiveness of military telehealth mental health screening. *Psychological Services.* May 2012;9(2):132-143.
25. McCrone P, Knapp M, Cawkill P. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the Armed Forces: Health economic considerations. *J Trauma Stress.* Oct 2003 2003;16(5):519-522.



## РОЗДІЛ 8. КОНКРЕТНІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ ТА ТИПИ ТРАВМ

### Аборигени і жителі острова протоки Торреса

**Коментар робочої групи:** розділ щодо ведення ПТСР в аборигенів та жителів острова протоки Торрес було вирішено вилучити з даної КН. Ознайомитися з ним можна в оригінальній клінічній настанові «*Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: Phoenix Australia; 2020» за посиланням <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2022/08/Chapter-9-1-Aboriginal-and-Torres-Strait-Islander-Peoples-1.pdf>

#### СПЕЦИФІЧНІ ПОПУЛЯЦІЇ І ВИДИ ТРАВМ: ПИТАННЯ ДЛЯ РОЗГЛЯДУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НАСТАНОВИ

Даний розділ містить коментарі з питань, які повинні бути розглянуті при застосуванні рекомендацій настанови до конкретних груп осіб, в яких після травми розвинувся ПТСР, а також до конкретних видів травм. У рамки розділу не входить включення вичерпного переліку всіх травмованих груп населення, а також даний розділ обмежується переліком груп осіб, для яких конкретна контекстна інформація може допомогти при застосуванні рекомендованого лікування.

У той час як існує значна різниця між травмованими групами осіб, визначеними в даному розділі, загальним для багатьох із них є досвід, який полягає в переживанні тривалої і/або повторювальної травмуючої події, що іноді називається травмою II типу (Terr, 1991). У більшості випадків такі тривалі та/або повторювані події сплановані людиною і спрямовані на розвиток у жертви почуття страху, безпорадності і рецидивів. Приклади травми II типу включають в себе дитяче сексуальне або фізичне насильство, насильство в сім'ї, позбавлення волі як військовополоненого, тортури і, можливо, тривалі військові дії. Багаторазовий вплив на травму на рівні суспільства чи сім'ї, такий як, наприклад, у справі відносно аборигенів і жителів острова протоки Торреса, також можна порівняти з цим визначенням. Слід також зазначити, що через стійкий характер деяких травматичних досвідів, люди, які перебувають на лікуванні, все ще можуть відчувати постійну загрозу і мати ризик подальшої експозиції травми. Персонал аварійно-рятувальних служб і військові, жертви сімейного і сексуального насильства, що здійснюється в контексті їх поточної зайнятості, або інтимних і сімейних відносин, є групами, чиє лікування може піддаватися поверненню до небезпечного середовища.

У контексті такого постійного ризику втручання спочатку повинні бути сконцентровані на забезпечення безпеки, стабілізації та управління симптомами, а не на лікування з компонентами, сфокусованими на травмі.

Як вказано у вступі, існує маса літератури, яка передбачає, що сукупність симптомів, які відстежуються при травмі II типу, є більшою, ніж при ПТСР, хоча вони і не обов'язково ширше відображаються у супутній патології та інших психологічних захворюваннях (van der Kolk et al., 1996). Такий прояв, що часто називають як складний ПТСР або розлад крайнього стресу, не уточнений (DESNOS), включає такі симптоми, як імпульсивність, проблеми з регуляцією емоцій, порушення особистості, дисоціативні симптоми, саморуйнуючу поведінку, порушення в сексуальному житті і соматичні симптоми (DSM-IV: APA, 1994). Також до цієї групи, скоріше за все, будуть відноситися питання заподіяння собі шкоди і суїциду. Всі ці особливості необхідно враховувати як у плануванні лікування (див. рекомендації в розділі 2 – Фактори, що впливають на результат лікування), так і в проведенні психологічних втручань (див. рекомендації в розділі 4).

Цей розділ відрізняється від розділів клінічних практичних рекомендацій тим, що він не ґрунтується на систематичних оглядах емпіричних доказів. Він скоріше заснований на інформації, наданій фахівцями з цих напрямків в даних областях. У цьому розділі акцент був

зроблений на популяції, представленій в меншій кількості в дослідженнях, включених до систематичний огляд. Отже, перші дві секції, щодо аборигенів і жителів острова протоки Торрес, а також біженців та осіб, які шукають притулку, є більш повними і містять довідкову інформацію, надану в якості контексту для розуміння впливу конкретних травмуючих подій. Цей матеріал повинен бути використаний в поєднанні з інформацією про конкретні види травматичних подій, яка представлена нижче.

До специфічних груп, які розглядаються у цьому розділі, належать наступні:

- Аборигени і жителі острова протоки Торрес
- Персонал аварійно-рятувальних служб
- Військові і колишні військовослужбовці
- Літні люди
- Біженці та шукачі притулку

До категорій травматичних подій, що розглядаються у цьому розділі, належать наступні:

- Стихійні лиха
- Дорожньо-транспортні пригоди
- Сексуальне насильство
- Тероризм.
- Злочини
- Насильство з боку інтимного партнера

### **Катастрофи**

У цьому інформаційному бюлетені про стихійні лиха розглядаються загальні питання та надаються рекомендації щодо готовності, презентації, оцінки та лікування для фахівців, які працюють з групами та окремими особами, що постраждали від стихійних лих.

### **Передумови виникнення проблем**

За своєю природою катастрофи - це великомасштабні події, які впливають на значні групи населення. Існує безліч природних та інших видів катастроф. Деякі з них, такі як землетруси та лісові пожежі, зачіпають місцеву громаду і впливають на відносно чітко визначений географічний регіон. Інші можуть мати ширшу зону впливу. Питання про те, чи можна вважати довготривалі стихійні лиха, такі як сильна посуха або інші наслідки зміни клімату, подією Критерію А для ПТСР, є предметом певних дебатів. Більшість погодиться з тим, що хоча такі події можуть мати руйнівний психологічний вплив на тих, хто безпосередньо постраждав, вони не несуть гострої загрози життю, яка характеризує події критерію А і є обов'язковою умовою в моделях формування страху. Особи, чия рідна громада постраждала, ймовірно, зазнають численних вторинних стресів, особливо у випадку руйнування житла, засобів до існування, інфраструктури тощо. Для інших травматичний досвід буде обмежений самою катастрофою, як, наприклад, для тисяч туристів, репатрійованих після цунамі 2004 року в Південно-Східній Азії. Характер травматичного впливу катастроф значно варіюється залежно від типу катастрофи і близькості людини до її збудника. Крім того, катастрофи, ймовірно, мають різний вплив на первинних жертв, порівняно з впливом на вторинних жертв (наприклад, персонал аварійно-рятувальних служб, який зобов'язаний брати участь у пошуково-рятувальних роботах).

### **Питання для планувальників послуг**

З огляду на кількість постраждалих людей на потенційно величезній географічній території, катастрофи становлять унікальний виклик для планувальників послуг. Існує певна підтримка корисності загальних низькорівневих послуг на рівні громади як найкращих джерел підтримки, що сприяють визначенню потреб і використанню більш спеціалізованих втручань у сфері психічного здоров'я. Чисельність населення, яке постраждало від катастрофи, має вирішальне значення для визначення структури лікувальних послуг, необхідних для подолання її наслідків. Оптимально, щоб будь-які послуги з лікування були пов'язані з існуючими службами охорони здоров'я, яким жертви катастрофи довіряли ще до події. Частою

помилкою є те, що планувальники припускають, що потреба в послугах виникне на ранній стадії, тоді як насправді, як правило, відразу після катастрофи спостерігається низький рівень користування послугами, з поступовим зростанням потреби протягом приблизно двох років після події. Після катастрофи, особливо у світлі даних про дебрифінг, особи, відповідальні за управління катастрофами, повинні намагатися обмежити (або, принаймні, координувати і контролювати) численних волонтерів, які з'явилися для надання "консультацій після катастрофи" в період після такої події. Ці люди та їхнє бажання допомагати іноді можуть стати серйозною проблемою з точки зору логістики та управління великою кількістю людей, що скупчуються в зоні лиха. Важливо, щоб дані про дебрифінг і лікування гострих станів були надані особам, які беруть участь у формуванні політики, для забезпечення того, щоб структура і характер послуг забезпечували науково обґрунтоване втручання.

У гострий період після трагедії оптимально надавати першу психологічну допомогу в поєднанні з гострими соціальними потребами населення. Крім того, на ранній стадії відновлення слід прийняти рішення про те, чи варто розпочинати систематичну інформаційно-просвітницьку роботу з акцентом на скринінг. У систематичному огляді заходів з охорони психічного здоров'я у відповідь на катастрофи на рівні громади North and Pfefferbaum (2013)<sup>1</sup> виявили, що системний підхід до своєчасного надання відповідних послуг з охорони психічного здоров'я під час катастроф має бути інтегрований у заходи з надання екстреної медичної допомоги та травматологічної допомоги. Якщо така програма буде впроваджена, слід визначити групи високого ризику і націлити на них свою діяльність, а не припускати, що всі люди в даній географічній зоні повинні пройти скринінг. До груп підвищеного ризику належать ті, хто втратив сім'ю, зазнав значного руйнування майна або отримав поранення; люди з уже наявними психічними розладами або хронічною інвалідністю; жінки і діти; соціально ізольовані члени громади.<sup>2</sup>

Катастрофи - це можливість усунути багато застарілих недоліків у наданні психіатричної допомоги постраждалому населенню. Тому такі події мають велике значення для забезпечення впровадження високоякісних програм допомоги, заснованих на доказах. Вони надають можливість модернізувати та покращити якість клінічної допомоги для широких верств населення. Особи, які вже були травмовані раніше, можуть вперше звернутися за допомогою після катастрофи. Тому лікарі, які надають допомогу постраждалому населенню, повинні володіти навичками, які дозволять їм справлятися з широким спектром травматичних подій.

У катастрофах, що призводять до загибелі великої кількості людей, особливу увагу слід приділяти питанню травматичної втрати. У таких випадках лікування лише ПТСР не вирішить усіх проблем, з якими стикається людина. Необхідно звернути увагу на взаємодію між травматичними спогадами людини і процесом переживання горя. Крім того, у ситуаціях з великими масовими жертвами, надання базових навичок і навчання хірургів, лікарів і медсестер, які надають допомогу, щодо наслідків травми і раннього втручання, може бути методом поширення інформації та основних принципів серед великої кількості людей.

Висвітлення катастроф у засобах масової інформації дає можливість надати інформацію великій кількості людей. Тому важливо мати інформаційні ресурси, які можуть бути надані різним організаціям, що мають постійний контакт з людьми, які постраждали від катастрофи. Такі інформаційні листки можуть допомогти полегшити зв'язок між тими, хто потребує допомоги, і відповідними службами лікування. Рекомендується використовувати заздалегідь розроблені інформаційні листівки від відомих організацій, що займаються питаннями травми, таких як Червоний Хрест, Управління з надзвичайних ситуацій, Фенікс Австралія, Національний центр ПТСР США та інші урядові веб-сайти, які можна адаптувати до конкретних громад, додавши до них місцеві шляхи надання медичної допомоги. В ідеалі, слід забезпечити доступ до інформаційних листів, адаптованих для особливих груп ризику.

Персонал, залучений до рятувальних та відновлювальних робіт, багато з яких, ймовірно, є членами постраждалої громади, також може бути стурбований пережитим під час та після катастрофи (див. також *Інформаційний бюлетень для персоналу екстрених служб*). Волонтери, більшості з яких бракуватиме досвіду та підготовка професійного персоналу

аварійно-рятувальних служб, можуть бути залучені до допомоги у відновленні після катастрофи. Ця група, як правило, має психічні розлади, більш подібні до тих, хто безпосередньо пережив катастрофу, ніж професійні рятувальники,<sup>3</sup> і може не мати доступу до організаційної підтримки в разі розвитку ПТСР або пов'язаних з ним симптомів у результаті пережитого досвіду. Тому при плануванні послуг з охорони психічного здоров'я після катастрофи слід враховувати потреби волонтерів, які надають допомогу.

## **Питання для постачальників послуг**

### **Презентація**

Відразу після катастрофи настає драматичний період, коли намагаються пом'якшити безпосередні фізичні загрози і вжити заходів для забезпечення фізичної безпеки та добробуту постраждалого населення. Це передбачає надання екстреної продовольчої допомоги та притулку, а також забезпечення безпеки майна людей, якщо їхні будинки були зруйновані. Також необхідно задокументувати та підрахувати понесені збитки. Відразу після цих подій є невелика група людей, які відчувають гострий стрес (і навіть можуть розвинути гострий дистресовий розлад). Однак більшість людей реагують на практичні вимоги ситуації, і їхній психологічний дистрес не є нагальною проблемою.

Після таких подій часто проходить багато часу, перш ніж люди звертаються за медичною допомогою. У громадах існує очікування, що люди, які зазнали значних втрат, будуть відчувати певний ступінь тривалого дистресу. Як тільки в громаді відновлюється відносний рівень нормального життя, для деяких людей переживання дистресу залишаються і можуть навіть посилитися. Саме в цей час часто зростає частота звернень за медичною допомогою. Іншими словами, як тільки зовнішні вимоги починають зменшуватися, а очевидні причини дистресу зникають, люди починають визнавати можливість того, що їхній дистрес не відповідає реальності їхніх обставин, і можуть звернутися за допомогою.

Психологічний дистрес після катастроф може проявлятися у формі сімейного неблагополуччя, зловживання психоактивними речовинами та конфліктів у постраждалій громаді. Хоча соціальні відносини можуть покращуватися після катастроф, існує все більше доказів того, що стрес, спричинений катастрофами, може підірвати як міжособистісні стосунки, так і почуття спільноти<sup>4</sup>. Через вищий рівень травматизації особи, які були змушені покинути свої домівки внаслідок катастрофи, можуть відчувати більш значний дистрес.<sup>5</sup> Катастрофи викликають не лише ПТСР, але й низку інших можливих проявів, таких як розлади адаптації, великий депресивний розлад та зловживання психоактивними речовинами. Однак слід зазначити, що лише незначна меншість людей, які зазнали впливу катастрофи, матимуть серйозні психологічні проблеми.<sup>4</sup> Деякі з тих, хто вижив, постраждають від фізичних травм, і у них часто спостерігається низка неспецифічних соматичних симптомів. Сприйняття загрози життю збільшує ризик виникнення фізичних симптомів протягом року після катастрофи.<sup>6</sup> Фізичні скарги можуть виникати з супутніми психологічними симптомами або без них.

Однією з найхарактерніших ознак ПТСР у таких умовах є значна тривога, яку демонструють люди, коли виникає загроза подібної події. Запущена модель дистресу - це те, що можна легко спостерігати. Виражені симптоми гіперзбудження після катастрофи можуть бути пов'язані з більшими функціональними порушеннями, більшою кількістю лікарняних листів і повідомленнями про супутні проблеми, такі як соціальна замкнутість, почуття провини і нижча задоволеність життям.<sup>7</sup>

### **Оцінка**

Якщо вся інфраструктура громади не зруйнована, більшість постраждалих від катастроф воліють користуватися знайомими їм мережами надання допомоги, зосереджуючись насамперед на місцевих лікарях загальної практики. Враховуючи затримку у зверненні за допомогою, існує можливість для навчання місцевих лікарів загальної практики, медичного персоналу та інших працівників первинної медичної допомоги діагностиці та оцінці ПТСР та інших психіатричних розладів, які можуть виникнути у постраждалих. Слід також визнати, що деякі люди вважають за краще не звертатися за допомогою до місцевих лікарів, побоюючись

таких проблем, як конфіденційність і стигматизація в невеликій громаді. Таким чином, постачальники послуг, які знаходяться на певній відстані від зони руйнувань, також повинні усвідомлювати потенціал збільшення кількості звернень за допомогою.

Враховуючи передбачуваність проблем з психічним здоров'ям у деяких членів громади після катастрофи, якщо постраждале населення можна чітко окреслити, слід розглянути можливість проведення інформаційно-просвітницької програми, що включає скринінг для осіб з високим ризиком. Такий підхід слід розглядати лише за наявності відповідних клінічних служб для надання допомоги виявленим особам. Прості короткі скринінгові заходи з подальшим використанням стандартних діагностичних інструментів, таких як PCL, опитування за шкалою симптомів ПТСР (PSS-I) і шкала ПТСР, що застосовується лікарем (CAPS), для тих, хто має позитивний результат скринінгу, підходять для використання в таких умовах.

Оцінки, що проводяться в цих групах населення, повинні враховувати той факт, що в постраждалій громаді буде існувати фоновий пул психіатричної захворюваності. Завдання полягає в тому, щоб визначити тих осіб, у яких відбулося загострення або модифікація існуючих симптомів, а не поява нового захворювання. Це важливо для надання лікування.

### **Лікування**

Як зазначалося вище, у людей, які пережили катастрофи, спостерігаються різні форми психологічного дистресу, і, ймовірно, існує широкий спектр клінічних потреб. Для тих, у кого розвивається ПТСР, зазвичай застосовуються рекомендовані методи лікування. Однак існує низка специфічних проблем, які включають в себе наступні:

- Велика кількість людей, які потенційно потребують доступу до лікування протягом тривалого періоду часу. Важливо, щоб ці постраждалі громади мали доступ до науково обґрунтованих методів лікування ПТСР. Це є особливо складним завданням у сільських і віддалених громадах, де часто бракує належним чином підготовлених лікарів. Однак відстань не обов'язково повинна бути перешкодою для отримання допомоги, оскільки з'являється все більше доказів того, що послуги телемедицини можуть забезпечити ефективне лікування ПТСР та інших поширених проблем психічного здоров'я.<sup>8-10</sup> Хоча деякі методи лікування в Інтернеті ще перебувають на стадії становлення, вони є перспективними, особливо якщо їх підтримувати низькорівневою клінічною допомогою.
- Кілька членів однієї сім'ї можуть постраждати одночасно, що може вплинути на структуру симптоматичного дистресу, наприклад, якщо страждають і чоловік, і дружина. Дійсно, реакція інших дорослих членів сім'ї може мати більший вплив на підтримку симптомів ПТСР, ніж вплив самої катастрофи.<sup>11</sup> Лікування може потребувати врахування цих аспектів взаємовідносин, оскільки вони можуть впливати на патерни відходу та уникнення.
- У випадках, коли людина з ПТСР зазнала економічних і соціальних труднощів внаслідок катастрофи, обставини, в яких вона опинилася, можуть слугувати постійним нагадуванням про її травматичний досвід і, таким чином, ускладнювати лікування.
- Хронічний ПТСР пов'язаний зі збільшенням сприйняття загрози життю під час катастрофи. Когнітивна терапія, спрямована на реалістичну оцінку загрози, може бути корисною для людей, чиє сприйняття інтенсивності загрози посилюється з часом.<sup>12</sup>

### **Робота з дітьми**

На розвиток симптомів посттравматичного стресу у дітей після катастрофи впливає низка факторів, зокрема стать, вік, ступінь особистої втрати, рівень сприйняття загрози, втрата друга або коханої людини, ступінь травми, свідчення смерті або поранення інших людей, психічне здоров'я матері та її чутливість до потреб дитини, рівень сімейної та соціальної підтримки, наявність психопатології в минулому та економічний статус.<sup>13,14</sup> З'являються нові докази того, що старші діти та діти з вищим рівнем IQ мають підвищений ризик розвитку ПТСР.<sup>13,14</sup> Вік також може впливати на розуміння дітьми катастроф; наприклад, молодші діти можуть мати

магічні уявлення про катастрофи, наприклад, про те, що шторми мають певні наміри.<sup>15</sup> Вік також може впливати на розуміння дітьми своїх симптомів: старші діти більш здатні ідентифікувати думки, пов'язані з катастрофою, як небажані та нав'язливі.<sup>16</sup>

Заходи на рівні школи ефективно сприяють відновленню дітей після катастрофи. Звичайну шкільну діяльність слід відновлювати якомога швидше; окрім переваг відновлення звичного розпорядку дня, шкільна спільнота заохочує участь у відповідних меморіальних ритуалах і просоціальних заходах.<sup>17</sup> Заходи на базі школи також добре підходять для сприяння соціальним зв'язкам, низький рівень яких пов'язаний з більш важкими симптомами ПТСР у дітей, які пережили катастрофу.<sup>18-20</sup> Враховуючи потенційний довгостроковий вплив катастроф на когнітивний розвиток і академічні навички дітей, зокрема, на навички рахування і читання, дітям, які суттєво постраждали від катастрофи, також слід пропонувати програми академічної корекційної підтримки.<sup>21</sup>

Стихійні лиха дещо незвичні тим, що їх переживають усі члени родини. Окрім того, що діти переживають під час самого стихійного лиха, на них також впливає реакція батьків.<sup>22</sup> Таким чином, при оцінці та лікуванні проблем психічного здоров'я важливо враховувати як сімейну одиницю, так і окрему людину. Існують певні докази того, що психопатологія матерів і батьків може відігравати диференційовану роль у впливі на психічне здоров'я їхніх дітей; депресія і симптоми посттравматичного стресу у дітей можуть бути тісніше пов'язані з депресією і симптомами посттравматичного стресу у їхніх матерів і батьків відповідно.<sup>23</sup>

Дітям і молодим людям з ПТСР внаслідок катастрофи слід запропонувати курс травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, адаптованої відповідно до їхнього віку, обставин і рівня розвитку.

### Рекомендована література

Drabek, T. E. (1986). Human system responses to disaster: An inventory of sociological findings. New York: Springer-Verlag.

Journal of Clinical Psychiatry, 67(Supplement 2). (2006). After the Tsunami: Mental health challenges to the community for today and tomorrow.

Kaniasty, K., & F., N. (1999). The experience of disaster: Individuals and communities sharing trauma. In R. Gist & B. Lubin (Eds.), Response to disaster: Psychosocial, community, and ecological approaches. Ann Arbor: Brunner/Mazel.

Norris, F. H., Friedman, M. J., & Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. Psychiatry, 65(3), 240-260.

Ursano, R., Fullerton, C., Weisaeth, L., & Raphael, B. (2011). Textbook of disaster psychiatry. New York: Cambridge University Press.

Although not a focus of these guidelines, in the context of disaster recovery, readers may be interested in the following resources that are oriented towards psychological first aid (PFA).

- Australian Psychological Society/Red Cross: PFA – An Australian Guide (available from [www.psychology.org.au](http://www.psychology.org.au))
- National Center for PTSD: PFA Field Operations Guide (available from [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov))
- Note that both the above sites have links to an online training program in PFA developed by the US
- National Center for PTSD.
- Australian Psychological Society: Psychosocial Support in Disasters ([www.psid.org.au](http://www.psid.org.au))
- World Health Organization: PFA Guide for Field Workers (available from [www.who.int/publications](http://www.who.int/publications))

### Джерело та дописувачі

Інформаційний бюлетень про *катастрофи* був спочатку розроблений Фенікс Австралія у співпраці з Ендрю Когланом, національним менеджером Служби з надзвичайних ситуацій Червоного Хреста Австралії, та професором Олександром Макфарлейном, директором Центру

досліджень травматичного стресу Університету Аделаїди. Згодом він був оновлений пані Джейн Нурсі з Фенікс Австралія.

### Цитування

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: Disasters in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020.

### Посилання

1. North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA*. 2013;310(5):507-518.
2. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *bmj*. 2016;353:i2016.
3. Thormar SB, Gersons BPR, Juen B, Marschang A, Djakababa MN, Olf M. The mental health impact of volunteering in a disaster setting: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010;198(8):529-538.
4. Bonanno GA, Brewin CR, Kaniasty K, Greca AML. Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological science in the public interest*. 2010;11(1):1-49.
5. Davis TE, Grills-Taquechel AE, Ollendick TH. The psychological impact from Hurricane Katrina: Effects of displacement and trauma exposure on university students. *Behavior Therapy*. 2010;41(3):340-349.
6. Keskinen-Rosenqvist R, Michelsen H, Schulman A, Wahlstrom L. Physical symptoms 14 months after a natural disaster in individuals with or without injury are associated with different types of exposure. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011;71(3):180-187.
7. Heir T, Piatigorsky A, Weisaeth L. Posttraumatic stress symptom clusters associations with psychopathology and functional impairment. *J Anxiety Disord*. 2010;24(8):936-940.
8. Mohr DC, Vella L, Hart SL, Heckman T, Simon G. The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008;15:243-253.
9. Tuerk PW, Yoder M, Ruggiero KJ, Gros DF, Acierno R. A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. *J Trauma Stress*. 2010;23(1):116-123.
10. Bouchard S, Paquin B, Payeur R, et al. Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemed J E-Health*. 2004;10(1):13-25.
11. Nygaard E, Wentzel-Larsen T, Hussain A, Heir T. Family structure and posttraumatic stress reactions: A longitudinal study using multilevel analyses. *BMC Psychiatry*. 2011;11:195.
12. Heir T, Piatigorsky A, Weisaeth L. Longitudinal changes in recalled perceived life threat after a natural disaster. *Br J Psychiatry*. 2009;194(6):510-514.
13. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:1-15.
14. Bothe DA, Olness KN, Reyes C. Overview of children and disasters. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2018;39(8):652-662.
15. Franks BA. Moving targets: A developmental framework for understanding children's changes following disasters. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2011;32(2):58-69.
16. Sprung M, Harris PL. Intrusive thoughts and young children's knowledge about thinking following a natural disaster. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(10):1115-1124.
17. Hobfoll SE, Watson PE, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007;70(4):283-315.

18. McDermott B, Berry H, Cobham V. Social connectedness: A potential aetiological factor in the development of child post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46(2):109-117.
19. Foa E, Capaldi S. Manual for the administration and scoring of the PTSD symptom scale–interview for DSM-5 (PSS-I-5). 2013.
20. Foa EB, McLean CP, Zang Y, et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale Interview for DSM–5 (PSSI–5). *Psychological Assessment*. 2016;28(10):1159.
21. Gibbs L, Nursey J, Cook J, et al. Delayed disaster impacts on academic performance of primary school children. *Child Dev*. 2019;90(4):1402-1412.
22. Polusny MA, Ries BJ, Meis LA, et al. Effects of parents' experiential avoidance and PTSD on adolescent disaster-related posttraumatic stress symptomatology. *Journal of Family Psychology*. 2011;25(2):220-229.
23. Kilic C, Kilic EZ, Aydm IO. Effect of relocation and parental psychopathology on earthquake survivorchildren's mental health. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011;199(5):335-341.



## **ПЕРСОНАЛ ЕКСТРЕНИХ СЛУЖБ**

У цьому інформаційному бюлетені для персоналу служб екстреної допомоги розглядаються загальні питання та надаються рекомендації щодо презентації, оцінки та лікування для лікарів, які працюють з персоналом служб екстреної допомоги.

### **Передумови виникнення проблем**

Нещодавнє національне опитування персоналу екстрених служб по всій Австралії показало, що рівень поширеності ПТСР серед працівників екстрених служб становить 10 відсотків. Цей показник варіюється від шести відсотків серед працівників державних служб з надзвичайних ситуацій до восьми відсотків у швидкій допомозі, дев'яти відсотків у пожежно-рятувальній службі та 11 відсотків у поліції.<sup>1</sup> Показники серед тих, хто перейшов на іншу роботу, ймовірно, значно вищі.<sup>2</sup> Крім того, існує аналогічна за чисельністю група працівників екстрених служб, які мають значний дистрес, що проявляється у вигляді субсиндромних симптомів ПТСР, які піддаються значному ризику подальшої ескалації при постійному травматичному впливі.<sup>3</sup>

Характер впливу, якого зазнають працівники екстрених служб, як і військовослужбовці, дещо відрізняється від впливу інших груп населення, схильних до травматизму. Їх оперативна роль передбачає очікування травматичного впливу. Крім того, нерідко працівники екстрених служб працюють у кількох службах протягом своєї кар'єри, що збільшує їхню схильність до потенційно травматичних подій протягом життя. Наприклад, 65% персоналу столичної пожежної служби (ПС)

Південної Австралії мають досвід роботи в інших екстрених службах (поліція, швидка допомога,

ДСНС або ADF) або до, або одночасно з роботою в ПС.<sup>3</sup>

Клінічна картина у працівників екстрених служб рідко виникає після першого контакту з одним травматичним інцидентом. Більш поширеним є процес сенсibilізації, коли повторний досвід травматичних інцидентів призводить до поступового посилення реакцій з плином часу.<sup>4</sup> Близьким до цього є процес "розпалювання", коли повторний вплив травматичних подій призводить до підвищеної реактивності, так що події, які раніше не впливали на людину, починають викликати симптоми психічного здоров'я.<sup>4</sup> Таким чином, багато людей відчувають значний субсиндромальний дистрес, який може знизити їхню стійкість до майбутніх травматичних подій і підвищити ризик розвитку ПТСР у майбутньому.<sup>5</sup>

Незважаючи на те, що в організаціях існують системи для мінімізації ризиків травматизму, а персонал спеціально навчений протидіяти загрозам і небезпекам, ці стратегії, безумовно, мають свої обмеження.

Крім того, працівники екстрених служб піддаються значним рутинним робочим стресам, таким як довгий робочий день, фізичні навантаження, міжособистісні конфлікти, бюджетні обмеження і так далі. Існують певні докази того, що щоденні стресові фактори низького рівня можуть бути тісніше пов'язані з розвитком ПТСР, ніж досвід ізольованих поодиноких критичних інцидентів.<sup>6,7</sup>

### **Організаційні фактори**

Особливий виклик для цих груп людей полягає в тому, щоб розпочати лікування якомога раніше. Використання принципів профілактики дозволяє мінімізувати розвиток низки вторинних моделей адаптації, які самі по собі можуть становити значну загрозу. Особливого значення набувають системи допомоги, які забезпечують ранню ідентифікацію, наприклад, скринінг та боротьбу зі стигматизацією на робочому місці. Визнання цінності для організації підтримки бази навичок висококваліфікованих офіцерів є важливим пріоритетом у заохоченні загальної зміни ставлення в цих організаціях.

Значний досвід роботи з цими конкретними групами також важливий для клініцистів, оскільки розуміння специфічної культури цих організацій може мати вирішальне значення для розвитку позитивних терапевтичних стосунків з пацієнтами з РАС або ПТСР.

### **Скринінг**

Систематичний скринінг потенційно відіграє важливу роль у виявленні РАС або ПТСР у працівників екстрених служб, які або постійно перебувають у ситуаціях підвищеного ризику,

або нещодавно брали участь у бойових діях чи великих подіях, що несуть значний ризик розвитку ПТСР. Дослідження за участю поліцейських свідчать, що чим рідше відбувається певна подія (тобто, чим менше вона вважається нормальною частиною роботи), тим більше вона сприймається як травматична.<sup>8,9</sup> Однак слід визнати, що поява симптомів може бути відтермінована, що вказує на важливість щорічної оцінки стану здоров'я на додаток до первинного скринінгу.<sup>10</sup> Заповнення скринінгових опитувальників слід розглядати лише як керівництво до більш систематичної діагностичної оцінки, яку повинен проводити кваліфікований клініцист.

У поліції, армії та пожежних службах було випробувано низку психометричних інструментів для моніторингу появи симптомів (наприклад,<sup>7,8</sup>). Однак, доки вони не будуть більш ретельно досліджені, рекомендується використовувати стандартні заходи, такі як Контрольний список посттравматичного стресового розладу за DSM-5 (PCL-5)<sup>11</sup>. Заходи повинні гнучко застосовуватися з урахуванням характеру впливу, визнаючи потенціал кумулятивної травми, а не зосереджуючись на впливі лише однієї травматичної події.

З огляду на проблеми з приховуванням симптомів, що виникають через побоювання щодо несприятливого становища та дискримінації, існують певні докази того, що при визначенні направлення на клінічне обстеження слід використовувати нижчі порогові значення.<sup>12</sup> Будь-який скринінговий процес повинен також регулярно опитувати фіксовану частку людей, які мають симптоми, щоб усунути стигматизацію при направленні на подальше спостереження.

### **Представлення симптомів**

Прояв симптомів у цій групі, як правило, дещо відрізняється від інших жертв травматичного стресу. Зв'язок між травматичним впливом і робочим місцем означає, що ПТСР у цих випадках часто має непрямий прояв. Наприклад, труднощі людини можуть проявлятися у зростаючому конфлікті з керівництвом через різноманітні робочі та дисциплінарні питання. Крім того, у людини може бути тривалий період симптоматичного дистресу, який вона намагається мінімізувати і заперечувати.

Загальне відчуття товарищескості та колегіальної підтримки в цих організаціях часто допомагає людині підтримувати фасад функціонування. Невдале просування по службі або дисциплінарне стягнення часто стає фокусом, навколо якого проявляється дистрес людини, і може бути наслідком дедалі більш дезорганізованої поведінки людини. Непрямий прояв дистресу може затримати належну оцінку та діагностику.

Клінічний прояв дистресу людини в таких ситуаціях може відбуватися різними способами, включаючи наступні.

- Гнів є важливою проблемою в цій групі населення. Попередній гнів може впливати на розвиток ПТСР після критичного інциденту, а ПТСР, у свою чергу, пов'язаний зі зростанням гніву.<sup>5</sup>
- Коморбідне зловживання алкоголем - не рідкісний випадок, коли людина намагається займатися самолікуванням. Пов'язані з цим міжособистісні та професійні труднощі можуть призвести до того, що інші люди, окрім особи, яка страждає на ПТСР, будуть знати про ці труднощі раніше, ніж вона сама.
- Міжособистісний конфлікт у сім'ї, зокрема, спалахи насильства, є ще одним непрямим проявом, який може бути вперше доведений до відома соціальних служб від вторинної жертви, наприклад, від чоловіка або дружини.
- Спочатку у людини може спостерігатися тривалий період заціпеніння і підвищеної міжособистісної нечутливості. Це може проявлятися в неналежному управлінні молодшим персоналом або конфлікті з начальством.
- Інтенсивна картина дистресу може виникнути у відповідь на нещодавню травматичну подію. Нещодавня подія може мати певну схожість з попереднім впливом, який відіграв важливу роль у первинному порушенні реактивності людини до стресу. Таким чином, необхідно оцінити лонгітудну структуру симптомів, а також гостру дезорганізацію у відповідь на нещодавні впливи.

- Люди, які залишають організацію, можуть вперше з'явитися через деякий час після звільнення. Втрата ідентичності та підтримки через структуру організації, яка забезпечувала сенс існування людини, може призвести до прогресуючого розвитку симптомів ПТСР, зокрема, до посилення болісних спогадів і нічних кошмарів.

### **Оцінка**

Люди з інвалідністю, пов'язаною з роботою, часто опиняються у складному конфлікті щодо звернення за допомогою, оскільки це може призвести до значної дискримінації та несприятливого становища на робочому місці. Це визнана складність при зверненні до служб охорони здоров'я на виробництві. Це вимагає високого індексу підозрілості від лікаря, який проводить оцінку. Важливо, щоб керівники, які знайомі з нормальною поведінкою і здібностями людини, мали певне уявлення про непрямі прояви наслідків ПТСР на робочому місці, щоб можна було зробити відповідне перенаправлення. Медичний працівник повинен мати доступ до особових справ персоналу, щоб допомогти в клінічній оцінці.

Клінічна картина у працівників екстрених служб рідко виникає після першого контакту з одним травматичним інцидентом. Більш типовим є сценарій, коли людина ламається після багаторазового переживання різноманітних травматичних інцидентів, які тягнуть за собою різний ступінь відчуття особистої загрози, часто в поєднанні зі свідченням заподіяння шкоди або смерті іншим людям. Ступінь персоналізації конкретного інциденту через певну ідентифікацію з подією або жертвою відіграє важливу роль у зміні стійкості та вразливості людини.<sup>13</sup> Масштабні терористичні акти, катастрофи з численними людськими жертвами, а також перебування на місці жорсткої аварії несуть особливий ризик для таких людей. Наявні дані свідчать про те, що тривалий вплив або повторні інтенсивні впливи протягом певного періоду часу призводять до накопичення ризику.<sup>14</sup> Як наслідок, необхідна всебічна оцінка історії травми; історія, отримана від персоналу екстрених служб, повинна зосереджуватися на опроміненні впродовж життя, а також на безпосередній попередній події, яка могла спричинити звернення за медичною допомогою.<sup>12</sup>

### **Лікування**

Що стосується інших груп населення, які регулярно стикаються з потенційно травматичними подіями, важливо заохочувати працівників екстрених служб звертатися за допомогою якомога раніше. Ефективне раннє втручання мінімізує розвиток вторинних проблем або ескалацію підпорогових симптомів у розлад, а також збільшує шанси на швидке повернення до повноцінного функціонування. Таким чином, особливого значення набуває сприятлива і просвітницька культура на робочому місці, а також стратегії, що сприяють ранньому виявленню, такі як скринінг і боротьба зі стигматизацією на робочому місці, є особливо важливими. Оптимально, щоб під час лікування людина не продовжувала піддаватися впливу травмуючих подій, які призвели до виникнення її розладу. В ідеалі, людині не слід надавати лікарняний, а навпаки, зберегти її значущу роль в організації, яка не піддає її травмуючим подіям, що підтримують її реактивність і порушують процес лікування.<sup>15</sup>

Після виявлення ПТСР до персоналу екстрених служб застосовуються стандартні методи лікування, що базуються на доказах. Може бути корисним звернути особливу увагу на наступні моменти:

- Планування лікування має враховувати численні травматичні впливи, з якими доводиться мати справу персоналу екстрених служб, і, як наслідок, численні тригери або нагадування про травму.
- Багато симптомів ПТСР, включаючи підвищену пильність, перебільшену реакцію переляку, гнів та емоційне заціпеніння, можуть бути адаптивними і навіть рятівними в деяких ситуаціях, з якими стикається персонал екстрених служб. Вирішення цих питань може бути особливо актуальним для тих осіб, які мають тривалий період служби, де ці методи адаптації могли стати вкоріненими.
- Наявність коморбідної залежності від психоактивних речовин є частим терапевтичним викликом. Докази свідчать про те, що цю проблему слід вирішувати разом із

початковим контролем симптоматичного дистресу. Такий підхід враховує той факт, що часте вживання алкоголю було формою самолікування, до якого людина вдавалася для подолання своїх труднощів.

Особливим викликом у роботі з теперішніми працівниками екстрених служб є управління впливом подальших стресових факторів на робочому місці в період одразу після лікування. У більшості випадків створення безпечного середовища є важливою передумовою для початку травмофокусованої терапії або взагалі будь-якого терапевтичного втручання. Однак, рідко буває корисним повністю усунути людину з робочої ситуації. Такий підхід створює проблеми з плануванням повсякденної діяльності та ускладнює реабілітацію і повернення до роботи. Натомість можливість виконувати іншу (нефронткову) роль на роботі надає доступ до організаційної та колегіальної підтримки, щоденної структури та відчуття власної гідності, що може значно полегшити відновлення. За обставин, коли неможливо уникнути постійного впливу, певну користь все ж можна отримати від травмофокусованої терапії. Це має відбуватися після ретельної оцінки ресурсів подолання травми та доступної підтримки. Модель сенсibilізації та розпалювання є цінною теоретичною конструкцією, яка може бути використана в будь-якому когнітивно-поведінковому менеджменті.

Завдання визначення рекомендацій щодо майбутніх обов'язків має ґрунтуватися на залишковому рівні збудливості та загальної адаптації людини. Якщо залишається значний ступінь викликаного дистресу, ймовірно, що подальші впливи можуть посилити симптоми у людини. У таких випадках найкраще звести до мінімуму ймовірність такого впливу і порекомендувати альтернативні обов'язки. Інші фактори, які слід враховувати, включають поточні обставини (особливо мережі підтримки в межах і поза межами служби), тривалість і тяжкість останнього епізоду, а також попередні фактори ризику (такі як несприятливе дитинство, інші травматичні впливи, попередній психіатричний анамнез). Ключовим додатковим питанням буде бажання людини - чи хоче вона повернутися до тієї ж ролі на передовій? Розумно припустити, що рецидив буде більш імовірним, якщо людина не хоче повертатися до своїх колишніх обов'язків. Таким чином, для працівників екстрених служб, які перебувають на лікарняному через ПТСР, повернення до роботи є важливою метою лікування. Дослідження показують, що після травматичного досвіду, пов'язаного з роботою, люди, які повертаються до роботи, мають більше шансів на одужання, ніж ті, хто не повертається. Втручання на робочому місці можуть сприяти покращенню як результатів роботи, так і психічного здоров'я.<sup>16</sup> Однак важливо зазначити, що найважливішим предиктором успішного повернення до роботи після психологічної травми є позитивна та підтримуюча реакція з боку роботодавця.<sup>17</sup>

#### **Джерело та дописувачі**

Інформаційний бюлетень для персоналу служб екстреної допомоги був розроблений Фенікс Австралія у співпраці з професором Олександром Макфарлейном, директором Центру досліджень травматичного стресу Університету Аделаїди, та Ендрю Когланом, національним менеджером служб екстреної допомоги Червоного Хреста Австралії.

#### **Цитування**

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: Emergency services personnel in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020.

#### **Посилання**

1. World Health Organisation. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2018.
2. Cloitre M. The "one size fits all" approach to trauma treatment: should we be satisfied? European journal of psychotraumatology. 2015;6(1):27344.

3. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press; 2008.
4. McFarlane AC. The delayed and cumulative consequences of traumatic stress: Challenges and issues in compensation settings. *Psychol Inj and Law*. 2010;3(2):100-110.
5. Meffert SM, Metzler TJ, Henn-Haase C, et al. A prospective study of trait anger and PTSD symptoms in police. *J Trauma Stress*. 2008 2008;21(4):410-416.
6. Maguen S, Metzler TJ, McCaslin SE, et al. Routine work environment stress and PTSD symptoms in police officers. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2009;197(10):754-760.
7. Winwood PC, Peters R, Peters M, Dollard M. Further validation of the Psychological Injury Risk Indicator scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. Apr 2012 2012;54(4):478-484.
8. Weiss DS, Brunet A, Best SR, et al. Frequency and severity approaches to indexing exposure to trauma: The Critical Incident History Questionnaire for police officers. *J Trauma Stress*. Dec 2010;23(6):734- 743.
9. Colwell LH. Police officers' experience with trauma. *Int J Emerg Ment Health*. Winter 2009;11(1):3-16.
10. McFarlane AC, Williamson P, Barton CA. The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. *Journal of Public Health Policy*. 2009;30(3):311-327.
11. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Cloitre M, Karatzias T. The relationship between ICD-11 PTSD, Complex PTSD and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2019.
12. McFarlane AC, Bryant RA. Post-traumatic stress disorder in occupational settings: Anticipating and managing the risk. *Occupational Medicine*. Sep 2007;57(6):404-410.
13. Declercq F, Meganck R, Deheegher J, Van Hoorde H. Frequency of and subjective response to critical incidents in the prediction of PTSD in emergency personnel. *J Trauma Stress*. 2011;24(1):133-136.
14. Smid GE, Mooren TTM, van der Mast RC, Gersons BPR, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(11):1572-1582.
15. Jowett S, Karatzias T, Shevlin M, Albert I. Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2019.
16. Stergiopoulos E, Cimo A, Cheng CC, Bonato S, Dewa CS. Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: A systematic review. *BMC Public Health*. Oct 2011;11.
17. Cloitre M, Shevlin M, Brewin C, et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018;138(6):536-546.

### **Військові та колишні військовослужбовці**

У цьому інформаційному бюлетені для військовослужбовців та колишніх військовослужбовців розглядаються загальні питання та надаються рекомендації щодо презентації, оцінки та лікування для лікарів, які працюють з військовослужбовцями та колишніми військовослужбовцями.

#### **Загальні питання**

Розуміння військового досвіду та військової культури є важливим для встановлення терапевтичних відносин з військовослужбовцями та колишніми військовими. Два корисних ресурси для фахівців, які вперше працюють з цією групою, включені до списку рекомендованої літератури нижче (Lane & Wallace, 2020; веб-сайт Департаменту у справах ветеранів At Ease).

Військовослужбовці стикаються з цілою низкою подій, які можуть сприяти розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), включаючи як специфічні військові події, так і травми, які також впливають на загальне населення. Події можуть включати війну, миротворчі та моніторингові місії, охорону кордонів, боротьбу з тероризмом і спостереження, ліквідацію наслідків катастроф і гуманітарну допомогу або підтримку завдань національної безпеки, а також нещасні випадки під час навчання, а також нещасні випадки під час навчань та інші травматичні події в особистому чи службовому житті. Дослідження, проведене Силами оборони Австралії (ADF), свідчить про те, що найпоширенішою травматичною подією, з якою стикаються військовослужбовці, є поранення чи вбивство, або несподіване виявлення трупа. З точки зору розвитку ПТСР, найбільший ризик становлять такі події, як підвищений бойовий ризик, страх бути серйозно пораненим або вбитим, розрядка зброї, свідчення того, як когось поранили або вбили,<sup>1</sup> свідчення звірств і випадкове поранення або вбивство іншої людини, на додаток до інших міжособистісних травм, таких як звалтування, домашнє насильство, переслідування, викрадення або утримання в полоні.<sup>2</sup>

Під час служби військовослужбовці нерідко стикаються з численними травматичними подіями. Військове розгортання часто пов'язане з реальною загрозою або загрозою смерті та серйозними фізичними ушкодженнями, які можуть призвести до ПТСР. Ступінь впливу, тривалість ротації, час між ротаціями та повторні ротації є встановленими факторами ризику розвитку ПТСР.<sup>3,2,4</sup> Крім того, характер травматичних подій, пережитих під час служби, може кинути виклик фундаментальним переконанням про себе, світ і людство. Наприклад, травматичні події можуть бути пов'язані із загибеллю цивільних осіб та руйнуванням громад у масштабах, які часто неможливо уявити, і до яких ветеран був мало підготовлений.

Слід зазначити, що сучасні конфлікти часто відбуваються не між звичайними збройними силами, а між внутрішньодержавними силами та недержавними суб'єктами, такими як повстанці, терористи та злочинні угруповання. Участь у таких конфліктах призводить до додаткового стресу, пов'язаного зі спробами відрізнити комбатантів від цивільних осіб, а також до вразливості до нетрадиційних тактик, таких як атаки терористів-смертників і саморобних вибухових пристроїв. Зони конфліктів також стають все більш урбанізованими, що призводить до масштабних руйнувань місцевої інфраструктури, а військовослужбовцям може знадобитися допомога в подоланні гуманітарних криз і великої кількості перемщеного цивільного населення.

Військовослужбовці самі могли вчиняти акти насильства, які, з огляду на ретроспективу або емоційну дистанцію від події, можуть бути розцінені як звірства - такий досвід може зруйнувати раніше сформовані переконання щодо власного "я". У зв'язку зі значним збільшенням дальності та летальності зброї, а також появою нових технологій, таких як кібервійна та безпілотні літальні апарати, деякі військовослужбовці можуть бути причетні до підбурювання до військових дій з віддалених територій. У міру того, як збройні сили залучаються до виконання гуманітарних і миротворчих завдань, військовослужбовці все частіше потрапляють у травматичні ситуації, які, не становлячи безпосередньої загрози для них самих, змушують їх ставати свідками значних людських страждань, а правила ведення бойових дій не дозволяють втручатися для захисту некомбатантів. Спочатку вважалося, що

миротворці мають низький рівень впливу травматичних стресів. Однак кілька нещодавніх досліджень показали, що миротворчі місії можуть мати цілу низку унікальних стресових факторів, які можуть мати значний психологічний вплив на розгорнутий особовий склад.<sup>5</sup> Наприклад, в одному дослідженні миротворці повідомили про негативний досвід розгортання, в тому числі про те, що багато воєнних злочинців не були заарештовані, про те, що вони бачили дітей, які стали жертвами війни, про те, що цивільне населення перебуває у відчаї, про фізичне руйнування інфраструктури і докільця країни, а також про те, що цивільному населенню бракує товарів і засобів для існування.<sup>6</sup> Крім того, миротворці часто відчують розчарування, пов'язане з миротворчими обов'язками, такими як обмежувальні правила застосування зброї.<sup>7</sup> Дослідження психічного і фізичного здоров'я вибірки австралійських миротворців, які брали участь у семи миротворчих місіях під егідою ООН у період з 1989 по 2002 рік, проведене в 2013 році, показало, що миротворчі місії пов'язані зі значним ризиком подальших проблем з психічним здоров'ям.<sup>8</sup> Показники ПТСР були значно вищими, ніж серед нинішніх військовослужбовців або в інших дослідженнях, присвячених миротворчим операціям, а учасники повідомили про високий рівень загрози поранення або смерті, про те, що їм доводилося бачити мертві тіла, бути свідками деградації і страждань, а також чути про поранення або загибель друзів чи колег по службі. Незалежно від характеру дислокації, військовослужбовці можуть стикатися з ситуаціями або приймати рішення, які характеризуються моральною неоднозначністю. Дедалі більше визнається "моральна травма" - термін, який використовується для позначення психологічних, соціальних і духовних наслідків впливу травматичних подій, що суперечать або зраджують моральні переконання людини.<sup>9</sup> Такий вплив часто відбувається протягом тривалого часу в складних оперативних умовах з високим рівнем загрози і ворожого фізичного оточення.<sup>10</sup>

Важливо враховувати, що не всі військові травми пов'язані з бойовими діями, і визнати потенційний вплив стресових факторів, не пов'язаних з бойовими діями, на психічне здоров'я ветеранів і військових. Стресові фактори, не пов'язані з військовими діями, притаманні повсякденному життю, наприклад, тренування, що проводяться в екстремальних умовах з небезпечною технікою, або сексуальні травми.<sup>11</sup> З розвитком військової кар'єри зростає ймовірність переживання численних травматичних подій, що підвищує ризик впливу кумулятивної травми.<sup>10</sup> Зокрема, дослідження, проведені серед окремих груп військовослужбовців та ветеранів, включаючи миротворців<sup>12</sup> та особовий склад, який зазнав сексуальної травми,<sup>13</sup> демонструють значний рівень ПТСР навіть за відсутності бойових дій. Розуміння психологічних основ початкової презентації військовослужбовця або ветерана та готовність приділити достатньо часу для встановлення довірливих стосунків незмірно корисною. З огляду на характер травматичних подій, пережитих багатьма ветеранами, вони можуть очікувати негативної оцінки з боку лікаря. Для ефективної роботи з військовослужбовцями лікар повинен продемонструвати готовність вислухати і здатність терпимо ставитися до деталей травматичного досвіду, зберігаючи при цьому позитивне ставлення до людини. Також важливо враховувати посттравматичні фактори ризику, включаючи подальші життєві стреси і підтримку після демобілізації (як у військовому середовищі, так і за його межами), оскільки ці фактори особливо важливі в період адаптації під час переходу до цивільного життя.

Окрім ризику впливу травматичних подій, військовослужбовці та ветерани характеризуються кількома додатковими факторами, які можуть впливати на розвиток ПТСР. До них відносяться фізичні фактори ризику. Проспективні дослідження, особливо серед військовослужбовців, надають докази виникнення біологічних відхилень, які передують діагнозу ПТСР.<sup>4</sup> Наприклад, перехресні генетичні та епігенетичні дослідження свідчать про те, що підвищений рівень маркерів запалення пов'язаний зі збільшенням тяжкості ПТСР.<sup>14</sup> До факторів ризику ПТСР, що виникають до травми, належать вік, стать, раса, освіта та військовий статус.<sup>1</sup> Такі аспекти, як рід військ, звання, якість керівництва, соціальна підтримка та згуртованість підрозділу можуть впливати на ризик виникнення ПТСР,<sup>15</sup> при цьому ключові соціальні зв'язки між військовослужбовцями є важливим фактором, що знижує вразливість після розгортання

операції.<sup>16</sup> Крім того, серед військовослужбовців-новобранців спостерігається підвищений рівень фізичного насильства в дитинстві, сексуального насильства та нехтування, а також високий рівень сімейного неблагополуччя порівняно з середніми показниками в суспільстві, і ці фактори, за висновками кількох дослідників, відіграють важливу роль у розвитку ПТСР у цій групі населення.<sup>17,18,19,20</sup> З іншого боку, австралійське дослідження 2015 року, проведене серед особового складу, який вступає до Армії оборони Ізраїлю, показало, що попередня травма має відносно невеликий вплив на симптоми психічного здоров'я протягом перших 12 місяців. Однак важливою відмінністю цього дослідження було те, що найпоширеніші попередні травми, про які повідомлялося, не були пов'язані з жорстоким поводженням у дитинстві або нехтуванням, а скоріше були свідками поранення інших, погроз на свою адресу та пережитих стихійних лих.<sup>21</sup>

Важливо, щоб лікар знав про довійськовий анамнез, оскільки він може вплинути на встановлення терапевтичних відносин і планування лікування. Крім того, військовослужбовці та ветерани стикаються з особливими труднощами адаптації під час переходу на військову службу та з неї, включаючи потенційні порушення ідентичності та підвищений ризик виникнення проблем з психічним здоров'ям.<sup>10</sup>

Нещодавнє дослідження психологічного, фізичного та психосоціального благополуччя військовослужбовців ЦАХАЛу протягом перших п'яти років після переходу з постійної військової служби виявило зростання рівня психологічної захворюваності.<sup>22</sup> Майже кожен другий військовослужбовець, який перейшов на службу, за оцінками, відповідав діагностичним критеріям 12-місячного психічного розладу, і більше половини з них мали щонайменше один супутній психічний розлад. Дослідження також показало, що особи з психічними розладами мають більшу ймовірність звільнитися з військової служби, і що новий психологічний дистрес, ймовірно, є вагомим чинником, який впливає на рішення особи залишити військову службу.

Нарешті, порівняно з цивільним населенням, військовослужбовці повідомляють про більш високі показники низки фізичних симптомів, включаючи захворювання опорно-рухового апарату і хронічний біль, які пов'язані з розвитком ПТСР, депресії і тривоги.<sup>23,24,25</sup> Фізичні симптоми, які, як було доведено, мають двосторонній зв'язок із симптомами ПТСР,<sup>26</sup> пов'язані з впливом бойових дій і відображають частину реакції на травматичний стрес.<sup>27,28</sup> Розглянуті разом, ці психічні та фізичні фактори можуть мати синергічний вплив на функціональні порушення у військових ролях, що може сприяти погіршенню психічного здоров'я у ветеранів та військовослужбовців.<sup>29</sup>

## Презентація

Поширеність ПТСР серед військовослужбовців і ветеранів різниться в різних країнах і залежить від таких факторів, як травматичний вплив, тривалість служби, військове звання, а також методологічні розбіжності в стратегіях вибірки і психометричних показниках.<sup>30</sup> Згідно з останніми дослідженнями, проведеними серед військовослужбовців ЗС Ізраїлю, 12-місячний рівень ПТСР становить вісім відсотків серед нинішніх військовослужбовців, а серед тих, хто звільнився зі строкової служби, цей показник більш ніж подвоюється і перевищує 17 відсотків (17,7 %).<sup>22</sup> Дослідження впливу конкретних конфліктів на особовий склад ЗСА обмежені, проте наявні дані свідчать про те, що точкова поширеність ПТСР становить близько 12% серед ветеранів В'єтнаму і 5% серед ветеранів війни в Перській затоці.<sup>2,31,32</sup> Аналогічні результати були отримані серед розгорнутих і нерозгорнутих американських ветеранів: за оцінками, поширеність ПТСР становить приблизно вісім відсотків протягом життя і п'ять відсотків поточного ПТСР,<sup>33</sup> що трохи вище, ніж серед цивільного населення,<sup>34,35</sup> а дослідження, проведені в різних конфліктах, вказують на те, що від ПТСР страждають від двох до 17 відсотків американських ветеранів у будь-який момент часу.<sup>36</sup>

Висновок про те, що рівень ПТСР серед колишніх військовослужбовців вищий, ніж серед діючих військовослужбовців<sup>37,38</sup>, пояснюється такими факторами, як додатковий стрес, з яким стикаються ветерани під час переходу від військового до цивільного життя (наприклад,



пошук роботи, житла, складання бюджету, формування цивільних стосунків), або, можливо, тим, що військовослужбовці з вираженою симптоматикою ПТСР частіше звільняються з військової служби, що призводить до вищих показників ПТСР серед колишніх військовослужбовців.<sup>10</sup> Незважаючи на неоднорідність показників поширеності ПТСР, існує достатньо досліджень, щоб зробити висновок, що в більшості західних країн<sup>10</sup>:

- ПТСР залишається одним з найпоширеніших психічних розладів як серед військовослужбовців, так і серед ветеранів
- Рівень ПТСР зростає пропорційно до потенційно травматичних подій (включаючи бойові дії)
- Поширеність вища серед звільнених ветеранів, ніж серед військовослужбовців, які перебувають на дійсній службі.

Прояв симптомів у військовослужбовців, як правило, дещо відрізняється від інших жертв травматичного стресу. Зв'язок між травматичним впливом і робочим місцем означає, що в цих випадках ПТСР часто має непрямі прояви. Наприклад, труднощі людини можуть проявлятися у зростаючому конфлікті зі старшим персоналом через різноманітні операційні та дисциплінарні питання. Крім того, у людини може бути тривалий період симптоматичного дистресу, який вона намагається мінімізувати і заперечувати. Загальне почуття товариськості і колегіальної підтримки в армії часто допомагає людині підтримувати фасад функціонування. Невдале просування по службі або дисциплінарне стягнення може бути наслідком дедалі більш дезорганізованої поведінки військовослужбовця і часто стає фокусом, навколо якого проявляється його дистрес. Непрямий прояв дистресу може затримати належну оцінку та діагностику.

Клінічний прояв дистресу людини в таких ситуаціях може відбуватися по-різному. Наприклад:

- спочатку може спостерігатися тривалий період заціпеніння та підвищеної міжособистісної нечутливості. Це може проявлятися в неналежному управлінні молодшим персоналом або конфлікті з начальством.
- міжособистісний конфлікт у сім'ї і, зокрема, спалахи насильства, є ще одним непрямим проявом, про який вперше може повідомити соціальні служби вторинна жертва, наприклад, чоловік/дружина.
- Коморбідне зловживання алкоголем - не рідкісний випадок, коли людина намагається займатися самолікуванням. Пов'язані з цим міжособистісні та професійні труднощі можуть призвести до того, що інші люди в соціальному або робочому оточенні людини дізнаються про ці труднощі раніше, ніж вона сама.
- фізичні скарги можуть бути основною проблемою. Ветерани з ПТСР, як правило, мають більше фізичних симптомів і вищу вираженість симптомів, ніж ветерани без ПТСР.<sup>39</sup> Можливо, з огляду на стигму, що оточує проблеми психічного здоров'я, вираження дистресу у вигляді соматичних симптомів сприймається як більш прийнятне, ніж прояв ознак ПТСР.
- Інтенсивна картина дистресу може виникнути у відповідь на нещодавню травматичну подію, навіть на перший погляд незначної тяжкості. Однак нещодавня подія може мати певну схожість з попереднім впливом - можливо, більш тяжкою подією, яка відіграла важливу роль у первинному порушенні реактивності людини до стресу. Таким чином, необхідно оцінити поздовжню структуру симптомів, а також гостру дезорганізацію у відповідь на нещодавній вплив.
- ПТСР у військовослужбовців може вперше з'явитися через деякий час після звільнення. Втрата ідентичності та підтримки через структуру організації, яка забезпечувала сенс існування індивіда, може призвести до поступового розвитку симптомів ПТСР, включаючи все частіші і болючіші спогади та нічні кошмари.

## Оцінка

Систематичний скринінг відіграє важливу роль у виявленні ПТСР у військовослужбовців, які або постійно перебувають в умовах підвищеного ризику, або які нещодавно пройшли службу чи пережили важливу подію, пов'язану з і значним ризиком розвитку ПТСР.<sup>40</sup> Нещодавні дослідження показують, що це також може відігравати важливу роль на етапі, що передує

розгортанню.<sup>41</sup> Однак слід визнати, що поява симптомів часто затримується, що вказує на важливість щорічної оцінки стану здоров'я на додаток до первинного скринінгу. Заповнення скринінгових анкет слід розглядати лише як керівництво до більш систематичного діагностичного обстеження кваліфікованим лікарем для всіх, хто потрапляє до групи ризику. У військових службах було випробувано низку психометричних інструментів для моніторингу появи симптомів. З огляду на проблеми з приховуванням симптомів, може бути корисним використання нижчих порогових значень для визначення необхідності направлення на клінічне обстеження. Будь-який процес скринінгу повинен також регулярно опитувати фіксовану частку людей, які мають симптоми, щоб усунути стигматизацію при направленні на подальше спостереження.

Вимірювання впливу травми та симптомів психічного здоров'я має гнучко застосовуватися з урахуванням характеру впливу. Посттравматичний контрольний список для DSM-5 (PCL-5 42) - це 20-пунктовий опитувальник для самозвіту, який відповідає критеріям симптомів ПТСР у DSM-5. PCL-5 часто використовується в різних умовах для різних цілей, включаючи моніторинг змін симптомів, а також скринінг для попередньої діагностики ПТСР. Під час оновлення з DSM-IV на DSM-5 до PCL було внесено кілька змін. PCL для DSM-IV<sup>43</sup> містить три окремі версії: PCL-M (військова), PCL-C (цивільна) і PCL-S (спеціальна), однак у PCL-5 немає відповідних версій PCL-M або PCL-C. Незважаючи на те, що існує лише одна версія PCL-5, існує три різні формати вимірювання: (а) без компонента критерію А; (б) з компонентом критерію А; (в) з контрольним переліком життєвих подій за DSM-5 (LEC-5) та розширеним компонентом критерію А. Шкала оцінювання PCL-5 коливається від 0 до 4 балів для кожного симптому, а дескриптори шкали оцінювання такі самі: "Зовсім ні", "Трохи", "Помірно", "Досить сильно" і "Дуже сильно", що дає загальну оцінку вираженості. Окремі групи населення та типи травм | Військові та колишні військовослужбовці 10 симптомів від 0 до 80 балів. Початкові дослідження припускали, що відсікаючий бал PCL-5 між 31-33 вказує на ймовірний ПТСР, тоді як валідаційні дослідження рекомендують різні відсікаючі бали в діапазоні від 28 до 37,<sup>42,44</sup> або альтернативно, дотримуючись діагностичного алгоритму DSM-5 для ПТСР, використовуючи пункти, які відповідають кожному критерію DSM. Результати валідаційних досліджень вказують на те, що оптимальний бал відсікання залежить від контексту, популяції, а також від золотого стандарту критеріального інструменту, що підтверджує необхідність гнучкого застосування показників травматичного впливу та симптомів психічного здоров'я. Остання версія PCL оцінює двадцять симптомів ПТСР за DSM-5.

Особи з інвалідністю, пов'язаною з роботою, часто опиняються у складному конфлікті щодо звернення по допомогу, оскільки це може призвести до значної дискримінації та несприятливого становища на робочому місці. Це визнана складність при зверненні до служб охорони здоров'я на виробництві, яка має особливе значення для військовослужбовців, де негативна оцінка стану здоров'я може зробити людину непридатною для служби або подальшого працевлаштування. Потенційна стигматизація проблем психічного здоров'я як ознаки слабкості в "культурі воїна" військових також може бути важливою перешкодою для отримання медичної допомоги. Австралійське дослідження 2015 року вивчало доступ, використання та ставлення/переконавання щодо послуг з охорони психічного здоров'я серед військовослужбовців постійної служби (n=52 500) та військовослужбовців, які перейшли на службу до Армії оборони Ізраїлю (n=24 932), протягом перших років після завершення строкової військової служби.<sup>45</sup> Самозвітні показники звернення за допомогою були досить високими: 75% військовослужбовців регулярних і перехідних ЗСОЗ ймовірним поточним психологічним розладом зверталися за допомогою протягом попередніх 12 місяців; однак через значне вибуття на кожному етапі звернення за допомогою, за оцінками, приблизно 25% військовослужбовців отримали науково обґрунтовану медичну допомогу. Як для перехідних, так і для звичайних АЗФ, найпоширенішими причинами відмови від звернення за допомогою були впевненість у власній здатності до самоконтролю (76,7% і 80,1% відповідно), здатність ефективно функціонувати (80,6% і 82,4%) та страх звернутися по допомогу (42,6% і 44,9%).

Хоча 34,9% та 37,4% осіб з перехідною та постійною формою АЗФ не повідомили про жодну стигму, приблизно третина (33,6% та 30,0%, відповідно) підтвердили наявність щонайменше чотирьох стигм, зокрема: сприйняття їх як таких, що можуть призвести до втрати довіри з боку оточуючих (40,0% та 44,6%); сприйняття їх як слабких (28,8% та 31,3%); інше ставлення (32,5% та 36,3%) та почуття сорому (31,7% та 24,8%). Найбільш поширеними бар'єрами для звернення за допомогою серед військовослужбовців, які пройшли службу за контрактом, були побоювання, що це може зашкодити кар'єрі/перспективам кар'єрного росту (30,34%), а для звичайних військовослужбовців - вплив на придатність до служби та кар'єрний ріст (47,38%). Розгляд бар'єрів на шляху до медичної допомоги, що стосуються військовослужбовців, вимагає від лікаря, який проводить оцінку, високого рівня кваліфікації. Важливо, щоб керівники, які знайомі з нормальною поведінкою і можливостями людини, були обізнані з непрямыми проявами наслідків ПТСР на робочому місці, щоб можна було зробити відповідні перенаправлення. В ідеалі медичний працівник повинен мати доступ до особових справ (в яких, наприклад, можуть бути зазначені прогули або дисциплінарні стягнення за агресію чи зловживання психоактивними речовинами), щоб допомогти у проведенні клінічної оцінки. Клінічна картина ПТСР у військовослужбовців і ветеранів рідко виникає після первинного впливу одного травматичного інциденту. Більш типовим є сценарій, коли людина ламається після багаторазового переживання різноманітних травматичних інцидентів, які тягнуть за собою різний ступінь відчуття особистої загрози, часто в поєднанні зі свідченням заподіяння шкоди або загибелі інших людей. Ступінь персоналізації конкретного інциденту через певну ідентифікацію з подією або жертвою відіграє важливу роль у зміні стійкості та вразливості людини. Військові операції, які передбачають тісний особистий контакт з цивільними особами (або навіть з особовим складом противника), несуть особливий ризик. Наявні дані свідчать про те, що тривалий вплив або повторні інтенсивні впливи протягом певного періоду часу призводять до накопичення ризику.<sup>46,20,47,17</sup> Хоча існує певний взаємозв'язок між багаторазовою участю в бойових діях і рівнем симптоматики, інтенсивність травми або бойового впливу є важливішою, ніж фактична кількість участі в бойових діях, у прогнозуванні наслідків для психічного здоров'я.<sup>2</sup> Як наслідок, застосовується рекомендація щодо всебічної оцінки травматичного анамнезу особи; анамнез, отриманий від військовослужбовців, повинен зосереджуватися на експозиції протягом життя, а також на безпосередній попередній події, яка могла спонукати до звернення за медичною допомогою.

### Лікування

Особливим викликом для ветеранів та військовослужбовців є проведення лікування на якомога більш ранній стадії. Використовуючи принципи профілактики, це мінімізує розвиток низки вторинних моделей адаптації, які самі по собі можуть становити значну проблему. Особливого значення набувають системи допомоги, які забезпечують ранню ідентифікацію, наприклад, скринінг та боротьбу зі стигматизацією на робочому місці. Визнання цінності для збройних сил підтримання бази навичок висококваліфікованого персоналу є важливим пріоритетом у заохоченні загальних змін у ставленні до цієї проблеми в цих організаціях. Значний досвід роботи з ветеранами та військовослужбовцями також є важливим питанням для клініцистів, оскільки розуміння специфічної культури військових організацій може мати вирішальне значення для розвитку позитивних терапевтичних стосунків з людиною, яка страждає на ПТСР.

Австралійські та міжнародні керівництва з лікування ПТСР послідовно вказують, що когнітивноповедінкова терапія, сфокусована на травмі, така як когнітивно-процесуальна терапія (КПТ), пролонгована експозиція (ПЕ) та десенсибілізація і переробка рухами очей (EMDR), є золотим стандартом лікування ПТСР. Однак, в останніх рандомізованих клінічних дослідженнях за участю військових і колишніх військовослужбовців пряме порівняння активних методів лікування, які включають травмофокусовані і не травмофокусовані методи лікування (ПЕ, КПТ, терапія, зосереджена на теперішньому часі, сертралін і трансцендентальна медитація), не показало значної різниці в результатах лікування ПТСР.<sup>48-</sup>

<sup>52</sup> Крім того, низка клінічних випробувань як фармакологічних, так і психологічних методів лікування за участю ветеранів з кількох країн (наприклад, Австралії, США, Канади) свідчать про гіршу реакцію на лікування серед військовослужбовців і ветеранів порівняно з цивільним населенням.<sup>53,54</sup> І це незважаючи на єдине рандомізоване контрольоване дослідження психологічного лікування австралійських ветеранів з ПТСР, яке показало високу ефективність КПТ у цій групі.<sup>55</sup> В огляді останніх рандомізованих контрольних досліджень ПТСР, пов'язаного з військовими діями, Стінкамп і його колеги дійшли висновку, що лікування ПТСР, пов'язаного з військовими діями, за допомогою одного курсу монотерапії має обмежену ефективність.<sup>56</sup> Високий рівень коморбідності може бути фактором, що сприяє погіршенню відповіді на лікування, оскільки ПТСР, пов'язаний з військовими діями, асоціюється з проблемним гнівом, зловживанням психоактивними речовинами, порушенням сну та емоційним онімінням.<sup>57</sup> Існують неоднозначні дані щодо того, чи пов'язані супутні захворювання до лікування, такі як депресія, почуття провини, тривога і дисоціація, з гіршою реакцією на лікування, однак нещодавні дослідження показують, що найкраще прогнозувати результати може комбінація супутніх показників ризику, а не окремі предиктори, що розглядаються як ізольовані фактори.<sup>58</sup> Більш скромні результати в ряді цих досліджень можуть бути пов'язані з характеристиками самих ветеранів (чоловіча стать, характер і тривалість травматичного досвіду, хронічний ПТСР, високий рівень супутніх захворювань), менш суворими лікувальними втручаннями, які зазвичай застосовуються до цієї групи населення, або потенційно ускладнюючими факторами, пов'язаними з компенсаціями, пенсіями та іншими пільгами для ветеранів. Усі ці фактори часто асоціюються зі скромнішою реакцією на лікування.

З огляду на гірші результати лікування осіб з ПТСР, пов'язаним з військовими діями, в клінічній практиці можуть знадобитися модифікації стандартного лікування з метою індивідуалізації лікування та врахування специфічних проявів.

Може бути корисно звернути увагу на наступні моменти.

- Планування лікування має враховувати численні травматичні впливи, з якими довелося мати справу військовослужбовцям, і, як наслідок, численні "пускові механізми" або нагадування про травму. Крім того, слід враховувати соматичні симптоми та медичні супутні захворювання, які пов'язані з основною нейробіологічною дисрегуляцією, не є мішенню сучасних методів лікування.<sup>4</sup>
- Багато симптомів ПТСР, включаючи підвищену пильність, перебільшену реакцію переляку, гнів та емоційне заціпеніння, можуть бути адаптивними і навіть рятівними в бойових умовах. Вирішення цих питань може бути особливо важливим для тих, хто пройшов тривалий період служби, де ці реакції могли вкоренитися і призвести до значного порушення регуляції неспецифічних систем оцінки загрози.<sup>59</sup>
- Наявність супутнього зловживання психоактивними речовинами є частим терапевтичним викликом. Її слід вирішувати разом із початковим контролем симптоматичного дистресу пацієнта. Такий підхід враховує той факт, що часте зловживання психоактивними речовинами часто є формою самолікування, до якого вдається людина для подолання своїх труднощів. Інтегроване лікування ПТСР та зловживання психоактивними речовинами слід розглядати з тим застереженням, що компонент лікування ПТСР, орієнтований на травму, не розпочинається доти, доки людина не продемонструє здатність справлятися з дистресом, не вдаючись до зловживання психоактивними речовинами. Необхідно надати інформацію про ПТСР та стратегії подолання симптомів ПТСР, оскільки симптоми ПТСР можуть погіршитися під час лікування від зловживання психоактивними речовинами через гостру абстиненцію або втрату вживання психоактивних речовин як механізму подолання дистресу.
- Через особливості системи компенсацій ветеранам деякі люди можуть бути зацікавлені у збереженні симптомів до завершення всіх процедур, пов'язаних з їхніми претензіями. Терапевтам рекомендується обговорити це питання з пацієнтом до початку лікування. Часто може бути корисним відкрите обговорення всіх "за" і "проти" збереження симптоматики.

Існують значні проблеми з наданням доказових методів лікування військовослужбовцям та ветеранам, зокрема<sup>10</sup> :

- залучення та утримання в лікуванні
- відсутність визначених критеріїв для оцінки прогресу лікування та відсутності відповіді
- бар'єри, пов'язані з лікарями, зокрема, небажання деяких з них працювати з ветеранами; здатність/бажання та вірність лікування - для ефективної роботи з військовослужбовцями та ветеранами; необхідність розуміння військової культури та здатність терпимо ставитися до деталей травматичного досвіду, зберігаючи при цьому безумовно позитивне ставлення
- відсутність емпіричних рекомендацій для підтримки прийняття клінічних рішень у випадках, коли пацієнт має атиповий та/або складний перебіг захворювання, психосоціальні проблеми та/або не реагує на лікування першої або другої лінії.

Що стосується залучення до лікування, то поведінка, спрямована на пошук допомоги, може сприйматися як така, що суперечить етосу воїна, притаманному військовим системам, які наголошують на впевненості в собі та силі при реагуванні на негаразди. Крім того, лікування ПТСР може мати негативний вплив на кар'єрний ріст, оскільки певні проблеми з психічним здоров'ям і вживання ліків можуть призвести до того, що військовослужбовець буде визнаний непридатним до служби в армії. Однак інші побоювання, такі як інше ставлення з боку керівництва або товаришів по службі, можуть бути виправдані, а можуть і не бути, проте широке питання стигматизації, що лежить в основі військової культури, переконань і поведінки, пов'язаної з пошуком допомоги, є дуже актуальним.<sup>60</sup>

Особливим викликом у роботі з діючими військовослужбовцями є управління впливом подальших стресових факторів на робочому місці в період одразу після лікування. Загалом, важливо усунути зовнішню загрозу і тригери, що викликають дистрес у людини. Модель сенсибілізації та розпалювання (коли повторне переживання травматичних інцидентів призводить до підвищеної чутливості та поступового посилення реакції з часом) є цінною теоретичною конструкцією, яка лежить в основі будь-якого когнітивно-поведінкового менеджменту.

Спостережні дослідження вказують на те, що визначення рекомендацій щодо майбутніх обов'язків - і особливо придатності до служби після лікування ПТСР - має ґрунтуватися на залишковій збудливості, ступені відновлення і загальної адаптації людини. Якщо залишається значний ступінь викликаного дистресу, ймовірно, що подальші впливи можуть посилити симптоми у людини.<sup>61,62</sup>

У таких випадках найкраще звести до мінімуму ймовірність такого впливу та порекомендувати альтернативні обов'язки. Інші фактори, які слід враховувати, включають поточні обставини (особливо мережі підтримки в армії і поза нею), тривалість і тяжкість останнього епізоду, попередні фактори ризику (такі як несприятливе дитинство, інші травматичні впливи, попередній психіатричний анамнез), а також бажання людини - чи хоче вона передислокуватися. Ключовим питанням є обов'язок піклування. Згідно з медичною директивою ADF, людина не може повернутися до виконання бойових завдань, якщо у неї не було симптомів протягом 12 місяців.

#### **Джерело та дописувачі**

Інформаційний бюлетень для військовослужбовців та колишніх військовослужбовців був розроблений Фенікс Австралія у співпраці з професором Марком Крімером, клінічним психологом кафедри психіатрії Мельбурнського університету; професором Олександром Макфарлейном, директором Центру вивчення травматичного стресу Аделаїдського університету; та д-ром Дунканом Воллесом, психіатром Центру психічного здоров'я Збройних сил Австралії. Він був оновлений пані Ніколь Садлер і доктором Роз Летбрідж з Фенікса, Австралія.

#### **Цитування**

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: Military and ex-military personnel in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of

Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020.

### Рекомендована література

Веб-сайт Департаменту у справах ветеранів "У своїй тарілці"  
<https://atease.dva.gov.au/professionals/client-resources/mental-health-advice-book/11-understanding-veteranexperience> (Доступно в лютому 2020 року)

Форбс, Д., Педлар, Д., Адлер, А.Б., Беннетт, К., Брайант, Р., Бусуттіл, В., Купер, Д., Крімер, М.К., Фір, Н.Т., Грінберг, Н., Гебер, А., Хінтон, М., Хопвуд, М., Джетлі, Р., Лоуренс-Вуд, Е., McFarlane, А., Metcalf, О', O'Donnell, М., Phelps, А., Richardson, J.D., Sadler, N., Schnurr, P.P., Sharp, M-L., Thompson, J.M., Ursano, R.J., Van Hooff, M., Wade, D. & Wessely, S. (2019). Лікування посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з військовими діями: виклики, інновації та шлях вперед. Міжнародний огляд психіатрії, 31:1, 95-110.

Кернері, Г.Е., Крімер, М., Маршалл, Р. та Гойн, А. (2003). Військовий стрес та ефективність: Досвід Австралійських сил оборони. Мельбурн: Видавництво Мельбурнського університету.

Лейн, Д. та Воллес, Д. (2020) Психіатрична допомога австралійським військовим та ветеранам, частина 1: Вступ до культурних основ для клініцистів. Австралійська психіатрія. doi.org/10.1177/1039856220901470

Мур, Б.А., Пенк, В.Е. та Фрідман, М. (2011). Лікування ПТСР у військовослужбовців: Клінічний посібник. Нью-Йорк: Гілфорд Прес.

### Посилання

1. Xue C, Ge Y, Tang B, et al. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PloS one*. 2015;10(3):e0120270.
2. McFarlane AC, Hodson SE, Van Hooff M, Davies C. Mental health in the Australian Defence Force: 2010 ADF Mental Health and Wellbeing Study: Full report. Canberra: Department of Defence; 2011.
3. Rona RJ, Jones M, Keeling M, Hull L, Wessely S, Fear NT. Mental health consequences of overstretch in the UK Armed Forces, 2007–09: a population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(7):531-538.
4. McFarlane AC, Lawrence-Wood E, Van Hooff M, Malhi GS, Yehuda R. The need to take a staging approach to the biological mechanisms of PTSD and its treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(2):10.
5. Waller M, Treloar SA, Sim MR, et al. Traumatic events, other operational stressors and physical and mental health reported by Australian Defence Force personnel following peacekeeping and war-like deployments. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):88.
6. Litz BT, Maguen S, Wang JL, Cook M. The stressors and demands of peacekeeping in Kosovo: Predictors of mental health response. *Mil Med*. 2004;169(3):198-206.
7. Litz BT, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A. Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for US military personnel. *Am J Psychiatry*. 1997;154:178-184.
8. Hawthorne G, Korn S, Creamer M. Australian peacekeepers: Long-term mental health status, health service use, and quality of life. Mental Health Evaluation Unit & the Australian Centre for Posttraumatic ...; 2014.
9. Litz BT, Stein N, Delaney E, et al. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(8):695-706.
10. Forbes D, Pedlar D, Adler AB, et al. Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: challenges, innovations, and the way forward. *International Review of Psychiatry*. 2019;31(1):95-110.
11. Wilson LC. The prevalence of military sexual trauma: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2018;19(5):584-597.

12. Souza WF, Figueira I, Mendlowicz MV, et al. Posttraumatic stress disorder in peacekeepers: a metaanalysis. *The Journal of nervous and mental disease*. 2011;199(5):309-312.
13. Kimerling R, Street AE, Pavao J, et al. Military-related sexual trauma among Veterans Health Administration patients returning from Afghanistan and Iraq. *American journal of public health*. 2010;100(8):1409-1412.
14. Michopoulos V, Jovanovic T. Chronic inflammation: a new therapeutic target for post-traumatic stress disorder? *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):954.
15. Anderson L, Campbell-Sills L, Ursano RJ, et al. Prospective associations of perceived unit cohesion with postdeployment mental health outcomes. *Depression and anxiety*. 2019.
16. Wessely S. Twentieth-century theories on combat motivation and breakdown. *Journal of Contemporary History*. 2006;41(2):268-286.
17. Iversen AC, Fear NT, Ehlers A, et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychological Medicine*. 2008;38(4):511-522.
18. Seifert AE, Polusny MA, Murdoch M. The association between childhood physical and sexual abuse and functioning and psychiatric symptoms in a sample of U.S. army soldiers. *Mil Med*. 2011;176(2):176- 181.
19. Sheriff RS, Van Hooff M, Malhi G, Grace B, McFarlane A. Associations of childhood trauma and childhood mental disorder with past-year mental disorder in military and civilian employed men. *Psychiatry research*. 2019;280:112482.
20. Syed Sheriff R, Van Hooff M, Malhi G, Grace B, McFarlane A. Childhood Trauma and the Impact of Deployment on the Development of Mental Disorder in Military Males. Available at SSRN 3210912. 2018.
21. O'Donnell ML, Lau W, Tipping S, et al. Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury. *J Trauma Stress*. 2012;25(2):125-133.
22. Van Hooff M, Lawrence-Wood E, Hodson S, et al. Mental Health Prevalence, Mental Health and Wellbeing Transition Study, the Department of Defence and the Department of Veterans' Affairs Canberra. 2018.
23. Andersen J, Wade M, Possemato K, Ouimette P. Association between posttraumatic stress disorder and primary care provider-diagnosed disease among Iraq and Afghanistan veterans. *Psychosomatic Medicine*. 2010;72(5):498-504.
24. Thompson JM, VanTil LD, Zamorski MA, et al. Mental health of Canadian Armed Forces Veterans: review of population studies. *Journal of Military, Veteran and Family Health*. 2016;2(1):70-86.
25. Forbes AB, McKenzie DP, Mackinnon AJ, et al. The health of Australian veterans of the 1991 Gulf War: factor analysis of self-reported symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*. 2004;61(12):1014-1020.
26. Ahmadian AJ, Neylan TC, Metzler T, Cohen BE. Longitudinal association of PTSD symptoms and selfreported physical functioning among Veterans. *Journal of affective disorders*. 2019;250:1-8.
27. Killgore WD, Stetz MC, Castro CA, Hoge CW. The effects of prior combat experience on the expression of somatic and affective symptoms in deploying soldiers. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;60(4):379-385.
28. McFARLANE AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*. 2010;9(1):3-10.
29. Thompson JM, Pranger T, Sweet J, et al. Disability correlates in Canadian armed forces Regular Force veterans. *Disability and rehabilitation*. 2015;37(10):884-891.
30. Sundin J, Herrell RK, Hoge CW, et al. Mental health outcomes in US and UK military personnel returning from Iraq. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;204(3):200-207.
31. O'Toole BI, Marshall RP, Grayson DA, et al. The Australian Vietnam veterans health study: III. Psychological health of Australian Vietnam veterans and its relationship to combat. *International Journal of Epidemiology*. 1996;25(2):331-339.

32. Ikin JF, Sim MR, Creamer MC, et al. War-related psychological stressors and risk of psychological disorders in Australian veterans of the 1991 Gulf War. *Br J Psychiatry*. 2004;185:116-126.
33. Wisco BE, Marx BP, Wolf EJ, Miller MW, Southwick SM, Pietrzak RH. Posttraumatic stress disorder in the US veteran population: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(12):1338-1346.
34. Chapman C, Mills K, Slade T, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychological medicine*. 2012;42(8):1695-1703.
35. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*. 2012;21(3):169-184.
36. Richardson LK, Frueh BC, Acierno R. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: Critical review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(1):4-19.
37. Stevelink SA, Jones M, Hull L, et al. Mental health outcomes at the end of the British involvement in the Iraq and Afghanistan conflicts: a cohort study. *The British Journal of Psychiatry*. 2018;213(6):690- 697.
38. Van Hooff M, Lawrence-Wood E, Hodson S, et al. Mental health prevalence, mental health and wellbeing transition study. Canberra The Department of Defence and the Department of Veterans' Affairs. 2018.
39. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):150-153.
40. Hicks MH-R. Mental health screening and coordination of care for soldiers deployed to Iraq and Afghanistan. *Am J Psychiatry*. 2011;168(4):341-343.
41. Warner CH, Appenzeller GN, Parker JR, Warner CM, Hoge CW. Effectiveness of mental health screening and coordination of in-theater care prior to deployment to Iraq: A cohort study. *Am J Psychiatry*. 2011;168(4):378-385.
42. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 2015;28(6):489- 498.
43. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at: 9th Annual Conference of the ISTSS1993; San Antonio.
44. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS one*. 2016;11(10):e0161645.
45. Van Hooff M, Forbes D, Lawrence-Wood E, et al. Mental health prevalence and pathways to care summary report. Canberra: The Department of Defence and the Department of Veterans' Affairs. 2018.
46. Smid GE, Mooren TTM, van der Mast RC, Gersons BPR, Kleber RJ. Delayed posttraumatic stress disorder: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(11):1572-1582.
47. Dedert EA, Green KT, Calhoun PS, et al. Association of trauma exposure with psychiatric morbidity in military veterans who have served since September 11, 2001. *J Psychiatric Res*. 2009;43(9):830-836.
48. Resick PA, Wachen JS, Mintz J, et al. A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015;83(6):1058.
49. Resick PA, Wachen JS, Dondanville KA, et al. Effect of group vs individual cognitive processing therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2017;74(1):28-36.



50. Foa EB, McLean CP, Zang Y, et al. Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;319(4):354-364.
51. Rauch SA, Kim HM, Powell C, et al. Efficacy of prolonged exposure therapy, sertraline hydrochloride, and their combination among combat veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2019;76(2):117-126.
52. Nidich S, Mills PJ, Rainforth M, et al. Non-trauma-focused meditation versus exposure therapy in veterans with post-traumatic stress disorder: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(12):975-986.
53. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW, Marmar CR. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA*. 2015;314(5):489-500.
54. Jones N, Burdett H, Green K, Greenberg N. Trauma risk management (TRiM): Promoting help seeking for mental health problems among combat-exposed UK Military Personnel. *Psychiatry-Interpers Biol Process*. 2017;80(3):236-251.
55. Forbes D, Lloyd D, Nixon RDV, et al. A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord*. 2012;26(3):442- 452.
56. Steenkamp MM, Litz BT, Marmar CR. First-line Psychotherapies for Military-Related PTSD. *JAMA*. 2020.
57. Knowles KA, Sripada RK, Defever M, Rauch SA. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2018.
58. Phelps A, Steel Z, Metcalf O, et al. Key patterns and predictors of response to treatment for military veterans with post-traumatic stress disorder: a growth mixture modelling approach. *Psychological medicine*. 2018;48(1):95-103.
59. Harricharan S, Rabellino D, Frewen PA, et al. fMRI functional connectivity of the periaqueductal gray in PTSD and its dissociative subtype. *Brain and behavior*. 2016;6(12):e00579.
60. Sharp M-L, Fear NT, Rona RJ, et al. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiologic reviews*. 2015;37(1):144-162.
61. Jones E, Thomas A, Ironside S. Shell shock: an outcome study of a First World War 'PIE' unit. *Psychological medicine*. 2007;37(2):215-223.
62. Solomon Z, Mikulincer M, Jakob BR. Exposure to recurrent combat stress: combat stress reactions among Israeli soldiers in the Lebanon War. *Psychological Medicine*. 1987;17(2):433-440.

### **Постраждалі в дорожньо-транспортних пригодах та інших травматичних ушкодженнях**

У цьому інформаційному бюлетені "Постраждалі в дорожньо-транспортних пригодах та інших травматичних ушкодженнях" розглядаються загальні питання, а також надаються поради щодо презентації, оцінки та лікування для лікарів, які працюють з постраждалими від травматичних ушкоджень.

Тут представлено окремі питання, які слід враховувати при лікуванні осіб, що пережили дорожньо-транспортну пригоду (ДТП), та постраждалих від травм. Надана інформація ґрунтується переважно на думці експертів щодо застосування настанов для цієї групи населення, а не на даних емпіричної літератури.

### **Передумови виникнення проблем**

Оскільки учасники дослідження були набрані з числа госпіталізованих, більша частина того, що ми знаємо про НМТ та інші травми, базується на даних про людей, які отримали важкі травми і були госпіталізовані або, принаймні, потрапили до відділення невідкладної допомоги. У людей, які не були госпіталізовані, ймовірність розвитку психічних розладів після травми може бути меншою.<sup>1</sup> Однак у постраждалих від НМД з менш тяжкими травмами, наприклад, ушкодженнями м'яких тканин, звичайно, також може розвинути ПТСР, і багато питань, що розглядаються в цьому документі, стосуються саме цієї групи осіб. В інформаційному бюлетені розглядаються питання ПТСР у контексті фізичної травми, тому він не обов'язково стосується постраждалих від НМД з ПТСР, які не зазнали фізичних ушкоджень. Рекомендації настанови можуть бути застосовані до цієї групи без необхідності спеціального розгляду.

Приблизно два відсотки всіх австралійців щороку отримують травми настільки серйозні, що потребують госпіталізації.<sup>2</sup> Нещасні випадки на транспорті є основною причиною тяжких травм, на які припадає 11,7% усіх госпіталізацій у зв'язку з травмами в Австралії в період з 2016 по 2017 рік,<sup>3</sup> а отже, вони роблять значний внесок у рівень ПТСР в Австралії. Відповідно до загальної реакції на травматичний досвід, у багатьох постраждалих від поранень симптоми ПТСР (нічні кошмари, нав'язливі спогади) проявляються в перші тижні після поранення, але у більшості з них ці симптоми минають протягом трьох місяців.<sup>4</sup> За оцінками, приблизно від 8 до 29 відсотків постраждалих в автокатастрофах в Австралії отримують ПТСР.<sup>5</sup>

Тяжкість травми з точки зору її зв'язку зі смертністю не прогнозує розвиток ПТСР. Тобто, у тих, хто отримав травму, що загрожує життю, ймовірність розвитку ПТСР не вища, ніж у тих, хто зазнав серйозної травми, яка не загрожує життю.<sup>6</sup> Хоча рівень ПТСР у постраждалих з травмами м'яких тканин не встановлений, показники для певних видів травм м'яких тканин, таких як удари батоном, схожі на показники для тяжких травм.<sup>7</sup> Однак зв'язок між тяжкістю травми і ПТСР є менш чітким у випадку черепно-мозкової травми (ЧМТ). Існує велика кількість робіт, які демонструють підвищений ризик розвитку ПТСР, пов'язаний з легкою ЧМТ, а також те, що ті, хто отримав легку ЧМТ, так само схильні до розвитку ПТСР, як і ті, хто не мав черепно-мозкової травми (наприклад, Bryant та ін.<sup>8</sup> або O'Donnell та ін.<sup>9</sup>) Однак існує припущення, що у людей з тяжкою ЧМТ ймовірність розвитку ПТСР може бути меншою. Це, ймовірно, пов'язано з високим рівнем амнезії, яку переживають люди з важкою ЧМТ - ті, хто не пам'ятає про подію, можуть мати меншу ймовірність розвитку ПТСР.<sup>10</sup> Однак цей взаємозв'язок є складним - нещодавні дані, отримані в результаті лонгitudних досліджень, свідчать про те, що важка ЧМТ і триваліша посттравматична амнезія можуть бути пов'язані із затримкою розвитку симптомів, а не обов'язково знижують загальний ризик розвитку ПТСР.

11

### **Презентація**

Найпоширенішими проблемами, що виникають у людей, які пережили травму, є тривожні спогади і нічні кошмари про аварію, безсоння, дратівливість, підвищена реакція на переляк і проблеми з концентрацією уваги. Люди часто уникають ситуацій, що асоціюються з подією, в якій вони отримали травму. Наприклад, ті, хто постраждав у ДТП, часто відчувають страх перед водінням і уникають дорожнього руху. У деяких випадках люди починають уникати

лікарень, не з'являються на прийоми або не проходять подальші операції. Це може суттєво вплинути на їхнє фізичне відновлення. Лікарі повинні знати, що багато людей, які пережили травму, страждають від легкої ЧМТ і не пам'ятають деяких деталей події, під час якої вони отримали травму.<sup>12</sup> Цікаво, що хоча ці люди можуть бути не в змозі згадати критичні аспекти події, вони все ще можуть відчувати страх і уникати ситуацій, які викликають спогади про цю подію.<sup>13</sup> Депресія дуже часто супроводжує ПТСР у людей, які пережили поранення.<sup>14</sup> Особливо це стосується тих, хто зазнав ортопедичних травм, які потребують тривалої реабілітації. Втрата важливих ролей, фінансові труднощі та невпевненість у майбутньому часто призводять до депресії. Багато людей, які пережили травму, також страждають від хронічного болю, а ті, хто має хронічний біль після травми, втричі частіше страждають від ПТСР, ніж ті, хто його не має.<sup>15</sup> З часом біль і ПТСР можуть посилювати один одного, коли біль викликає спогади про подію, а надмірне збудження посилює сприйняття болю.<sup>16</sup> Це може призвести до того, що люди уникатимуть ситуацій, які можуть спричинити загострення болю, наприклад, фізичних вправ або фізіотерапії.

### **Оцінка**

Оцінка ПТСР у постраждалих від поранень загалом повинна відповідати стандартним рекомендаціям настанов. Однак є три основні питання, що стосуються постраждалих від поранень з ПТСР, які необхідно враховувати під час оцінки. По-перше, пам'ятайте про час проведення оцінки. Багато реакцій на кшталт ПТСР, які виникають у перші два місяці, вщухають у наступний період. Інтенсивні реакції в цей період з меншою ймовірністю пройдуть без втручання і можуть потребувати негайної допомоги. Менш виражені реакції, однак, які часто зустрічаються в цей період, швидше за все, є тимчасовими і минають без лікування. При визначенні осіб, у яких симптоми можуть зберігатися, предиктори ПТСР після ДТП, які послідовно визначаються в літературі, включають розмови про аварію, відсутність соціальної підтримки, постійні фізичні та/або емоційні проблеми, а також участь у судових процесах/процедурах з відшкодування шкоди.<sup>5</sup>

По-друге, люди, які пережили поранення, характеризуються коморбідними станами, які впливають на оцінку та планування лікування. Як вже зазначалося, депресія, легка ЧМТ і хронічний біль є основними проблемами, які співіснують з ПТСР після важкої травми. Важливо запитати конкретно про кожну з цих проблем, щоб визначити основну проблему. Часто пацієнти зосереджуються на болю через його дуже нав'язливий і аверсивний характер, і лікарю необхідно сфокусувати питання інтерв'ю саме на ПТСР або депресії, щоб не пропустити важливу інформацію. У випадку легкої ЧМТ слід зазначити, що люди можуть відповідати критеріям повторного переживання ПТСР, якщо вони страждають від нагадувань про подію, що спричинила травму (наприклад, повернення за кермо), навіть якщо вони не можуть пригадати деякі критичні аспекти аварії. Крім того, використання показників ПТСР на основі самозвітів у постраждалих з ЧМТ може призвести до гіпердіагностики ПТСР порівняно з оцінкою клініциста, оскільки люди можуть помилково вважати симптоми ЧМТ, такі як дратівливість, порушення уваги, концентрації та сну, пов'язаними з ПТСР.<sup>17</sup> Таким чином, клінічне інтерв'ю слід вважати золотим стандартом оцінки. Мотиваційні проблеми часто є проблемою для пацієнтів, які пережили ЧМТ середнього та важкого ступеня, і їх слід оцінювати, оскільки вони можуть вплинути на залучення до терапії, як описано нижче.

По-третє, багато людей, які пережили травму, беруть участь у судових процесах у кримінальних або цивільних справах. Це питання може ускладнити планування лікування, оскільки може вплинути на мотиваційну позицію пацієнта, особливо якщо юридична консультація пропонує певний погляд на ПТСР та його лікування. Під час оцінки слід чітко запитати про статус судового процесу.

### **Лікування**

Постраждалі можуть мати право на лікування психічних розладів, пов'язаних з нещасним випадком, через сторонні страхові компанії або інші державні органи. Це особливо стосується

нещасних випадків унаслідок ДТП та нещасних випадків на робочому місці. Фахівці повинні бути ознайомлені з правами та процедурами, що діють у державі, в якій вони працюють.

Лікування постраждалих від поранень має відповідати стандартним рекомендаціям щодо лікування ПТСР, з особливою увагою до кількох можливих модифікацій, які залежать від коморбідних станів.

Хронічний біль є основною перешкодою для лікування ПТСР, оскільки він може активно заважати зосередженню уваги на терапевтичних завданнях. Крім того, біль може нагадувати про травму, що ускладнює лікування як болю, так і ПТСР. Залежно від тяжкості болю, може бути краще досягти адекватного знеболення до початку лікування ПТСР. Також існують докази того, що симптоми ПТСР відіграють причинно-наслідкову роль у розвитку і збереженні болю,<sup>16</sup> що означає, що біль може зменшитися після успішного лікування ПТСР.

Депресія, яка є коморбідною з ПТСР, зазвичай призводить до більш важкої клінічної картини. Як зазначено в рекомендаціях настанови, суїцидальні думки потребують ретельної оцінки та лікування передпочатком експозиційної терапії.

Хоча деякі клініцисти застерігають, що посттравматична амнезія, пов'язана з ЧМТ, може знижувати ефективність експозиційної терапії, дані свідчать про те, що експозиційна терапія є ефективним методом лікування ПТСР, який є коморбідним з легкою або важкою ЧМТ.<sup>18</sup>

Пацієнти з черепномозковою травмою, які не пам'ятають аварії (або її частини), можуть отримати більше користі від впливу ситуацій, які викликають тривогу, в природних умовах, ніж від впливу в уяві. Такий підхід може бути корисним, оскільки уявний вплив може бути обмежений, коли спогадів про травму мало, і коли дефіцит уваги заважає зосередитися на спогадах про травму протягом тривалого періоду часу. Люди з черепно-мозковими травмами, які впливають на їхню здатність до терапії, можуть отримати користь від стратегій мотиваційного інтерв'ювання.<sup>19</sup> Систематичні огляди підтверджують цю ідею, надаючи докази того, що проведення коротких мотиваційних інтерв'ю перед початком когнітивноповедінкової терапії (КПТ) призводить до кращої відповіді на лікування, зменшуючи депресію та тривогу після ЧМТ.<sup>20</sup> Цей підхід може бути особливо корисним у випадках помірної та важкої ЧМТ, коли мотивація може стати суттєвим бар'єром для прихильності до лікування. Широкий огляд того, як КПТ може бути адаптована для людей з когнітивними порушеннями після черепно-мозкової травми, див. у Gallagher et al.<sup>21</sup>

Хоча експозиційна терапія є показаним методом лікування людей, у яких розвивається ПТСР після травми, лікарі повинні знати, що будь-яка терапія, яка активно працює зі спогадами про травму, може змінити пам'ять, а отже, може стати предметом ретельного розгляду в суді. Деякі суди особливо занепокоєні використанням гіпнозу та десенсибілізації та переробки рухами очей (EMDR) як методів, що можуть змінювати спогади, пов'язані з травмою. Таким чином, використання цих методів може призвести до того, що свідчення клієнта можуть бути неприйнятними в суді. Бажано уникати цих методів лікування у справах, які є предметом судового розгляду. Якщо такі підходи застосовуються, практикуючому фахівцю рекомендується записувати всі сеанси на відео.

### **Робота з дітьми**

ПТСР є поширеним явищем у дітей після травматичного ушкодження, поширеність якого становить приблизно 20 відсотків.<sup>22</sup> Персонал відділення невідкладної допомоги повинен проінформувати батьків або опікунів про ризик розвитку ПТСР у дитини після надання невідкладної допомоги з приводу травматичного ушкодження та порадити їм, що робити у разі розвитку симптомів. Постраждалим дітям і молодим людям з ПТСР слід запропонувати курс травмофокусованої КПТ, адаптованої відповідно до їхнього віку, обставин і рівня розвитку.

### **Джерело та дописувачі**

Інформаційний бюлетень для жертв автокатастроф та інших травматичних ушкоджень був спочатку розроблений Phoenix Australia у співпраці з професором Річардом Брайантом,

клінічним психологом Університету Нового Південного Уельсу, а потім оновлений паном Джеймсом Агатосом і професором Меган О'Доннелл з Phoenix Australia.

### **Цитування**

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: Motor vehicle accident and other traumatic injury survivors in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020

### **Посилання**

1. Giummarra MJ, Gabbe B. Profiling persistent pain & mental health conditions in TAC clients. Melbourne: Institute for Safety, Compensation and Recovery Research;2017.
2. Australian Institute of Health Welfare. Australia's health 2018. Canberra: AIHW;2018.
3. Australian Institute of Health Welfare. Trends in hospitalised injury, Australia 2007–08 to 2016–17. Injury research and statistics series no. 124. Cat. no. INJCAT 204. Canberra: AIHW;2019.
4. Bryant RA. Acute stress reactions: can biological responses predict posttraumatic stress disorder? *CNS spectrums*. 2003;8(9):668-674.
5. Heron-Delaney M, Kenardy J, Charlton E, Matsuoka Y. A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury*. 2013/11/01/2013;44(11):1413-1422.
6. Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Weisaeth L. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42(7):583-593.
7. Sterling M, Hendrikz J, Kenardy J. Similar factors predict disability and posttraumatic stress disorder trajectories after whiplash injury. *Pain*. 2011;152(6):1272-1278.
8. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Clark CR, Silove D. The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am J Psychiatry*. 2010;167(3):312-320.
9. O'Donnell ML, Creamer M, Elliott P, Atkin C, Kossmann T. Determinants of quality of life and rolerelated disability after injury: Impact of acute psychological responses. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*. 2005;59(6):1328-1334.
10. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, Clark CR, McFarlane A. Post-traumatic amnesia and the nature of post-traumatic stress disorder after mild traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2009;15(6):862-867.
11. Alway Y, McKay A, Gould KR, Johnston L, Ponsford J. Factors associated with posttraumatic stress disorder following moderate to severe traumatic brain injury: a prospective study. *Depression and anxiety*. 2016;33(1):19-26.
12. Marshman LA, Jakabek D, Hennessy M, Quirk F, Guazzo EP. Post-traumatic amnesia. *Journal of clinical neuroscience*. 2013;20(11):1475-1481.
13. Bryant RA. Post-traumatic stress disorder vs traumatic brain injury. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2011;13(3):251.
14. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1390-1396.
15. Giummarra MJ, Casey SL, Devlin A, et al. Co-occurrence of posttraumatic stress symptoms, pain, and disability 12 months after traumatic injury. *Pain reports*. 2017;2(5).
16. Liedl A, O'Donnell M, Creamer M, et al. Support for the mutual maintenance of pain and posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychological medicine*. 2010;40(7):1215-1223.
17. Carlson KF, Kehle SM, Meis LA, et al. Prevalence, assessment, and treatment of mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *The Journal of head trauma rehabilitation*. 2011;26(2):103-115.

18. Wolf GK, Kretzmer T, Crawford E, et al. Prolonged exposure therapy with veterans and active duty personnel diagnosed with PTSD and traumatic brain injury. *J Trauma Stress*. 2015;28(4):339-347.
19. Hsieh M-Y, Ponsford J, Wong D, Schönberger M, Taffe J, McKay A. Motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for anxiety following traumatic brain injury: A pilot randomised controlled trial. *Neuropsychol Rehabil*. 2012;22(4):585-608.
20. Ponsford J, Lee NK, Wong D, et al. Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychological Medicine*. 2015;46(5):1079-1090.
21. Gallagher M, McLeod HJ, McMillan TM. A systematic review of recommended modifications of CBT for people with cognitive impairments following brain injury. *Neuropsychol Rehabil*. 2019;29(1):1-21.
22. Kahana SY, Feeny NC, Youngstrom EA, Drotar D. Posttraumatic stress in youth experiencing illnesses and injuries: An exploratory meta-analysis. *Traumatology*. 2006;12(2):148-161.

### **ПТСР у людей похилого віку**

У цьому інформаційному бюлетені "ПТСР у людей похилого віку" розглядаються загальні питання та надаються поради щодо презентації, оцінки та лікування для лікарів, які працюють з людьми похилого віку, що страждають на ПТСР.

### **Передумови виникнення проблем**

У 2011 році 14 відсотків австралійців були у віці 65 років і старше, тоді як століттям раніше цей показник становив лише чотири відсотки.<sup>1</sup> Оскільки покоління бебі-бумерів старіє, а тривалість життя продовжує зростати, ця цифра, ймовірно, значно збільшиться, досягнувши 25 відсотків до середини цього століття.<sup>2</sup> Таким чином, літні австралійці представляють швидко зростаючу і часто ігноровану групу людей, які пережили травму.

Людей похилого віку з ПТСР можна розділити на дві великі групи. Перший - це ті, хто пережив травматичну подію роками або десятиліттями раніше, включаючи такі підгрупи, як ветерани війни у В'єтнамі, Кореї та Другій світовій війні, ті, хто пережив Голокост, і колишні діти біженців (наприклад,<sup>3,4</sup>). Люди похилого віку, які пережили травму в ранньому віці, можуть мати хронічний ПТСР або виявити, що процес старіння загострює вже наявні симптоми ПТСР. Наприклад, медичні захворювання або зниження фізичної працездатності можуть означати, що людина не в змозі впоратися з симптомами ПТСР, використовуючи свої попередні стратегії подолання. У той же час, вихід на пенсію та зменшення сімейних обов'язків означає, що людина менше відволікається від симптомів ПТСР.<sup>5</sup>

Друга група людей похилого віку з ПТСР - це ті, хто пережив травму відносно недавно, в дорослому віці. Ряд факторів може підвищити ризик травматизації людей похилого віку. Наприклад, вони можуть мати менше шансів швидко втекти з небезпечної ситуації, а знижений час реакції може ускладнити уникнення дорожньо-транспортної або іншої аварії. У разі стихійного лиха літні люди можуть мати менше шансів отримати раннє попередження через автоматизовані системи текстових повідомлень. Ця група також може мати більше шансів отримати фізичні травми під час нещасного випадку або стихійного лиха, а також зазнати серйозних медичних ускладнень. Для розуміння травматичних спогадів у цій групі населення важливо враховувати вплив процесу старіння на когнітивні функції. Більшість людей навряд чи матимуть когнітивні розлади (у таких сферах, як когнітивна гнучкість, формування концепцій, постановка цілей, планування та організація) принаймні до вісімдесяти років.<sup>6</sup> Деменція найчастіше вражає людей у віці 65 років і старше, і, як правило, викликана хворобою Альцгеймера. За оцінками, близько дев'яти відсотків австралійців у віці понад 65 років і 30 відсотків у віці 85 років і старше страждають на деменцію.<sup>7</sup> Існують деякі докази з вибірки ветеранів, що деменція частіше зустрічається у людей похилого віку. Специфічні групи населення та типи травм | ПТСР у людей похилого віку 2 з ПТСР, хоча природа цього взаємозв'язку незрозуміла; можливо, що ПТСР збільшує ризик розвитку деменції,<sup>8</sup> або що спільний фактор ризику зумовлює розвиток обох розладів.<sup>9,10</sup> Дослідження інших груп населення, які зазнали травми, наприклад, людей похилого віку, які пережили Голокост, показали схожі показники деменції з групами, які не зазнали травми.<sup>11</sup> Незважаючи на це, наявність когнітивних порушень має вплив на оцінку та лікування ПТСР, як описано нижче.

### **Презентація**

Хоча можна було б очікувати, що кумулятивний вплив травми протягом життя призведе до високого рівня ПТСР у людей похилого віку, насправді ПТСР, як правило, менш поширений серед людей похилого віку, ніж серед їхніх молодших колег.<sup>12,13</sup> У дослідженні австралійської громади чотири відсотки чоловіків і шість відсотків жінок у віці від 18 до 24 років отримали діагноз ПТСР, порівняно з 0,4 відсотка чоловіків і ще меншою кількістю жінок у віці 65 років і старше.<sup>14</sup>

Як і в молодших групах населення, дослідження серед людей похилого віку підтверджують існування окремих кластерів симптомів ПТСР, пов'язаних з уникненням та онімінням.<sup>15,16</sup>

Існують певні докази того, що ПТСР має тенденцію бути менш важким у літніх людей, зі зменшенням симптомів повторного переживання, але збільшенням симптомів уникнення.<sup>17</sup> Тим не менш, для багатьох людей похилого віку травматичні спогади залишаються дуже руйнівними, і було виявлено, що вони є значною перешкодою для повноцінного сну серед мешканців будинків для людей похилого віку.<sup>18</sup> Можна припустити, що пов'язане з віком погіршення когнітивних функцій ускладнює контроль або придушення болючих спогадів про минулі травми. Люди похилого віку з ПТСР також мають значно вищий ризик розвитку інших проблем психічного здоров'я, зокрема депресії та тривоги,<sup>19</sup> і часто ставлять неправильний діагноз.<sup>17</sup>

Серед ветеранів старшого віку, зокрема, заперечення або уникнення психіатричних симптомів є поширеним явищем, так само як і зловживання алкоголем.<sup>5</sup> Окремі повідомлення свідчать про те, що, особливо у старших чоловіків, збільшення збудженої та агресивної поведінки може бути пов'язане з виникненням ПТСР; якщо це так, то це має наслідки для управління поведінкою.

Хоча, як правило, люди похилого віку менш схильні до розвитку серйозних проблем з психічним здоров'ям після травми, стихійні лиха можуть становити особливий ризик для їхнього психічного та фізичного благополуччя.<sup>20,21</sup> Літні люди, які пережили стихійне лихо, більш схильні до реакції горя і почуття провини за те, що вижили, ніж молодші, особливо якщо загинули молодші члени сім'ї. Люди похилого віку можуть бути менш схильні до переїзду після стихійного лиха, вважаючи за краще залишатися у своїй громаді, і є деякі докази того, що ті, хто переїжджає, піддаються більшому ризику розвитку ПТСР.<sup>22</sup> Інші фактори ризику розвитку більш важких симптомів включають жіночу стать, вищий рівень впливу катастрофи і використання поведінкових або уникаючих стилів подолання наслідків катастрофи.<sup>21,23</sup> Незважаючи на те, що багато хто відчуває значний дистрес після катастрофи, літні люди, можливо, рідше, ніж молодші, звертаються за медичною допомогою або загальною підтримкою.<sup>21,24</sup>

### Оцінка

Як правило, стандартні заходи скринінгу та оцінки підходять для використання в цій популяції, хоча рекомендовані нижчі бали відсікання, ніж ті, що використовуються для більш молодих дорослих.<sup>16</sup> Враховуючи можливість тривалого впливу травми в анамнезі, може бути корисним запитати про вплив травми протягом життя, а також про безпосередню попередню подію, яка спонукала до звернення за медичною допомогою. Цікаво, що, незважаючи на прогнозоване "накопичення" травматичних подій протягом довгого життя, люди похилого віку, як правило, повідомляють про меншу кількість подій, ніж молоді люди.<sup>14</sup> Причини цього незрозумілі, але, ймовірно, мають кілька пояснень, включаючи просте забування, переоцінку (в контексті всього життя подія більше не вважається такою, що викликає стрес) і сором (особливо, наприклад, коли літні жінки не бажають визнавати, що раніше зазнали сексуального насильства). У контексті сорому літні люди можуть бути стурбовані стигматизацією психічного здоров'я та терапії і не бажати розкривати свою травматичну історію. Надання чіткого обґрунтування оцінки та лікування може полегшити розкриття інформації.<sup>17</sup> Важливо, що може бути присутнім цілий ряд інших фізичних і соціальних проблем, які можуть вплинути на зовнішній вигляд людини, якість життя і здатність брати участь у терапії, орієнтованій на подолання травми. Тому важливо проводити комплексну оцінку не лише симптомів ПТСР, але й ширшого біопсихосоціального благополуччя людини. Оцінка повинна включати всебічний анамнез, у тому числі історію розвитку (наприклад, вагітність, народження та основні етапи), медичну, психіатричну, історію вживання психоактивних речовин, а також історію освіти/професійної діяльності. Якщо можливо, рекомендується використовувати інструмент когнітивного скринінгу з метою встановлення як минулих, так і поточних когнітивних функцій. Інструменти когнітивного скринінгу не замінюють і не можуть замінити необхідність проведення комплексного діагностичного обстеження. Однак вони дають загальне уявлення про те, чи когнітивні функції людини не



порушені, чи потребують більш детального обстеження. Широко використовувані інструменти скринінгу включають Мінітест психічного стану (MMSE),<sup>25</sup> Універсальну шкалу оцінки деменції Роуланда (RUDAS)<sup>26</sup>, розроблену в Австралії для мультикультурних груп населення, і Оцінку когнітивних функцій лікаря загальної практики (GPCOG),<sup>27</sup> також розроблену в Австралії для когнітивного скринінгу в загальній практиці. Пацієнтів, які виявляють ознаки труднощів або зниження когнітивних функцій, слід направити для подальшого обстеження до фахівця, такого як клінічний нейропсихолог, геріатр, невролог або психіатр зі спеціальним досвідом роботи з людьми похилого віку, для постановки діагнозу і виявлення основних причин когнітивних порушень.

### Лікування

Докази підтримують використання стандартних підходів до лікування ПТСР у літніх пацієнтів, хоча можуть знадобитися деякі модифікації. Для літніх людей з ПТСР втома може стати перешкодою для участі в лікуванні.<sup>28</sup> Можливо, терапевтичні сеанси потрібно скоротити або проводити раніше вдень, щоб підвищити пильність.

Консультація з лікарем загальної практики може допомогти встановити будь-який фізичний стан, який може вплинути на здатність пацієнта брати участь у терапії.<sup>17</sup> Хоча деякі автори радять з обережністю застосовувати експозиційну терапію для літніх пацієнтів із серцевосудинними захворюваннями (через потенційну небезпеку, яку становить високе фізіологічне збудження), інші припускають, що при правильному дозуванні та виконанні в індивідуальному темпі експозиція може бути дуже корисною (і безпечною) навіть для пацієнтів із серйозними серцево-судинними захворюваннями.<sup>28</sup> Експозиція також виявилася ефективною в лікуванні ветеранів похилого віку з хронічним ПТСР.<sup>29</sup>

Пацієнтам похилого віку з певним рівнем зниження когнітивних функцій можуть бути корисними наступні поради:

- Як і у випадку з багатьма пацієнтами з ПТСР, поведінкові втручання, такі як релаксація та інші методи зниження збудження часто легше зрозуміти, ніж когнітивне втручання, наприклад, релаксація та інші методи зниження збудження або планування діяльності. елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Впровадження цих елементів на ранній стадії лікування може допомогти зміцнити довіру людини до КПТ та залучити її до підходу КПТ.
- Практичні рішення щодо наявності нагадувань про травму можуть бути ефективнішими, ніж спроби когнітивної реструктуризації щодо значущості тригера. Наприклад, когнітивно обмежені жертви Голокосту, для яких душ нагадує про концентраційні табори, можуть заспокоїтися, використовуючи ручну душеву насадку.<sup>30</sup> Звісно, при розробці та впровадженні таких втручань важливе значення має навчання та залучення осіб, які надають допомогу, а також їхня участь.
- Використовуйте сильні та слабкі сторони, виявлені під час нейропсихологічного обстеження, для адаптації терапії. Наприклад, використовуйте схематичні зображення для пояснення понять клієнтам з хорошою зоровою пам'яттю.
- Уповільніть процес терапії, зосереджуючись лише на парі понять на кожній сесії, і максимально використовуйте аналіз і повторення.
- Використовуйте допоміжні засоби для запам'ятовування, де це можливо. Наприклад, надайте клієнту записи вправ на релаксацію, схематичні зображення або письмові резюме, використовуйте календарі/щоденники або картки-підказки, які можна носити в гаманці, а також максимально використовуйте технології, наприклад, телефонні нагадування.
- Може бути корисно заручитися підтримкою "терапевтичного партнера" (тобто члена сім'ї або близького друга), який може допомогти закріпити терапевтичні техніки в перервах між зустрічами. Важливо заохочувати повторне відпрацювання навичок у природних умовах, а партнер може бути корисним у впровадженні стратегій.

### **Напрямки подальших досліджень**

Незважаючи на те, що останнім часом з'явилося кілька досліджень, якісних досліджень ПТСР у людей похилого віку все ще бракує. Будь-які добре сплановані дослідження, які поглиблюють наше розуміння природи та лікування ПТСР у людей похилого віку, будуть корисними, особливо з огляду на те, що наше населення продовжує старіти. Деякі конкретні напрямки досліджень, які слід розглянути, включають

- Який зв'язок між когнітивним зниженням (зокрема, деменцією) і початком або загостренням ПТСР? Які механізми задіяні і в якій мірі травматичні спогади можуть впливати вперше (або вперше за багато років)?
- Чи є ПТСР фактором ризику деменції? Якщо так, то як він впливає на прояви деменції і які наслідки для раннього втручання?
- Який зв'язок існує між ПТСР і виникненням проблем з управлінням поведінкою, таких як збудження та агресія? Якщо цей зв'язок існує, що це говорить про підходи до втручання?
- Яким чином слід адаптувати науково обґрунтовані психологічні підходи для людей похилого віку і чи існують докази того, що один тип травмофокусованого підходу є більш придатним для цієї групи, ніж інший?
- Які фармакологічні підходи є найбільш ефективними для лікування ПТСР у людей похилого віку?

### **Джерело та дописувачі**

Інформаційний бюлетень "ПТСР у літніх людей" був розроблений Phoenix Australia у співпраці з доктором Річардом Бонвіком, медичним директором Мельбурнської клініки, та професором Брайаном Дрейпером, професором Школи психіатрії Університету Нового Південного Уельсу та клінічним керівником академічного відділення психіатрії похилого віку лікарні Принца Уельського.

### **Цитування**

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: PTSD in older people in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020.

### **Посилання**

1. Australian Bureau of Statistics. Reflecting a nation: Stories from the 2011 Census, 2012-2013. Cat. no. 2071.0. Canberra: ABS; 2012.
2. Australian Bureau of Statistics. Population projections, Australia, 2006 to 2101. Cat. no. 3222.0. Canberra: ABS; 2008.
3. Joffe C, Brodaty H, Luscombe G, Ehrlich F. The Sydney Holocaust study: Posttraumatic stress disorder and other psychosocial morbidity in an aged community sample. *J Trauma Stress*. 2003;16(1):39-47.
4. Muhtz C, Godemann K, von Alm C, et al. Effects of chronic posttraumatic stress disorder on metabolic risk, quality of life, and stress hormones in aging former refugee children. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Sep 2011;199(9):646-652.
5. Bonwick RJ, Morris PLP. Post-traumatic stress disorder in elderly war veterans. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996;11(12):1071-1076.
6. Wardill T, Anderson V. Assessment of executive functioning in older adults. In: Anderson V, Jacobs R, Anderson P, eds. *Executive functions and the frontal lobes: A lifespan perspective*. New York: Taylor & Francis; 2010:155-178.
7. Australian Institute of Health and Welfare. *Dementia in Australia*. Cat. no. AGE 70. Canberra: AIHW; 2012.

8. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, et al. Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders—fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*. 2016;28(11):1379.
9. Yaffe K, Vittinghoff E, Lindquist K, et al. Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(6):608-613.
10. Qureshi SU, Kimbrell T, Pyne JM, et al. Greater prevalence and incidence of dementia in older veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(9):1627-1633.
11. Ravona-Springer R, Beeri MS, Goldbourt U. Exposure to the Holocaust and World War II concentration camps during late adolescence and adulthood is not associated with increased risk for dementia at old age. *Journal of Alzheimers Disease*. 2011;23(4):709-716.
12. Acierno R, Gray M, Best C, et al. Rape and physical violence: Comparison of assault characteristics in older and younger adults in the national women's study. *J Trauma Stress*. Oct 2001;14(4):685-695.
13. Norris FH, Foster JD, Weisshaar DL. The epidemiology of gender differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts. In: Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J, eds. *Gender and PTSD*. New York: Guilford Press; 2002:3-42.
14. Creamer M, Parslow R. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the elderly: A community prevalence study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008 Oct (Epub 2008 May 2008;16(10):853-856.
15. Schinka JA, Brown LM, Borenstein AR, Mortimer JA. Confirmatory factor analysis of the PTSD checklist in the elderly. *J Trauma Stress*. 2007 2007;20(3):281-289.
16. Pietrzak RH, Van Ness PH, Fried TR, Galea S, Norris F. Diagnostic utility and factor structure of the PTSD Checklist in older adults. *International Psychogeriatrics*. 2012;24(10):1684-1696.
17. Bottche M, Kuwert P, Knaevelsrud C. Posttraumatic stress disorder in older adults: An overview of characteristics and treatment approaches. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Mar 2011 2012;27(3):230-239.
18. Herrmann WJ, Flick U. Nursing home residents' psychological barriers to sleeping well: A qualitative study. *Family Practice*. Aug 2012;29(4):482-487.
19. Spitzer C, Barnow S, Volzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: Findings from a German community study. *J Clin Psychiatry*. May 2008;69(5):693-700.
20. Jia ZB, Tian WH, Liu WZ, Cao Y, Yan J, Shun ZS. Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health*. 2010;10.
21. Ticehurst S, Webster RA, Carr VJ, Lewin TJ. The psychosocial impact of an earthquake on the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996;11(11):943-951.
22. Viswanath B, Maroky AS, Math SB, et al. Psychological impact of the tsunami on elderly survivors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. May 2012 2012;20(5):402-407.
23. Zhang Z, Shi ZB, Wang L, Liu MX. Post-traumatic stress disorder, anxiety and depression among the elderly: A survey of the hard-hit areas a year after the Wenchuan earthquake. *Stress and Health*. Feb 2012 2012;28(1):61-68.
24. Wang PS, Gruber MJ, Powers RE, et al. Mental health service use among Hurricane Katrina survivors in the eight months after the disaster. *Psychiatric Services*. Nov 2007;58(11):1403-1411.
25. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12(3):189-198.
26. Storey JE, Rowland JTJ, Conforti DA, Dickson HG. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): A multicultural cognitive assessment scale. *International Psychogeriatrics*. Mar 2004;16(1):13-31.
27. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, et al. The GPCOG: A new screening test for dementia designed for general practice. *Journal of the American Geriatrics Society*. Mar 2002;50(3):530-534.

28. Clapp JD, Beck JG. Treatment of PTSD in older adults: Do cognitive-behavioral interventions remain viable? *Cognitive and Behavioral Practice*. Feb 2012 2012;19(1):126-135.
29. Thorp SR, Stein MB, Jeste DV, Patterson TL, Wetherell JL. Prolonged exposure therapy for older veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. Jan 2012 2012;20(3):276-280.
30. Cook JM, O'Donnell C. Assessment and psychological treatment of posttraumatic stress disorder in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2005;18(2):61-71.

### **Біженці та шукачі притулку**

У цьому інформаційному бюлетені "Біженці та шукачі притулку" розглядаються загальні питання та надаються поради щодо презентації, оцінки та лікування для фахівців, які працюють з біженцями та шукачами притулку.

Вимушено переміщені особи, такі як біженці та шукачі притулку, залишають свої домівки, рятуючись від конфліктів, насильства та переслідувань, і шукають довгострокового поселення в таких країнах, як Австралія. У цьому процесі вони часто стикаються з потенційно травматичними подіями, втратами та негараздами. Тим не менш, правовий статус біженця або шукача притулку сам по собі не дає жодної прямої інформації про його потреби у сфері психічного здоров'я (хоча він і означає, що людина перебуває у групі високого ризику психічних захворювань). Потреби в психіатричній допомозі можна встановити лише шляхом оцінки особистого досвіду та симптомів.

У наступному розділі окреслено низку загальних питань, з якими мають бути ознайомлені фахівці, що працюють з біженцями та шукачами притулку в Австралії. Детальна інформація про конкретні обставини та досвід конкретної особи, звісно, все одно необхідна.

### **Передумови виникнення проблем**

Психологічний дистрес біженців слід оцінювати в контексті їхнього культурного середовища, яке дає розуміння того, що сталося і що відбувається з ними.<sup>1</sup> На рішення людини звернутися за медичною допомогою впливає низка культурних чинників, зокрема переконання про причини психічних проблем, переваги в лікуванні, стигма, пов'язана з психічними захворюваннями, і місце сім'ї в системі охорони здоров'я.

Спеціалісти повинні бути поінформовані про культурні вірування та практики людей, які належать до різних культур, і поважати ці вірування та практики.

Ще одним важливим контекстуальним фактором є власна культура та етноцентричність практикуючого фахівця. Фахівці повинні бути культурно обізнаними та відкритими до різних культурних поглядів на психологічні проблеми. Це передбачає усвідомлення відмінностей у цінностях, уникнення стереотипів, здатність реагувати на потенційні конфлікти між цінностями клієнта та цінностями домінуючої культури, а також здатність розуміти та обирати відповідний підхід до лікування. Нарешті, приймаюче суспільство створює контекст, в якому відбувається подальше поводження з біженцями та шукачами притулку. Урядова політика, ставлення громади та висвітлення в ЗМІ можуть мати прямий вплив на психічне здоров'я біженців, створюючи доброзичливе або вороже середовище, або непрямий вплив, потенційно впливаючи на суспільні настрої. Для шукачів притулку державна політика, пов'язана з утриманням під вартою, візовими обмеженнями та доступом до економічних і соціальних прав, таких як доступ до медичної допомоги, права на працю та матеріальну допомогу, може суттєво вплинути на психічне здоров'я та благополуччя. Фахівці-практики повинні розуміти всі вищезазначені фактори як на рівні суспільства - природу та історію конфлікту і його вплив на людину, її сім'ю та громаду з плином часу, - так і на рівні індивідуального досвіду людини.

### **Вплив потенційно травматичного досвіду**

Досвід, який змушує людей ставати біженцями або шукачами притулку, робить їх схильними до виникнення проблем з психічним здоров'ям. Цей досвід буває трьох основних типів.

1. Травматичний вплив воєнних ситуацій, а також ситуацій, коли їм або їхнім близьким погрожували, їх поранили, зґвалтували або катували, або коли вони були свідками смерті інших людей.
2. Втрата членів сім'ї, друзів, родичів, майна, засобів до існування, статусу або країни.
3. Позбавлення основних прав людини (наприклад, на релігію, безпеку) або потреб (наприклад, у їжі, воді, житлі, освіті та медичній допомозі), яке для шукачів притулку може тривати в приймаючій країні, поки оцінюється заява про надання статусу біженця.<sup>2</sup>

Вимушена міграція складається з трьох етапів, під час яких діють різні фактори, що схиляють окремих осіб і цілі групи переміщених осіб до підвищеного ризику виникнення проблем з психічним здоров'ям.

Це може бути пов'язано з факторами, пережитими під час доміграційного етапу:

- катування та повторювані та/або тривалі екстремальні форми насильства
- виклик ідентичності та розпад сімей і громад
- умови невідворотності та непередбачуваності, що максимізують досвід безпорадності
- втрата за насильницьких обставин з такими наслідками, як тривале горе
- бути свідком таких звірств, як масові вбивства, згвалтування, тортури, цілеспрямоване нанесення шкоди дітям, порушення сакральних цінностей, зрада та слабкість відновного правосуддя
- навмисне руйнування особистої цілісності (наприклад, вторгнення в особисте життя або фізичні кордони, контроль над основними функціями, такими як їжа і сон) і створення неможливих варіантів вибору (наприклад, вибір того, хто повинен померти, а хто залишитися).<sup>2-4</sup>

На переміграційному етапі важливого значення набувають фактори, пов'язані з процесом переходу від країни походження до країни переселення. Вони можуть стосуватися

- довгі та небезпечні маршрути, часто з використанням небезпечних засобів (наприклад, подорожі морем у переповнених, небезпечних човнах)
  - тимчасове та небезпечне проживання в так званих країнах транзиту
- розлука з найближчими родичами під час польоту
  - небезпечні умови в таборах біженців, які можуть включати позбавлення базових потреб, таких як їжа, житло, безпека, освіта, медицина тощо.<sup>5,6</sup>

Нарешті, на постміграційному етапі члени переміщеного населення стикаються з хронічними щоденними стресами, втратою власної культури та необхідністю адаптуватися до нової культури. Ці фактори продовжують впливати на психічне здоров'я біженців, а в деяких випадках можуть бути більш значущими для розвитку або прояву симптомів:

- втрата або розлука з родиною та друзями, включаючи занепокоєння щодо безпеки тих, хто залишився в країні походження
- втрата соціальної ролі та статусу
- труднощі у вирішенні завдань з облаштування, таких як вивчення нової мови, пошук роботи та житла
- економічні труднощі та бідність
- ізоляція та відсутність соціальної підтримки
- акультурація та напруженість між поколіннями, пов'язані з конфліктом між збереженням культури походження та набуттям культури та ідентичності приймаючої сторони
- дискримінація, расизм і соціальна ізоляція в приймаючій громаді, пов'язані з культурними або релігійними переконаннями
- статус меншини та потенційна маргіналізація в домінуючій австралійській культурі
- у випадку шукачів притулку - такі політики, як обов'язкове або безстрокове утримання під вартою та тимчасовий захист (див. додаткові питання, що стосуються цієї групи, нижче).<sup>7-11</sup>

Для розуміння психічного здоров'я біженців та шукачів притулку важливим є розуміння впливу індивідуальних та контекстуальних чинників на всіх етапах вимушеної міграції.

## Презентація

Концепція ПТСР широко застосовується в різних культурах.<sup>12-15</sup> Емпіричні дослідження демонструють чітко встановлений зв'язок між ступенем або дозою травми і підвищеним ризиком розвитку ПТСР серед біженців і шукачів притулку.<sup>12,13,16,17</sup> Особливо важливо відзначити підвищену поширеність катувань серед біженців і пов'язаний з цим підвищений ризик розвитку ПТСР.<sup>16</sup> Окремо слід відзначити застосування сексуального насильства як до жінок, так і до чоловіків в умовах війни та організованого насильства.<sup>18</sup>

Дані досліджень також надають попередню підтримку комплексному ПТСР серед культурно різноманітних спільнот, що зазнали впливу конфлікту.<sup>19,20,21</sup>

Велика кількість досліджень за участю біженців та шукачів притулку зосереджена на ПТСР, однак біженці та шукачі притулку мають ризик супутніх проблем, таких як

- тривожні розлади, депресія та розлади настрою
- зловживання психоактивними речовинами
- вторинні реактивні психози та психотичні риси
- хронічний біль, пов'язаний з катуваннями та насильством
- міжособистісні труднощі, пов'язані з недовірою, страхом, гнівом і замкнутістю
- труднощі з емоційною регуляцією та реактивністю
- ризикована та дезадаптивна поведінка, в тому числі суїцидальна
- реакції горя, такі як заціпеніння, гнів, безнадія та безглуздість
- сімейні конфлікти, розпад сім'ї та домашнє насильство
- знижена фізична активність, фізичні захворювання та соматичні скарги
- порушення когнітивних функцій, зокрема уваги, робочої пам'яті та автобіографічної пам'яті.

4,16,22-27

Разом з точною ідентифікацією психічних розладів у клієнтів-біженців слід визнати екзистенційний вплив їхніх травматичних історій. Прагнучи зрозуміти біженців і шукачів притулку з ПТСР, необхідно визнати потенційний екзистенційний вплив цього особливого типу травматичного досвіду. Втручання повинні виходити за рамки оцінки та лікування ПТСР і стосуватися інших форм дистресу, які можуть бути наслідком щоденних стресів або впливу насильства і втрат, пов'язаних з війною.<sup>6</sup> Наприклад:

- тривале перебування в насильницькому та непередбачуваному середовищі може призвести до хронічної тривоги, страху, беспорядності та зниження стресостійкості
- вимушений неможливий вибір і переживання приниження можуть призвести до почуття провини і сорому
- розрив стосунків, розлука та ізоляція можуть призвести до горя, депресії та зміни стосунків (наприклад, страх перед близькістю, залежність або надмірна самодостатність)
- зруйновані цінності людського існування внаслідок травми можуть призвести до втрати віри в людство, недовіри, чутливості до несправедливості, ідеалізації та знецінення інших людей
- гнів і потенційно агресивна поведінка можуть бути наслідком низької фрустраційної толерантності, протесту проти втрати, реакції на несправедливість і зраду, а також як захист від сорому і провини.

Важливо також визнати, що перед обличчям травми можуть проявитися індивідуальні сильні сторони, які в результаті сприятимуть стійкості та посттравматичному зростанню. Люди часто є напорчуд стійкими, і важливо, щоб лікарі вміли виявляти і розвивати ці сильні сторони в процесі лікування.

### Оцінка

Як правило, для біженців і шукачів притулку підходять стандартизовані методи оцінки, враховуючи необхідність культурно-чутливого адміністрування та інтерпретації результатів. За можливості, опитування щодо симптомів та інших питань самозвіту слід проводити мовою, якій біженець віддає перевагу, хоча використання перекладача не має негативного впливу на психологічну оцінку чи лікування.<sup>28</sup>

Існує ціла низка показників, які були адаптовані та перекладені для оцінки лікарями та самооцінки, а також для самооцінки:

- Діагноз ПТСР (наприклад, шкала ПТСР, що застосовується клініцистом, для DSM-5)
- травматичного впливу та симптомів ПТСР (наприклад, самооцінки включають Міжнародний опитувальник травми, Гарвардський опитувальник травми, Шкала впливу події)
- психічні розлади (наприклад, Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM; Міні-міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю; Комплексне міжнародне діагностичне інтерв'ю BOO3)

- симптоми тривоги, дистресу, депресії (наприклад, Скринінг здоров'я біженців; Контрольний список симптомів; Скринінг ПТСР/розладів психіки для фахівців, які не займаються психічним здоров'ям (STAR-МН<sup>29</sup>))
- постміграційні стресові фактори (наприклад, Шкала труднощів життя після міграції)
- Когнітивні порушення (наприклад, універсальна шкала оцінки деменції Роуланда).

Мультиадаптивне програмне забезпечення для психологічного скринінгу (MAPSS), аудіокомп'ютерне програмне забезпечення для самоопитування (ACASI) для пристроїв з сенсорним екраном, є економічно ефективною, гнучкою і достовірною альтернативою психометричному скринінгу та оцінці психічного здоров'я біженців і шукачів притулку за допомогою перекладача.<sup>30</sup>

Однак комплексна оцінка повинна виходити за рамки діагнозів Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (п'яте видання; DSM-5) і включати ширшу оцінку психологічних і соціальних факторів. У наведеній нижче таблиці узагальнено інформацію, яку необхідно зібрати для проведення комплексної оцінки.

Область оцінювання	Наслідки
<b>Історія міграції</b>	
Країна походження та дата прибуття	Сповіді про: <ul style="list-style-type: none"> <li>• специфічні для регіону проблеми фізичного здоров'я</li> <li>• характер і тривалість насильства та труднощів</li> <li>• доступ до охорони здоров'я</li> </ul>
Візовий статус	Критично важливо: <ul style="list-style-type: none"> <li>• розуміння прав та обов'язків</li> <li>• пов'язані з цим повсякденні стреси</li> </ul>
Мова	Перевірте мову, якій надається перевага, та етнічну приналежність, оскільки вони можуть бути індикаторами можливого травматичного досвіду. Працюючи з перекладачами, пам'ятайте, що клієнт може віддати перевагу перекладачеві з його країни або етнічного походження. Крім того, необхідно враховувати різницю між країнами в акцентах і лексиці.
Культурне походження	Важливими для оцінки є культурні уявлення про причиннонаслідкові зв'язки, стигматизацію, поведінку, пов'язану з пошуком допомоги, та концепції зцілення, а також обізнаність із системами в Австралії. Культурна, етнічна чи релігійна група є дуже різноманітною; узагальнення потрібно робити з обережністю.



	Дехто може захотіти залучити інших членів сім'ї до прийняття рішень щодо здоров'я або скористатися інструментом оцінки. (наприклад, опитувальник DSM-5 на визначення культурного рівня та інструмент культурної обізнаності)
<b>Соціальна історія</b>	
Постміграційні стресові фактори, включаючи житло, працевлаштування, освіту, мовні бар'єри, соціальну ізоляцію тощо.	Встановлено, що постміграційні стресори є незалежним фактором, що впливає на рівень ПТСР, депресії та функціональних порушень у відновлювальній середовищі. Для допомоги в оцінці цих стресів були розроблені опитувальники труднощів життя після міграції
Правова та імміграційна ситуація	Процес визначення статусу біженця та спонсорство членів сім'ї, які приїжджають до Австралії, є основними джерелами стресу і проблем з психічним здоров'ям, особливо серед шукачів притулку.
<b>Психологічна історія</b>	
Вплив насильства і катувань до міграції та інших травматичних подій (наприклад, жорстоке поводження з дітьми, насильство з боку інтимного партнера)	Для процесу оцінки достатньо "мініатюрного" ескізу, який дає уявлення про ймовірні наслідки для фізичного та психологічного здоров'я
Функціонування сім'ї та соціальна підтримка	Діти та підлітки, як правило, зазнають безпосереднього впливу через досвід та/або свідчення насильства, переривання шкільного навчання, постійну втрату або розлуку з важливими для них особами, які здійснюють за ними догляд. З'ясування того, чи потребують діти та інші члени сім'ї підтримки, передбачає проактивне та делікатне дослідження, особливо в контексті домашнього насильства.
Фізичне здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Усі лікарі повинні знати про тісний зв'язок між фізичною активністю та психічним здоров'ям і проводити оцінку рівнів фізичної активності, а також даних про захворюваність і фактори ризику для фізичного здоров'я.</li> <li>● Лікар, який проводить обстеження, повинен бути обізнаний з</li> </ul>

	<p>низкою медичних станів, на наявність яких слід перевіряти особу з числа біженців. Деякі з цих станів можуть викликати або загострювати психологічні проблеми. Крім того, як лікар, так і лікуючий лікар повинні бути уважними до можливості наявності наступних захворювань, які, як було встановлено, мають підвищену частоту в багатьох групах біженців:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ фізичні ушкодження або біль, що є наслідком катувань/фізичної травми</li> <li>○ черепно-мозкова травма</li> <li>○ соматизація психологічної проблеми</li> <li>○ проблеми із зубами</li> <li>○ інфекційні захворювання, дефіцит харчування, недіагностовані вроджені або хронічні захворювання можуть впливати на психологічну картину.</li> </ul>
<b>Діти та підлітки</b>	
Фізичне здоров'я та розвиток Н	<p>На додаток до вищезазначеного, оцінка повинна включати ріст, розвиток, історію освіти, пери- та постнатальний анамнез, наслідки для здоров'я занедбаності, відмови від дитини, домашнього насильства, травматичного досвіду батьків та проблем з психічним здоров'ям.</p>
<b>Жіноче здоров'я</b>	
	<p>На додаток до вищезазначеного, оцінка повинна включати питання сексуального/репродуктивного здоров'я, жіночого обрізання/традиційного обрізання та насильства з боку інтимного партнера.</p>

### Сприяння залученню

При проведенні оцінки та плануванні лікування людей з ПТСР, що виник внаслідок тривалої та повторної травми, рекомендується враховувати наступні додаткові міркування.

- Перші зустрічі часто бувають більш тривалими та/або можуть знадобитися кілька зустрічей для всебічної оцінки.

- Біженці повинні відчувати, що вони перебувають у безпечному середовищі. Побудова довіри та взаєморозуміння є дуже важливими. Не повинно бути жодної поведінки лікаря або подразників навколишнього середовища, які ненавмисно провокують травматичні реакції. Медичні працівники також повинні пам'ятати, що медичні установи можуть нагадувати про

катування, і що деякі біженці можуть відчувати страх перед інтрузивними слідчими процедурами.

- Стать терапевта може бути особливо важливою для тих, хто пережив сексуальне насильство.
- Надання інформації (наприклад, про мету оцінки та використання інформації після її розкриття) та заохочення клієнта ставити запитання сприяє формуванню у нього відчуття контролю. Однак фахівці повинні пам'ятати, що в деяких культурах така практика є незнайомою, і клієнт може потребувати додаткового заохочення.
- Пояснення значення понять "конфіденційність", "приватність" і "згода" є корисними, особливо якщо ви користуєтеся послугами професійних перекладачів.
- Важливо передбачити фактори, що впливають на недостатню участь в оцінці та лікуванні. Розкриття особистого та емоційно складного досвіду може бути абсолютно незвичним у культурному плані підходом до вирішення психологічних проблем. Культурні переконання щодо медичних досліджень, таких як взяття крові, ставлення до ліків і нерозуміння побічних ефектів можуть призвести до відсутності прихильності до лікування.

### **Бар'єри доступу до психіатричної допомоги**

Незважаючи на відносно високу поширеність психічних розладів серед біженців, багато з них не отримують своєчасного лікування. Мовні труднощі, відсутність перекладачів, культурно чутлива інформація про лікування, стигматизація та інші бар'єри (наприклад, бездомність або бідність) часто заважають біженцям і шукачам притулку отримати доступ до потрібних послуг. Тому в перші роки після переселення рівень користування послугами з охорони психічного здоров'я часто є нижчим за середній показник для населення, і через ці бар'єри біженці та шукачі притулку можуть звернутися до лікарів лише набагато пізніше, коли вони перебувають у стані сильного стресу або розладу.<sup>31,32</sup>

### **Робота з перекладачами**

Залучення перекладача є важливим для надання психіатричної допомоги біженцям, коли лікар і клієнт не розмовляють однією мовою, якою вони обидва вільно володіють. Уряд Австралії надає безкоштовну послугу письмового та усного перекладу (TIS) приватним лікарям, які мають на це право, щоб допомогти у спілкуванні з клієнтами, які належать до різних культурних та мовних середовищ. Послуги усного перекладу надаються безкоштовно всім, хто має право на Medicare. Навіть за наявності спільної мови, наприклад, коли біженець добре володіє англійською, може існувати вагома причина для роботи з перекладачем, наприклад, тому що біженець відчуває себе більш співзвучним своїм емоціям на своїй рідній мові або з інших причин віддає перевагу спілкуванню рідною мовою.

Працюючи з перекладачами, фахівці-практики повинні пам'ятати про низку проблем. По-перше, з точки зору конфіденційності, перекладачі не повинні бути відомі клієнтам. У невеликих громадах мігрантів перекладачі часто є освіченими членами громади, часто лідерами громади. Люди можуть відчувати, що їхня конфіденційність порушується, коли вони розповідають про свій досвід через відомих членів своєї громади. Питання конфіденційності щодо використання перекладача є особливо актуальним для нечисленних мовних груп населення. Для покращення конфіденційності часто можна замовити міждержавного телефонного перекладача через TIS або не розголошувати ім'я клієнта. По-друге, перекладач повинен мати широке розуміння обґрунтування та напряму лікування, особливо коли втручання може викликати сильні або болючі емоції у клієнта. Це дозволяє перекладачеві підготуватися і проводити сесію, знаючи, куди вона рухається. По-третє, слід чітко визначити ролі лікаря та перекладача,<sup>33</sup> переконавшись, що всі сторони, включаючи клієнта, розуміють ці ролі. Нарешті, фахівці повинні усвідомлювати, що переказ травматичного досвіду клієнта може вплинути на перекладача. Незважаючи на здатність перекладача до певної професійної емоційної відстороненості, матеріал все одно може бути для нього тривожним, і цей ефект може посилюватися, якщо перекладач має подібний травматичний досвід у своєму минулому.

Перекладачі, які працюють у сфері посттравматичного психічного здоров'я, повинні отримувати належний нагляд і доступ до дебрифінгу.<sup>33</sup>

### Лікування

При наданні допомоги біженцям і шукачам притулку з ПТСР фахівець стикається з цілою низкою міркувань, окрім травматичного досвіду людини, включаючи мовні, етнокультурні, соціальнополітичні та громадські проблеми, а також поточну психосоціальну ситуацію людини. Для шукачів притулку додатковим стресогенним фактором є нестабільний статус перебування в країні. Нерідко фахівці відчувають себе пригніченими цими соціокультурними складнощами. У деяких випадках фахівець може ігнорувати ці складнощі і діяти так, ніби їх не існує. Це навряд чи призведе до належного лікування або встановлення терапевтичних стосунків, заснованих на співпраці. Ідеальною є серединна позиція, коли лікар усвідомлює контекстуальні проблеми на кожному етапі лікування і те, як вони впливають на досвід клієнта, але при цьому не відволікається від надання ефективного лікування. Щира зацікавленість і повага лікаря є найефективнішими інструментами для побудови довіри і позитивних терапевтичних відносин, необхідних для того, щоб допомогти людині оговтатися від травматичного досвіду.

Етнографічні дослідження в галузі психічного здоров'я задокументували, що багато громад, у тому числі з числа біженців, по-різному інтерпретують причину своїх нинішніх труднощів і відповідно по-різному очікують від лікування. Дехто має західний погляд на проблеми психічного здоров'я, розглядаючи їх як розлади, які пройдуть після відповідного лікування. Інші можуть вважати, що їхні проблеми є природним наслідком хронічного перебування в нелюдських умовах або непоправних втрат і не реагуватимуть на лікування, або що їхні труднощі з часом вирішаться природним чином, а отже, лікування не потрібне.<sup>34</sup> Інші пов'язують свій травматичний досвід з надприродними або релігійними причинами, що може ускладнити пояснення доцільності психологічного або фармакологічного лікування. Незалежно від їхніх поглядів на важливість лікування та ймовірність успіху, біженці іноді можуть мати обмежене розуміння того, що буде включати в себе процес лікування.<sup>34</sup> Оцінка переконань і очікувань клієнта, надання чіткого пояснення результатів оцінки та опис обґрунтування запропонованого лікування мають вирішальне значення.

За останні десятиліття були опубліковані результати численних клінічних досліджень, що вивчали ефективність і результативність низки психологічних та інших втручань для біженців, шукачів притулку та постраждалих від конфлікту. Нещодавні систематичні огляди та мета-аналітичні дослідження<sup>35,36</sup> задокументували послідовні докази того, що психологічні втручання, орієнтовані на травму, є ефективними для біженців з розладами, пов'язаними з травмою. Деякі з цих методів лікування, такі як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), були адаптовані з інтервенцій, апробованих серед населення, яке не є біженцями. Інші методи лікування, такі як нарративна експозиційна терапія (NET), були спеціально розроблені для подолання складного і часто тривалого характеру травми біженців. Слід зазначити, що існують втручання, які виявилися ефективними для лікування ПТСР у загальних групах населення, але наразі немає достатніх доказів того, що вони надійно допоможуть біженцям. Наприклад, необхідні подальші дослідження щодо ефективності десенсибілізації та переробки рухів очей (EMDR).<sup>35</sup> Інші втручання, наприклад, культурно-адаптована КПТ,<sup>15</sup> показали сильні попередні результати, але тепер потребують вивчення іншими дослідниками в різних групах біженців.

Про те, як надавати ефективне лікування біженцям, ще багато чого треба дізнатися. Залишається дискусійним питання про те, чи потрібен біженцям період стабілізації психічного стану та психосоціальних обставин перед початком травмофокусованого лікування (це питання є дискусійним і для інших груп населення, які постраждали від травми, але особливо гостро стоїть при плануванні лікування для шукачів притулку та біженців, які можуть жити в умовах тривалої небезпеки).

На сьогоднішній день існує мало досліджень, які б вивчали конкретну ефективність загальної психосоціальної допомоги та консультування, що надаються службами допомоги жертвам катувань і травм. Необхідно більше дізнатися про те, хто отримує користь від таких програм, хто потребує специфічних втручань, і чи дають ці два види допомоги кращі результати в поєднанні, ніж окремо. Виходячи з того, що відомо про вплив як травми, отриманої до прибуття, так і поточних стресів на результати психічного здоров'я, можна стверджувати, що необхідні як специфічні втручання, спрямовані на посттравматичні симптоми, так і програми підтримки, спрямовані на подолання сучасних стресів.

Перекладачі є невід'ємною частиною роботи з багатьма біженцями. Проведення лікування за допомогою перекладача, за умови, що перекладач має відповідну акредитацію, а лікар має навички роботи з перекладачами, здається, не створює перешкод для ефективного лікування. Існують певні ознаки того, що терапія за посередництва перекладача і стандартна терапія дають еквівалентні результати в лікуванні біженців з ПТСР.<sup>37</sup> Насправді, клінічний досвід показує, що присутність перекладача часто є великою перевагою у встановленні контакту і культурного взаєморозуміння в терапевтичних відносинах.

Під час роботи з біженцями та шукачами притулку важливо встановити терапевтичні стосунки та створити умови довіри й безпеки. Крім того, лікар повинен враховувати наступні питання:

- необхідність створення цілісної системи лікування
- визнання цінності різних рівнів втручання - індивідуального, сімейного та громадського, а також таких важливих середовищ, як школи, культурні та релігійні об'єднання
- усвідомлення стратегій подолання, які могли розвинутися у відповідь на ситуації хронічного насильства та значних втрат - таких як заперечення, відхід та гнів - та потенційного захисного значення, яке ці реакції можуть мати для людини.
- критичну роль, яку відіграють почуття провини, сорому та несправедливості у збереженні проблем зі здоров'ям.

З багатьох причин, працюючи з біженцями або шукачами притулку, цілі лікування повинні виходити за рамки ПТСР. По-перше, як уже зазначалося, як і в інших травмованих груп населення, ПТСР у біженців зазвичай супроводжується іншими розладами, найчастіше депресією і різними розладами настрою, а також тривожними розладами.<sup>35</sup> При наданні комплексного плану лікування ПТСР рідко буде єдиним об'єктом клінічної уваги. По-друге, клієнт може вважати соціальні проблеми більш важливими для свого благополуччя, ніж психологічний стан і специфічна симптоматика, пов'язана з розладом. Біженці також можуть страждати від різних психологічних проблем, пов'язаних з травмою, які є "субклінічними", але, тим не менш, в контексті їхнього життя є дуже важкими. Наприклад, нездатність сформулювати надійну прив'язаність, налагодити стосунки з дітьми або контролювати свій гнів. Зазвичай для біженців та їхніх родин надзвичайно важливим є відновлення їхнього життя через успішний процес розселення. Фахівець повинен пам'ятати про необхідність сприяти створенню можливостей для перекваліфікації, працевлаштування, відновлення статусу та налагодження зв'язків. Якщо це виходить за межі компетенції окремого надавача послуг, людину слід скерувати до відповідних служб для вирішення цих питань. Потрете, паралельно з лікуванням ПТСР необхідно вирішувати питання фізичного здоров'я. Біженець може страждати від захворювань, які викликають або підтримують депресивні та тривожні симптоми і перешкоджають відновленню від наслідків травми. Для деяких біженців полегшення проблем фізичного здоров'я є шляхом до поліпшення психічного здоров'я.

Нарешті, необхідно визнати, що проблеми з психічним здоров'ям у біженців є результатом систематичного порушення їхніх прав людини. Відновлення віри в людину, право на здоров'я, право на захист від порушень прав людини і відновлення справедливості є частиною процесу зцілення біженців, які пережили тортури і травми. Служби, які задовольняють потреби постраждалих у сфері психічного здоров'я, повинні поважати і зміцнювати концепцію прав людини, виражену в різних міжнародних хартіях і угодах.<sup>38</sup>

### **Додаткові питання, характерні для шукачів притулку, які підлягають обов'язковому затриманню та тимчасовому захисту**

Австралійська політика обов'язкового утримання під вартою та тимчасового захисту біженців вважається предиктором ПТСР серед шукачів притулку та біженців в Австралії. Стіл та його колеги<sup>39,40</sup> повідомляють про надзвичайно високий рівень захворюваності на ПТСР серед власників тимчасових віз та шукачів притулку під час утримання під вартою, а також у роки після звільнення. Висока поширеність катувань і міжособистісного насильства, особливо в клінічних групах і тих, хто піддавався тривалому утриманню під вартою, аналогічно пов'язана з більш високою поширеністю депресії.<sup>18</sup> Ця група також частіше стикається з постійними мовними труднощами, соціальною ізоляцією та зростаючою з часом тривогою і депресією порівняно з біженцями, яким надано постійний захист.<sup>41</sup> Крім того, шукачі притулку, які перебувають під вартою, піддаються значному ризику суїцидальної поведінки, причому цей показник у багато разів перевищує середній показник по країні для чоловіків і жінок відповідно.<sup>42</sup>

Слід зазначити особливі труднощі в роботі з цією групою шукачів притулку. Шукачі притулку, які підлягають обов'язковому затриманню або тимчасовому захисту, часто мають труднощі з терапією, спрямованою на подолання їхньої травми, оскільки їхній травматичний досвід у багатьох випадках є безперервним, оскільки пов'язаний з тривалим і невизначеним утриманням у пенітенціарних установах, де вони стикаються з втратою контролю, тривалою розлукою і невпевненістю в тому, що їхні члени сім'ї залишилися в країні походження. Цей досвід посилює вплив травм, пов'язаних з війною, і в поєднанні з тривалими періодами утримання під вартою призводить до гірших наслідків для психічного здоров'я.<sup>40,43</sup> До цього досвіду додаються обмеження тимчасових віз (обмеження на працевлаштування, обмежений доступ до послуг з облаштування та соціальних виплат), які спричиняють серйозні страждання для багатьох людей.

Крім того, під час оформлення візи шукачі притулку стикаються з іншими неприємними подіями - співбесідами для отримання постійної візи, частими відмовами у видачі візи, а потім зверненням до Трибуналу, а потім до суду, і все це може зайняти багато років. Нарешті, багато шукачів притулку стикаються з потенційною депортацією до країн походження. У цей час багато хто повідомляє про посилення повторного переживання травми і страху бути депортованим. Існує думка, що стандартні діагностичні категорії та індивідуальне лікування можуть бути недостатніми для подолання руйнівного впливу тривалого утримання під вартою та процесу розгляду візових заяв на життя шукачів притулку.<sup>44</sup> У Нідерландах були розроблені деякі напрямки надання психосоціальної підтримки шукачам притулку, яким загрожує депортація.<sup>45</sup>

Тому при лікуванні ПТСР необхідно враховувати види пережитих травм, різні психологічні та фізичні наслідки травм, поточні життєві обставини, а також культурні переконання та цінності шукачів притулку. Існують певні докази того, що у біженців з візами тимчасового захисту стан психічного здоров'я покращується після отримання посвідки на постійне проживання.<sup>46</sup> Що стосується імміграційного затримання, то, хоча після звільнення часто спостерігається початкове поліпшення психічного стану, в деяких випадках психологічна шкода, спричинена тривалим утриманням під вартою, не зникає. Необхідні подальші дослідження для оцінки довгострокового впливу утримання під вартою на психологічне благополуччя та адаптацію.

### **Робота з дітьми**

Діти складають більше половини з 25,4 мільйона біженців у всьому світі і становлять приблизно третину шукачів притулку.<sup>47</sup> Близько 16% з них, ймовірно, матимуть ПТСР, з деякими варіаціями залежно від типу травми та статі,<sup>48</sup> але значно вищими, ніж у дітей, які не є біженцями.<sup>49</sup>

Як і у випадку з дорослими, низка пре-, пери- і постміграційних стресових факторів, включаючи тривале перебування під вартою в імміграційній службі, піддають дітей і підлітків-

біженців підвищеному ризику розвитку проблем з психічним здоров'ям, у тому числі й психічних:

- проблеми прив'язаності, затримки розвитку, емоційного та поведінкового розвитку<sup>50</sup>
- депресія, тривога та поведінкові проблеми, які можуть бути ранніми індикаторами подальшого розвитку ПТСР<sup>51</sup>
- самоушкодження та суїцидальні думки<sup>26</sup>
- тривога при розлуці, порушення сну, деструктивна поведінка та соматичні симптоми.<sup>26,52</sup>

На додаток до травм, втечі та переміщення, діти також переживають переривання шкільного навчання, а багато з них розлучаються з батьками чи опікунами або втрачають їх. Дані свідчать про те, що діти та підлітки-біженці без супроводу дорослих піддаються більшому ризику психологічного розладу, ніж ті, кого супроводжують батьки або опікуни.<sup>49,53</sup> З іншого боку, досвід і благополуччя дітей опосередковані психічним здоров'ям їхніх батьків. Травматичний досвід батьків і труднощі після міграції пов'язані з більш жорстким стилем виховання, а також з вищим рівнем проблем поведінки, гіперактивності, емоційних симптомів і проблем у стосунках з однолітками серед дітей.<sup>54</sup>

Однак загалом діти та підлітки-біженці, як правило, більш стійкі, ніж дорослі, і їм легше адаптуватися до життя в новій країні. Молоді біженці, які постійно проживають в Австралії, демонструють такий самий або навіть вищий рівень адаптації, ніж загалом у суспільстві. На це, зокрема, впливає їхнє краще фізичне здоров'я та шкільна успішність. З іншого боку, діти біженців повідомляють про більші труднощі у формуванні дружніх стосунків з однолітками, про те, що їх не люблять і дратвлять, а також про те, що вони надають перевагу перебуванню наодинці або з дорослими.<sup>55</sup>

Молодші діти, зокрема, менш схильні відчувати провину за те, що залишають друзів і сім'ю, і можуть відчувати більше радості, ніж страху перед початком нового життя.<sup>56</sup> Тим не менш, адаптація дітей може створювати додаткові стресові фактори, такі як зміна сімейної динаміки, коли діти починають вільніше володіти новою мовою і повинні виступати в ролі "перекладачів" для батьків. З втратою ідентичності та соціальних ролей сім'ї наражаються на ще більшу напругу, що може спричинити розширення культурного розриву між членами сім'ї та призвести до конфліктів і гніву. Хоча в літературі зазначається, що гнів, який виникає при діагнозі ПТСР, часто спрямований на чоловіка або дружину, недавні дослідження показують, що гнів по відношенню до дітей також є дуже поширеним явищем, а мовний розрив між батьками і дітьми може сприяти виникненню конфліктів і гніву.<sup>57</sup> Однак бракує систематичних досліджень, які б вивчали вплив гніву на дітей та вплив на сім'ю в цілому.

Кілька індивідуальних травмофокусованих втручань з ПТСР продемонстрували ефективність серед дітей,<sup>58,59</sup> в тому числі нарративна експозиційна терапія для дітей<sup>60</sup> та КПТ, що проводиться в школах та на базі громади.<sup>61</sup> Однак мало відомо про довгострокові наслідки травмофокусованого лікування, особливо щодо групових втручань.

### Рекомендована література

- Andary, L., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2003). *Assessing mental health across cultures*. Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Aristotle, P. (1990). A wholistic approach. In P. Hosking (Ed.), *Hope after horror: Helping survivors of torture and trauma* (pp. 157-176). Sydney: Uniya.
- Bhugra, D., Craigm T. & Bhui, K. (2010). *Mental Health of Refugees and Asylum Seekers*. First Edition. Oxford University Press.
- Gardiner, J. & Walker, K. (2010) *Compassionate Listening. Managing psychological trauma in refugees*. *Australian Family Physician* 39(4): 198-203.
- McInerney, D., & Kaye, J. (2006). *Asylum seekers, therapy and ethics*. *Critical Psychology*, 16, 166-179.
- Cross-Cultural Mental Health Assessment tools available at <http://www.vtmh.org.au/> and <https://www.dhi.health.nsw.gov.au/transcultural-mental-health-centre>. Accessed February 2020

Refugee Health Network Information sheets available at <http://refugeehealthnetwork.org.au/>. Accessed February 2020

Australian Refugee Health Practice Guide available at <http://refugeehealthguide.org.au/>. Accessed February 2020

Zannettino, L et al; (2013) Improving responses to refugees with backgrounds of multiple trauma: Pointers for practitioners in domestic and family violence, sexual assault and settlement services. Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse.

### **Джерело та дописувачі**

Інформаційний бюлетень для біженців та шукачів притулку був розроблений Фенікс Австралія у співпраці з професором Дерріком Сілове, психіатром, директором відділу досліджень і викладання психіатрії Університету Нового Південного Уельсу; паном Маріано Коелло, координатором досліджень Служби лікування та реабілітації жертв катувань і травм; доктором Ідою Каплан, клінічним психологом, менеджером з надання безпосередніх послуг Вікторіанського фонду допомоги жертвам катувань; і доцентом Гаррі Мінасом, психіатром і директором Вікторіанського відділення транскультурної психіатрії.

У 2019 році він був суттєво оновлений паном Гаєм Коффі, клінічним психологом і юристом, Victoria Foundation House; професором Закарі Стілом, Школа психіатрії Університету Нового Південного Уельсу; та д-ром Дзенаною Картал, науковим співробітником Центру посттравматичного психічного здоров'я у Феніксі (Австралія).

### **Цитування**

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: Refugee and asylum seekers in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020

### **Посилання**

1. Bhugra D. Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*. 2004;69(1):129-141.
2. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: Toward an integrated conceptual framework. *Journal of Nervous and Mental Disease* Vol 187(4), Apr 1999, pp 200-207. 1999.
3. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. *JAMA*. 2005;294(5):602.
4. Nickerson A, Liddell BJ, Maccallum F, Steel Z, Silove D, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):1.
5. Kingsley P. *The new odyssey: The story of the twenty-first century refugee crisis*. Liveright Publishing; 2017.
6. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and postconflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social science & medicine*. 2010;70(1):7-16.
7. Li S, Liddell BJ, Nickerson A. The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current Psychiatry Reports*. 2016;18(9):1-9.
8. Li M, Anderson JG. Pre-migration trauma exposure and psychological distress for Asian American immigrants: Linking the pre-and post-migration contexts. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2015:1-12.
9. Miller KE, Rasmussen A. War experiences, daily stressors and mental health five years on: elaborations and future directions. *Intervention*. 2014;12:33-42.
10. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*. 2015;15(1):29-29.



11. Tay AK, Rees S, Chen J, et al. Associations of conflict-related trauma and ongoing stressors with the mental health and functioning of West Papuan refugees in Port Moresby, Papua New Guinea (PNG). *PLoS One*. 2015;10(4):e0125178.
12. Palmieri PA, Marshall GN, Schell TL. Confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms in Cambodian refugees. *J Trauma Stress*. 2007;20(2):207-216.
13. Rasmussen A, Smith H, Keller AS. Factor structure of PTSD symptoms among west and central African refugees. *J Trauma Stress*. 2007;20(3):271-280.
14. Rasmussen A, Katoni B, Keller AS, Wilkinson J. Posttraumatic idioms of distress among Darfur refugees: Hozun and Majnun. *Transcultural Psychiatry*. 2011;48(4):392-415.
15. Hinton DE, Hofmann SG, Rivera E, Otto MW, Pollack MH. Culturally adapted CBT (CA-CBT) for Latino women with treatment-resistant PTSD: A pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behav Res Ther*. 2011;49(4):275-280.
16. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. 2009;302(5):537-549.
17. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 2012;200(3):216-223.
18. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *American journal of public health*. 2013;103(3):e30-e42.
19. Murphy S, Elklit A, Dokkedahl S, Shevlin M. Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7(1):32678.
20. Elklit A, Hyland P, Shevlin M. Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5(1):24221.
21. Tay AK, Rees S, Chen J, Kareth M, Silove D. The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC psychiatry*. 2015;15(1):111.
22. Doolan EL, Bryant RA, Liddell BJ, Nickerson A. The conceptualization of emotion regulation difficulties, and its association with posttraumatic stress symptoms in traumatized refugees. *Journal of anxiety disorders*. 2017;50:7-14.
23. Henkelmann J-R, de Best S, Deckers C, et al. Mental Disorders in Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. Available at SSRN 3471994. 2019.
24. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, et al. Trauma and suicidality in war affected communities. *European psychiatry*. 2013;28(8):514-520.
25. Kanagaratnam P, Asbjørnsen AE. Executive deficits in chronic PTSD related to political violence. *Journal Of Anxiety Disorders*. 2007;21(4):510-525.
26. Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009;194(4):306-312.
27. Nygaard M, Sonne C, Carlsson J. Secondary psychotic features in refugees diagnosed with posttraumatic stress disorder: a retrospective cohort study. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):5.
28. Lambert JE, Alhassoon OM. Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*. 2015;62(1):28-37.
29. Hocking DC, Mancuso SG, Sundram S. Development and validation of a mental health screening tool for asylum-seekers and refugees: the STAR-MH. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):69.
30. Morina N, Ewers SM, Passardi S, et al. Mental health assessments in refugees and asylum seekers: evaluation of a tablet-assisted screening software. *Conflict and Health*. 2017;11(1):18.

31. Watkins PG, Razee H, Richters J. 'I'm Telling You... The Language Barrier is the Most, the Biggest Challenge': Barriers to Education among Karen Refugee Women in Australia. *Australian Journal of Education*. 2012;56(2):126-141.
32. Taylor J, Haintz GL. Influence of the social determinants of health on access to healthcare services among refugees in Australia. *Australian journal of primary health*. 2018;24(1):14-28.
33. d'Ardenne P, Farmer E, Ruaro L, Priebe S. Not lost in translation: Protocols for interpreting traumafocused CBT. *Behav Cognit Psychther*. 2007;35(3):303-316.
34. Maier T, Straub M. "My head is like a bag full of rubbish": Concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants. *Qualitative Health Research*. 2011;21(2):233-248.
35. Turrini G, Purgato M, Acarturk C, et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2019:1-13.
36. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and metaanalysis. *PloS one*. 2017;12(2):e0171030.
37. d'Ardenne P, Ruaro L, Cestari L, Fakhoury W, Priebe S. Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in East London. *Behav Cognit Psychther*. 2007;35(3):293-301.
38. Aristotle P. A wholistic approach. In: Hosking P, ed. *Hope after horror: Helping survivors of torture and trauma*. Sydney: Uniya; 1990:157-176.
39. Steel Z, Momartin S, Bateman C, Hafshejani A, Silove DM. Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2004;28(6):527-536.
40. Steel Z, Silove D, Brooks R, Momartin S, Alzuhairi B, Susljik I. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br J Psychiatry*. 2006;188:58-64.
41. Steel Z, Momartin S, Silove D, Coello M, Aroche J, Tay KW. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*. 2011;72(7):1149-1156.
42. Hedrick K, Armstrong G, Coffey G, Borschmann R. Self-harm in the Australian asylum seeker population: A national records-based study. *SSM-population health*. 2019;8:100452.
43. von Werthern M, Robjant K, Chui Z, et al. The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):382.
44. McInerney D, Kaye J. Asylum seekers, therapy and ethics. *Critical Psychology*. 2006;16:166-179.
45. Geraci D. *Facing return. An approach for psychosocial assistance to (former) asylum seekers and undocumented migrants*. . Utrecht: Utrecht: Pharos (Dutch National Knowledge and Advisory Centre on Migrants and Refugees Health);2011.
46. Nickerson A, Steel Z, Bryant R, Brooks R, Silove D. Change in visa status amongst Mandaean refugees: Relationship to psychological symptoms and living difficulties. *Psychiatry Research*. 2011.
47. United Nations High Commissioner for Refugees. *Global Trends Report*. 2017; <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5b27be547/unhcr-global-trends-2017.html>. Accessed February 2020.
48. Alisic E, Zalta AK, Van Wesel F, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;204(5):335-340.
49. Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011;14(1):44-56.
50. Newman LK, Steel Z. The child asylum seeker: Psychological and developmental impact of immigration detention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008;17:665-683.
51. Smid GE, Lensvelt-Mulders G, Knipscheer JW, Gersons BPR, Kleber RJ. Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: Exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2011;40(5):742-755.

52. Dudley M, Steel Z, Mares S, Newman L. Children and young people in immigration detention. *Current Opinion in Psychiatry*. 2012;25(4):285-292.
53. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):266-282.
54. Bryant RA, Edwards B, Creamer M, et al. The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *The Lancet Public Health*. 2018;3(5):e249-e258.
55. Lau W, Silove D, Edwards B, et al. Adjustment of refugee children and adolescents in Australia: outcomes from wave three of the Building a New Life in Australia study. *BMC medicine*. 2018;16(1):157.
56. Morantz G, Rousseau C, Heymann J. The divergent experiences of children and adults in the relocation process: Perspectives of child and parent refugee claimants in Montreal. *Journal of Refugee Studies*. 2012;25(1):71-92.
57. Hinton DE, Rasmussen A, Nou L, Pollack MH, Good M-J. Anger, PTSD, and the nuclear family: A study of Cambodian refugees. *Social Science & Medicine*. 2009;69(9):1387-1394.
58. Ehntholt KA, Yule W. Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(12):1197-1210.
59. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM. A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of abnormal child psychology*. 2017;45(8):1587-1597.
60. Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T. Narrative exposure therapy for 7-to 16- year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *J Trauma Stress*. 2010;23(4):437-445.
61. Tyrer RA, Fazel M. School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: a systematic review. *PloS one*. 2014;9(2):e89359.

## Сексуальне насильство

У цьому інформаційному бюлетені про сексуальне насильство розглядаються загальні питання та надаються поради щодо презентації, оцінки та лікування для лікарів, які працюють з жертвами сексуального насильства.

### Передумови виникнення проблем

Психіатр, який надає допомогу жертвам сексуального насильства, повинен знати про декілька важливих базових питань. Сексуальне насильство - це злочин, який зазвичай відбувається наодинці. Воно оповите таємницею, може включати жертву, яка звинувачує себе, а у випадку з дітьми може включати грумінг і маніпуляції. Більшість випадків сексуального насильства над дітьми вчиняється членом сім'ї або довіреною особою, знайомою дитині. Як наслідок, багато дітей, які зазнали насильства, та дорослих, які пережили сексуальне насильство над дітьми, все ще можуть контактувати зі своїм кривдником. У деяких випадках вони також засвоїли, що дорослим не можна довіряти.

Про сексуальне насильство в Австралії рідко говорили до 1970-х років, а випадки сексуального насильства в дитинстві майже ніколи не розголошувалися. На жаль, коли сексуальне насильство в дитинстві розкривалося, жертва ризикувала бути звинуваченою у фантазуванні, брехні, прагненні повернути до себе увагу або помститися. За останні 40 років жертви сексуального насильства все частіше повідомляють про нього, але все ще існує значний суспільний, сімейний та індивідуальний тиск, який змушує їх мовчати. Люди, які стверджують, що зазнали сексуального насильства, найменше схильні повідомляти про це в поліцію серед усіх жертв злочинів. Лише невелика частка з тих, про кого повідомляють, притягується до відповідальності - одне з шести зґвалтувань і менше одного з семи повідомлень про інцест/сексуальне проникнення до дитини. Крім того, рівень обвинувальних вироків значно нижчий, ніж за інші злочини, і з часом не спостерігається тенденції до збільшення кількості успішних вироків.

Негативні стереотипи, які зображують жертв сексуального насильства як негідних, недостойних або таких, що сприяють злочину, продовжують панувати як у правовій системі, так і в суспільстві загалом. Ці стереотипи неминуче впливають на особистість, створюючи додатковий дистрес, що виходить за рамки самого травматичного досвіду.

Враховуючи "прихований" характер сексуального насильства та низький рівень повідомлень і засуджень, мабуть, не дивно, що існує мало достовірної інформації про поширеність сексуального насильства або сексуального насильства над дітьми серед австралійського населення. Наявні дані ґрунтуються на поліцейській статистиці та віктимологічних опитуваннях, таких як дослідження Австралійського інституту кримінології щодо сексуального насильства та опитування Австралійського бюро статистики щодо безпеки жінок. На сьогоднішній день не було проведено жодного широкомасштабного національного опитування населення, яке б включало питання дитячого насильства над хлопчиками. Як наслідок, поточні знання про сексуальне насильство над хлопчиками в дитинстві залежать від звітів, поданих до державних органів захисту дітей та Королівської комісії з питань інституційного реагування на випадки сексуального насильства над дітьми.

За оцінками, поширеність сексуального насильства у віці до 18 років в австралійському суспільстві становить від 6,9 до 26,8 відсотка для жінок і від 5,2 до 10,4 відсотка для чоловіків.<sup>1</sup> У дорослому віці більшому ризику сексуального насильства піддаються особи жіночої статі, молоді та неодружені, ті, хто вже зазнавав сексуального насильства в минулому, а також ті, хто перебуває в стосунках з кривдниками. У репрезентативній австралійській вибірці було виявлено, що 8,1% жінок і 2,2% чоловіків повідомили, що зазнали зґвалтування; 14,7% жінок і 4,5% чоловіків погодилися з ширшою категорією сексуального насильства.<sup>2</sup> Ці результати збігаються з останніми даними опитування щодо особистої безпеки, згідно з яким 17% жінок і 4,3% чоловіків зазнали сексуального насильства.<sup>3</sup> Результати мета-аналізу вказують на значний зв'язок між сексуальним насильством і діагнозом ПТСР протягом життя (співвідношення шансів становить 2,34).<sup>4</sup> Серед жінок, які повідомили, що найбільш

травматичною подією, яку вони пережили, було зґвалтування, 9,2% відповідали критеріям ПТСР за останні 12 місяців.<sup>5</sup> Чоловіки, які зазнали зґвалтування або домагань, повідомляють про вищий рівень поширеності ПТСР.

Важливо визнати, що насильство передається з покоління в покоління. Жінки, які зазнали насильства в дитинстві, можуть повторно формувати стосунки з жорстокими, насильницькими партнерами, які, в свою чергу, можуть сексуально та/або фізично знущатися над її дітьми. Крім того, якщо жінки, які доглядають за дітьми, відчувають психологічний вплив насильства (наприклад, депресія, тривога, замкненість), діти можуть не отримувати достатнього захисту та/або не мати позитивних батьківських настанов чи стратегій. З іншого боку, дітей можуть надмірно опікати і привчати до думки, що світ - це небезпечне місце, що перешкоджає розвитку життєстійкості.

### **Презентація**

У дорослих з ПТСР після сексуального насильства травма може варіюватися від окремої травми зґвалтування в дорослому віці до повторного сексуального насильства в дитинстві або поєднання обох травм. Характер сексуального насильства в дитинстві сам по собі дуже варіативний. Сексуальне насильство, пов'язане з проникненням (цифровим чи іншим), на відміну від дотиків чи пестоців, виявилось найбільш шкідливим з усіх видів насильства. Це також стосується сексуального насильства, пов'язаного з приниженням гідності та насильством. Не дивно, що типові симптоми відрізняються залежно від типу та кількості пережитих сексуальних посягань. Лікар повинен знати ці типові прояви (описані нижче) і забезпечити всебічне обстеження, особливо якщо є підозра, що в анамнезі пацієнта були випадки нападу або сексуального насильства. У деяких випадках особа, яка зазнала сексуального насильства в дитинстві, вперше звертається за лікуванням ПТСР у дорослому віці.

### **Поширені проблеми, з якими стикаються постраждалі від сексуального насильства над дорослими**

- Повторювані денні нав'язливі спогади/спалахи та тривожні сновидіння
- Фізичні симптоми гіперактивності, такі як прискорене серцебиття, пітливість, утруднене дихання
- Надмірна пильність (наприклад, страх вийти на вулицю)
- Проблеми зі сном
- Труднощі з прийомом їжі
- Недовіра до чоловіків/жінок, що впливає на формування стосунків
- Втрата інтересу до звичної діяльності
- Сором / провина, пов'язані зі спогадами про насильство
- Депресія та ПТСР часто діагностуються після сексуального насильства над дорослими.
- Труднощі з інтимними стосунками

### **Поширені проблеми, з якими стикаються дорослі, які пережили сексуальне насильство в дитинстві**

1. Симптоми ПТСР часто є частиною презентації клієнта з вираженими симптомами уникнення/заціпеніння. Також поширені депресивні та тривожні симптоми.

2. Сексуальне насильство в дитинстві також може призвести до стійких проблем із саморегуляцією:

- регуляція афектів та контроль імпульсів (самоушкодження, сексуальна поведінка, участь у небезпечних діях)
- уваги (регулярні дисоціативні епізоди)
- самосприйняття (порушення ідентичності)
- стосунки (прихильність, сексуальні труднощі, проблеми з батьками).

Ці проблеми з саморегуляцією можуть призвести до цілої низки діагнозів, включаючи розлади особистості (наприклад, прикордонний розлад особистості) та розлади прив'язаності. Також

поширені проблеми з вживанням психоактивних речовин та розлади харчової поведінки. Коморбідні стани є нормою для цієї групи.

Зауважте, що для багатьох постраждалих від сексуального насильства взаємодія з медичною та правовою системами може супроводжуватися паралельними сценаріями насильства. Деякі медичні процедури, наприклад, або прохання представників влади зняти одяг, можуть спровокувати повторне переживання симптомів.<sup>6</sup>

### **Оцінка**

Як зазначалося вище, багато постраждалих від сексуального насильства зазнали нападів у дорослому віці або в дитинстві. У деяких випадках може бути важко визначити, чи є останній напад причиною ПТСР, чи він є наслідком попередніх або повторних нападів. Комплексна оцінка повинна включати детальну історію сексуального насильства та інших травм протягом життя, а також психологічні наслідки будь-якої попередньої травми. Фахівці повинні пам'ятати, що процес оцінки може викликати сильний дистрес у деяких клієнтів. На початковому етапі може бути достатньо "ескізного" опису, щоб отримати уявлення про історію травми та ймовірні наслідки для фізичного та психологічного здоров'я клієнта, а після встановлення довіри та безпеки можна провести більш комплексне оцінювання. Крім того, з жертвами сексуального насильства в дитинстві важливо отримати уявлення про їхнє сімейне походження та етапи розвитку. Сексуальне насильство може мати значний вплив на розвиток дитини та її прив'язаність, особливо якщо воно сталося в ранньому дитинстві. Крім того, на реакцію дитини на травматичний досвід впливають стиль прив'язаності батьків та їхні батьківські здібності.

Хоча багато постраждалих почуваються комфортно, розповідаючи про пережите насильство, деякі з них роблять це неохоче і потребують додаткового часу та делікатності від фахівця, який проводить оцінку. Деякі постраждалі віддають перевагу прямим запитанням, тоді як інші вважають це занадто нав'язливим і надають перевагу непрямим методам. Дехто почуватиметься комфортніше, якщо фахівець дотримуватиметься професійної дистанції, тоді як інші сприйматимуть це як ігнорування їхнього емоційного благополуччя.<sup>7</sup> Тому чутливість до потреб людини має важливе значення для створення відчуття безпеки та проведення більш ефективної оцінки. Хоча всебічна оцінка важлива, процес не повинен бути настільки складним для клієнта, щоб він або вона припинили терапію.

Враховуючи соціальний контекст сексуального насильства, важливо, щоб лікар прийняв розповідь жертви про її травматичний досвід з метою лікування, не намагаючись дослідити достовірність її тверджень. Жертви/потерпілі часто отримують негативну реакцію на свої розповіді від друзів, сім'ї, поліції або системи кримінального правосуддя і можуть очікувати недовіри та заперечення з боку лікаря.

У роботі з постраждалими від сексуального насильства необхідно належним чином враховувати стать фахівця. Не можна припускати, що жінка або чоловік віддадуть перевагу роботі з терапевтом тієї ж або протилежної статі. Це питання необхідно обговорити і, якщо можливо, надати людині можливість вибору статі терапевта.

### **Лікування**

Рекомендовані методи лікування ПТСР застосовуються до осіб, які пережили сексуальне насильство, адже багато з них були розроблені, вдосконалені та оцінені за участю жертв зґвалтування. Звичайно, ці Настанови не замінюють клінічного висновку; придатність і прийнятність рекомендованих методів лікування необхідно визначати в кожному конкретному випадку. Рекомендація надавати більше часу для встановлення терапевтичних стосунків і навчання навичкам емоційної регуляції тим, хто має тривалий та/або повторний травматичний досвід, загалом стосується тих, хто пережив сексуальне насильство в дитинстві. Крім того, наступні специфічні міркування стосуються жертв сексуального насильства з ПТСР.

Враховуючи ширший правовий контекст, фахівці, які працюють з постраждалими від сексуального насильства, повинні бути обізнані з відповідними підходами до звітності, компенсації та відновного правосуддя, щоб надавати постраждалим належну підтримку та консультації.

Якщо людина постійно має справу з системою кримінального правосуддя, існує високий ризик додаткового стресу з різних джерел, включаючи контакт з передбачуваним злочинцем, перехресний допит і загальний досвід судової системи, яка може сприйматися як несправедлива та ірраціональна. Це неминуче вплине на лікування і має бути враховано при плануванні лікування. Загалом, не варто відкладати лікування до закінчення (часто тривалого) судового процесу, але лікар і людина з ПТСР повинні ретельно обміркувати відповідний час для проведення травмофокусованої роботи в цьому контексті. За обставин, коли приймається рішення відкласти лікування, лікар повинен розглянути можливість перенаправлення особи до спеціалізованої служби допомоги жертвам сексуального насильства для підтримки під час судового процесу. Такі служби здатні допомогти жертві сексуального нападу з широким спектром питань, пов'язаних із судовою справою, набагато легше, ніж окремий фахівець. Працівники цих спеціалізованих служб розуміються на системі кримінального правосуддя і можуть надати підтримку та захист клієнтам під час судового процесу, а також допомогти впоратися з їхньою реакцією на судовий розгляд.

У випадках складного ПТСР експерти рекомендують застосовувати послідовний підхід до лікування, з використанням декількох втручань, спрямованих на найпомітніші симптоми.<sup>8</sup> Після початкового періоду стабілізації та забезпечення безпеки пацієнта, ефективними втручаннями першої лінії при комплексному ПТСР вважаються інформування про травму, розповідь про спогади про травму, когнітивна реструктуризація та емоційна регуляція.<sup>8</sup> Однак деякі автори вважають, що поетапний підхід до лікування комплексного ПТСР є емпірично та методологічно обмеженим.<sup>9</sup>

### **Робота з дітьми**

Реакція дитини на сексуальне насильство залежить від віку та рівня розвитку. Важливо зазначити, що тривале сексуальне насильство, особливо в ранньому дитинстві, може змінити траєкторію розвитку дитини. Поширені симптоми включають

- кошмари
- проблеми зі сном
- замкнута поведінка
- агресивна поведінка
- у молодших дітей - сексуальні знання або поведінка, які не відповідають віку дитини (наприклад, відверті малюнки або симуляції з іграшками чи іншими дітьми)
- впливають на порушення регуляції
- у підлітків, нерозбірливі сексуальні стосунки
- у підлітків, вживання психоактивних речовин
- у підлітків, саморуйнівна/імпульсивна поведінка.

Поведінкові труднощі та розлади (наприклад, опозиційно-зухвалий розлад, схильність до ризикованої поведінки) також можуть бути пов'язані з насильством, особливо у хлопчиків. Тривога, депресія та ПТСР також можуть спостерігатися у дітей, які зазнали сексуального насильства, причому коморбідні розлади не є рідкістю.

Дітям і молодим людям з ПТСР, у тому числі тим, хто зазнав сексуального насильства, слід запропонувати курс травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, адаптованої відповідно до їхнього віку, обставин і рівня розвитку

Дослідження показують, що медичні працівники часто використовують надто складні формулювання, обговорюючи сексуальне насильство з дітьми. Важливо ставити прості та конкретні запитання, уникаючи абстрактних запитань, наприклад, про "погані речі", що сталися. Замість цього рекомендується ставити прямі запитання<sup>10</sup>. Наприклад, запитати: "Чи робив X щось (або просив тебе зробити щось), що змусило тебе почуватися некомфортно?", а

потім запитати більш прямо про поведінку сексуального насильства: "Чи торкався Х твоїх інтимних частин/тут (показуючи)", "Чи просили вони тебе торкатися їхніх інтимних частин (для дітей молодшого віку вони можуть показувати на власне тіло, або корисним інструментом може бути використання мультяшних зображень тіл). Як завжди, при роботі з дітьми питання повинні відповідати віку та стадії розвитку дитини, враховувати рівень її мовних та когнітивних здібностей, а також культурні особливості (див. Розділ 3). Виділення часу для нейтрального обговорення перед тим, як зосередитися на насильстві, може допомогти дитині відчувати себе більш невимушено, а фахівцю отримати уявлення про мовні здібності/рівень володіння мовою дитини.<sup>11</sup>

Особливі проблеми виникають, коли сексуальне насильство сталося в сім'ї. Часто після розкриття злочину родинні стосунки зазнають значних втрат, що може поглибити труднощі, які переживають діти. Крім того, може бути корисно навчити дітей деяких захисних моделей поведінки, щоб спробувати дати їм можливість контролювати своє оточення, особливо якщо кривдник все ще присутній або якщо інші родичі не підтримують їх. Це особливо важливо, коли сексуальне насильство відбувається в контексті занедбаності, слабкої прив'язаності або дезорганізованого функціонування сім'ї.

### **Напрямки подальших досліджень**

Модель захисту прав жертв, яка включає терапію, адвокацію, роботу в групах і підтримку, широко використовується в спеціалізованих службах допомоги жертвам сексуального насильства. Майбутні дослідження мають оцінити ефективність цієї моделі.

### **Джерело та дописувачі**

Інформаційний бюлетень про сексуальне насильство був розроблений у співпраці з пані Керолін Ворт АМ, фахівцем з практики соціальної роботи у сфері сексуального насильства.

### **Цитування**

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: Sexual assault in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020.

### **Рекомендована література**

Chard, K. M. (2005). An Evaluation of Cognitive Processing Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 965–971.

Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(4), 393-402.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., & Gradus, J. L. (2012). Long-Term Outcomes of Cognitive-Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder Among Female Rape Survivors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 80*(2), 201–210.

### **Посилання**

1. Moore SE, Scott JG, Ferrari AJ, et al. Burden attributable to child maltreatment in Australia. *Child Abuse & Neglect. 2015;48:208-220.*

2. Mills KL, McFarlane AC, Slade T, et al. Assessing the prevalence of trauma exposure in epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry. 2011;45(5):407-415.*



3. Australian Bureau of Statistics. Personal Safety, Australia, 2016. Cat. no. 4906.0. Canberra: ABS; 2017.
4. Chen LP, Murad MH, Paras ML, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010;85(7):618-629.
5. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*. 2001;31(7):1237-1247.
6. McGregor K, Julich S, Glover M, Gautam J. Health professionals' responses to disclosure of child sexual abuse history: Female child sexual abuse survivors' experiences. *J Child Sex Abus*. 2010;19(3):239-254.
7. McGregor K, Glover M, Gautam J, Julich S. Working sensitively with child sexual abuse survivors: What female child sexual abuse survivors want from health professionals. *Women Health*. 2010;50(8):737- 755.
8. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress*. 2011;24(6):615- 627.
9. De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA, et al. Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*. 2016;33(5):359-369.
10. Schaeffer P, Leventhal JM, Asnes AG. Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. *Child abuse & neglect*. 2011;35(5):343-352.
11. Korkman J, Santtila P, Drzewiecki T, Sandnabba NK. Failing to keep it simple: Language use in child sexual abuse interviews with 3-8-year-old children. *Psychol Crime Law*. 2008;14(1):41-60.

## Тероризм

У цьому інформаційному бюлетені "Тероризм" розглядаються загальні питання та надаються поради щодо готовності, презентації, оцінки та лікування для фахівців, які працюють з групами та окремими особами, що постраждали від тероризму.

Зауважте, що цей інформаційний бюлетень не містить детальних рекомендацій щодо реагування на катастрофи в більш широкому контексті великої терористичної події (наприклад, вибуху бомби, що зачіпає велику кількість людей), а заходи для всього населення, такі як перша психологічна допомога, розглядаються лише коротко. Основна увага приділяється питанням, що впливають на меншість, які в подальшому розвивають довгострокові проблеми з психічним здоров'ям.

## Передумови виникнення проблем

Було кілька спроб розробити точні робочі визначення тероризму.<sup>1</sup> Пропозиція, подана до Організації Об'єднаних Націй, містила наступне коротке юридичне визначення: "[Терористичний акт - це] еквівалент воєнного злочину в мирний час".<sup>2</sup> Більш точні визначення тероризму, як правило, відносні, оскільки судження про акти політичного насильства часто є суб'єктивними. Наприклад, Міністерство оборони Сполучених Штатів Америки<sup>3</sup> визначає тероризм наступним чином: "Незаконне застосування насильства або загрози насильства з метою залякування і примусу урядів або суспільств. Тероризм часто мотивується релігійними, політичними або іншими ідеологічними переконаннями і здійснюється для досягнення цілей, які зазвичай є політичними". Хоча це визначення є більш всеосяжним, воно є проблематичним, оскільки спирається на розпливчасті терміни, які залишаються відкритими для інтерпретації (такі як "незаконне насильство" або "переслідування цілей..."). Простіше кажучи, для когось терорист, а для когось борець за свободу. У деяких випадках ця невизначеність може ускладнити розуміння і пошук сенсу пережитого для тих, хто пережив терористичні акти.

Терористичні акти зазвичай пов'язані із загрозою (а іноді і фактичним) значних руйнувань майна і, що більш важливо, людей. Існує велика ймовірність загрози життю і фактичної загибелі людей. Учасники можуть стати свідками жахливих подій, включаючи смерть і страждання інших людей, у тому числі близьких членів сім'ї та друзів. Труднощі (або неможливість) допомогти іншим після нападу можуть посилити почуття безпорадності та провини.

Страх, викликаний терористичними атаками, не викликає здивування; вони характеризуються багатьма рисами, притаманними травматичним подіям високого ступеня тяжкості. Терористичні акти, як правило, непередбачувані з точки зору місця, часу, конкретних і потенційних жертв; як такі, вони повністю неконтрольовані (принаймні, для населення), що збільшує ризик постійної підвищеної пильності. Біотероризм несе в собі додаткову загрозу, оскільки він дуже погано вивчений і, по суті, "невидимий". Важко з упевненістю сказати, чи була особа або група осіб "заражена", і навіть якщо люди явно зазнали впливу патогенних мікроорганізмів, ймовірні наслідки для здоров'я рідко бувають зрозумілими.

Важливо пам'ятати, що головною метою тероризму є саме це - викликати почуття страху в суспільстві. Терористичні акти в Австралії трапляються рідко, а наслідки страху і підвищеної пильності часто значно перевищують фактичну шкоду, заподіяну терористичним актом або спричинену ним.

Коротше кажучи, терористичні акти, як правило, є травматичними подіями високого масштабу, які трапляються дуже рідко, але здатні викликати масовий страх і підвищену пильність. Для фахівців у сфері психічного здоров'я це ставить питання про те, як найкраще підготуватися до таких атак і як найкраще управляти їхніми наслідками для психічного здоров'я.

## **Питання для планувальників послуг**

### **Підготовка до загрози тероризму**

Реакція на тероризм може погіршитися через сенсаційні повідомлення у ЗМІ та погану комунікацію з боку державних службовців. Таким чином, ключова роль фахівців у сфері охорони психічного здоров'я часто полягає в роботі зі ЗМІ та державними службовцями, щоб забезпечити розповсюдження відповідних повідомлень. Комунікація з населенням повинна ґрунтуватися на наступних рекомендаціях, адаптованих з роботи Foa et al.<sup>4</sup>

- Надавати реалістичну інформацію про ймовірність терористичної атаки та її можливі наслідки.
- Повідомте, що індивідуальний ризик є досить низьким.
- Поясніть, що негативна поведінка, яка може посилюватися під час стресу (наприклад, куріння, нездорове харчування, вживання психоактивних речовин), становить більшу загрозу для здоров'я, ніж небезпека, яка може бути спричинена тероризмом.
- Підкресліть, що єдиною необхідною дією на індивідуальному рівні є підвищена пильність щодо підозрілих дій, про які слід повідомляти владу.
- Чітко роз'яснюйте значення різних рівнів систем оповіщення.
- Оголошуючи попередження, вкажіть тип загрози, тип місця, якому загрожує небезпека, та конкретні дії, яких необхідно вжити.
- Інформуйте громадськість про кроки, що вживаються для запобігання тероризму, не перевантажуючи людей непотрібною інформацією.
- Надавати громадськості подальшу інформацію після періодів підвищеної готовності.

Повідомлення засобів масової інформації та державних службовців також повинні включати просту інформацію про стійкість та очікування щодо відновлення. Багато простих інформаційних бюлетенів про стійкість перед обличчям тероризму доступні в Інтернеті

### **Реагування на атаку**

Важливо пам'ятати, що більшість людей одужують без будь-якої психіатричної допомоги, тому втручання на ранніх етапах після терористичної атаки має ґрунтуватися на наданні інформації та активізації підтримки з боку громади.

- Підтримувати роботу служб екстреної допомоги.
- Активізувати та сприяти роботі мереж підтримки громади.
- Надавати точну інформацію про подію та її наслідки.
- Сприяти точному та збалансованому інформуванню через ЗМІ, школи, робочі місця тощо.
- Створити інформаційні центри для надання інформації, підтримки, контактів тощо.
- Сприяти створенню можливостей для взаємної підтримки через освіту та інформацію, а також шляхом сприяння відповідним соціальним заходам на робочих місцях, у школах, спортивних клубах, церквах та інших громадських установах.

Незважаючи на те, що в цій сфері точаться дискусії, видається розумним запровадити певний вид стриманого скринінгу, щоб полегшити виявлення тих осіб, які не демонструють нормальної траєкторії одужання і в яких розвиваються проблеми з психічним здоров'ям, що піддаються ідентифікації. Це можна зробити в рамках підходу громадського здоров'я ("...якщо ви відчуваєте кілька з цих симптомів, радимо вам звернутися до місцевого лікаря загальної практики") або в більш обмежений спосіб (наприклад, через оголошення телефонних номерів для кваліфікованого персоналу, який може провести скринінг). (Див. приклад Brewin et al.<sup>5</sup> після вибухів у Лондоні 2005 року.) Ключовим моментом є те, що профілактика - ранне втручання для осіб з проблемами психічного здоров'я після травми - є очевидно ефективною, якщо ці особи можуть бути ідентифіковані. Цей підхід вимагає, щоб освітні матеріали були доступними для лікарів загальної практики, щоб забезпечити належне оцінювання, навчання та консультування.

## **Питання для постачальників послуг**

### **Презентація**

Напад невеликого або помірного впливу може викликати від помірних до серйозних психологічних і поведінкових реакцій у короткостроковій перспективі, і чим сильніший шкідливий вплив нападу, тим сильніша ймовірна реакція. Близькість до нападу та кількість нападів впливатимуть на вираженість індивідуальних реакцій. Немає підстав припускати, що характер клінічних реакцій, коли вони виникають, суттєво відрізнятиметься від тих, що спостерігаються після інших видів травматичних подій.

Негайні реакції можуть включати підвищену тривожність, панічні атаки, проблеми зі сном і вживанням психоактивних речовин, прогули на роботі, а також реакції відплати проти меншин, які ототожнюються з терористами. У середньостроковій перспективі (від кількох днів до кількох тижнів) ці реакції, ймовірно, вщухнуть, хоча повторні напади та/або масові людські жертви та/або значні пошкодження інфраструктури можуть призвести до посилення психологічних і поведінкових реакцій.

Значні довгострокові реакції на психічне здоров'я, ймовірно, обмежуються відносно невеликою часткою населення. Ці реакції можуть включати симптоми травматичного стресу, інші тривожні розлади, депресію та вживання психоактивних речовин, які можуть бути пов'язані з погіршенням функціонування та посиленням дистресу. Постійний страх перед новим нападом, ймовірно, більшою чи меншою мірою пронизує всі реакції.

### **Оцінка**

При оцінці людей, які звертаються за медичною допомогою після терористичної атаки, слід застосовувати стандартні підходи до оцінки.

### **Лікування**

У літературі з'явилося кілька "реальних" досліджень ефективності лікування ПТСР після терористичних актів, включаючи програми у Великій Британії, Північній Ірландії, Таїланді та Сполучених Штатах (наприклад,<sup>5-7</sup>). Кожна з цих програм використовувала когнітивно-поведінкові підходи, навчаючи місцевих клініцистів наданню науково обґрунтованого лікування ПТСР. У кожному випадку результати були вражаючими. Таким чином, немає підстав вважати, що втручання для осіб, у яких розвивається ПТСР і пов'язані з ним стани після тероризму, повинні відрізнятися від тих, що рекомендуються для інших осіб, які пережили травму. Рекомендації, наведені в Настановах, слід розглядати як відповідну точку.

### **Робота з дітьми**

Як і у випадку з дорослими, реакція дітей на тероризм дуже варіативна, і психологічні реакції будуть сильно залежати від поведінки та реакції осіб, які надають первинну медичну допомогу.<sup>8</sup> Також, як і у випадку з дорослими, немає підстав вважати, що лікування повинно відрізнятися від того, яке застосовується при ПТСР іншого походження. Звичайно, дуже важливо, щоб лікарі були компетентними та досвідченими в роботі з конкретною віковою групою, і слід звернути пильну увагу на поради щодо лікування дітей, надані в Настановах.

З цим застереженням дітям і молодим людям з ПТСР після тероризму слід запропонувати курс травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, адаптованої відповідно до їхнього віку, обставин і рівня розвитку..

### **Рекомендована література**

Ursano, R. (Ed.). (2003). *Terrorism and disaster: Individual and community mental health interventions*. New York: Cambridge University Press.

Ursano, R., Fullerton, C., Weisaeth, L., & Raphael, B. (2011). *Textbook of disaster psychiatry*. New York: Cambridge University Press.

**Джерело та дописувачі**

Цей інформаційний бюлетень про тероризм був розроблений Фенікс Австралія у співпраці з професором Марком Крімером, клінічним психологом кафедри психіатрії Мельбурнського університету.

**Цитування**

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: Terrorism in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020.

**Посилання**

1. Schmid A. Terrorism - The definitional problem. Case Western Reserve Journal of International Law. 2004;36(2/3):375-419.
2. Terr LC. Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. In: Lewis M, ed. Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 1991:755- 763.
3. Department of Defense. DOD dictionary of military and associated terms. Washington, D.C.: Department of Defense; 2010.
4. Foa EB, Cahill SP, Boscarino JA, et al. Social, psychological, and psychiatric interventions following terrorist attacks: Recommendations for practice and research. Neuropsychopharmacology. 2005;30(10):1806-1817.
5. Brewin CR, Fuchkan N, Huntley Z, et al. Outreach and screening following the 2005 London bombings: Usage and outcomes. Psychological Medicine. 2010;40(12):2049-2057.
6. Gillespie K, Duffy M, Hackmann A, Clark DM. Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. Behav Res Ther. 2002;40(4):345-357.
7. Levitt JT, Malta LS, Martin A, Davis L, Cloitre M. The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. Behav Res Ther. 2007;45(7):1419-1433.
8. Bryant RA, Ekasawin S, Chakrabhand S, Suwanmitri S, Duangchun O, Chantaluckwong T. A randomized controlled effectiveness trial of cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder in terrorist-affected people in Thailand. World Psychiatry. 2011;10(3):205-209.

## Жертви злочинів

У цьому інформаційному бюлетені "Жертви злочинів" розглядаються загальні питання та надаються поради щодо презентації, оцінки та лікування для фахівців, які працюють з жертвами злочинів.

### Передумови виникнення проблем

Організація Об'єднаних Націй<sup>1</sup> визначає жертву злочину з точки зору:

"...особи, які індивідуально або колективно зазнали шкоди, включаючи фізичні або психічні травми, емоційні страждання, економічні втрати або суттєве порушення їхніх основних прав, внаслідок дій або бездіяльності, що порушують кримінальне законодавство, чинне в державах-членах, у тому числі закони, що забороняють злочинне зловживання владою".

Психологічні наслідки того, що людина стала жертвою злочину, можуть включати дистрес, страх і гнів, і можуть бути характерними для наслідків багатьох форм віктимізації. Однак характер і рівень цих наслідків залежать від типу події, і діагноз ПТСР буде доречним лише в тих випадках, коли злочин є травматичною подією, як це визначено офіційними діагностичними системами. Наприклад, у DSM-5 травматична подія за критерієм А визначається як смерть або загроза смерті, фактичне або загроза серйозного тілесного ушкодження або сексуальне насильство.<sup>2</sup> В МКХ-11, навпаки, прийнято ширше визначення, яке стосується подій, що характеризуються винятково загрозливим або катастрофічним характером, який, ймовірно, може спричинити глибокий дистрес майже у будь-якої людини.<sup>3</sup> Таким чином, існують поширені види злочинів (наприклад, майнові злочини), які навряд чи будуть визнані травматичною подією, а натомість можуть бути передвісниками альтернативних діагнозів розладу адаптації.<sup>4</sup>

ПТСР, найімовірніше, буде відповідним діагнозом після насильницьких міжособистісних злочинів, які характеризуються тілесними ушкодженнями, погрозами та застосуванням сили (наприклад, пограбування, сексуальне або фізичне насильство). Останні дані національного опитування щодо віктимізації від злочинів в Австралії за 2017-18 роки свідчать про те, що близько п'яти відсотків населення повідомили про те, що вони стали жертвами міжособистісних злочинів протягом року, причому найчастіше повідомляли про напад із погрозами та фізичний напад (2,6% та 2,4%, відповідно).<sup>5</sup> Чоловіки та жінки, як правило, повідомляють про однаковий рівень фізичного насильства (2,4% проти 2,5% для чоловіків та жінок, відповідно) та пограбування (0,3% проти 0,2%), тоді як про сексуальне насильство частіше повідомляють жінки (0,1% проти 0,5%).<sup>5</sup> Вразливість до сімейного або домашнього насильства також слід визнати основною формою кримінальної віктимізації та порушення прав людини, яка є поширеною серед жінок (17% жінок та 6% чоловіків зазнавали фізичного або сексуального насильства з боку партнера у віці від 15 років)<sup>6</sup>. Однак, враховуючи частоту випадків насильства в сім'ї<sup>7</sup> та особливий тягар, пов'язаний зі здоров'ям, ця форма віктимізації розглядається в окремому інформаційному бюлетені.

### Презентація

Умовний ризик розвитку ПТСР у жертв злочинів, пов'язаних з фізичним або сексуальним насильством, у всьому світі становить від 1,8 до 19 відсотків, з особливо високими показниками після зґвалтування та сексуального нападу.<sup>8</sup> Нещодавній систематичний огляд показав, що в Австралії та Новій Зеландії поширеність сексуального насильства, вчиненого не партнером, протягом життя становить 16,4 відсотка.<sup>9</sup> Припускають, що вищі показники ПТСР, які іноді спостерігаються серед жінок, можуть частково пояснюватися вищими показниками схильності до сексуального та агресивного насильства.<sup>10,11</sup> Крім того, що ПТСР є більш поширеним, він часто важчий серед жертв міжособистісних або насильницьких злочинів, порівняно з іншими травмами,<sup>12,13</sup> а на жертв насильницьких злочинів, за оцінками, припадає третина всіх епізодів ПТСР впродовж життя.<sup>8</sup> Це можна частково пояснити наміром іншої людини заподіяти шкоду, а також тим, що це кидає виклик базовим переконанням жертви в тому, що світ загалом безпечний і що люди загалом добрі.

На додаток до варіативності глобальної тяжкості ПТСР, жертви різних видів злочинів можуть мати характерні симптоми, такі як перебільшена реакція переляку, підвищена пильність, емоційне заціпеніння та повторне переживання.<sup>12,14,15</sup> Особи, які пережили напад, можуть особливо уникати соціальних ситуацій, особливо там, де може бути натовп або люди у стані алкогольного сп'яніння. Багато жертв бояться, що кривдник повернеться, щоб знову завдати їм болю, навіть якщо він був ув'язнений. Зауважте, що ПТСР, який зазвичай спостерігається в цій групі населення, переважно базується на страху, на відміну від інших проявів, що більше нагадують депресію (наприклад, втрата інтересу до діяльності або труднощі з концентрацією уваги).<sup>14</sup> Це має певні наслідки для лікування, як описано нижче.

Для деяких жертв злочинів взаємодія з системою кримінального правосуддя може слугувати постійним нагадуванням про травму і посилювати дистрес. З іншого боку, деякі жертви можуть знайти розраду в тому, що злочинця можуть притягнути до відповідальності за скоєний злочин, що є формою вирішення проблеми, яка може бути неможливою для тих, хто пережив інші травматичні події.

Окремі повідомлення свідчать про те, що ПТСР у жертв злочинів може бути діагностований помилково. Цілком ймовірно, що діагноз іноді ставиться на основі типу інциденту, а не фактичної картини, а симптоми, на які посилаються для підтвердження діагнозу, не обов'язково є специфічними для ПТСР.

### **Оцінка**

Ймовірність судового розгляду піднімає питання, які особливо актуальні для потерпілих від злочинів під час проведення оцінювання. Наприклад:

- фахівець повинен з'ясувати у людини, чи є інтерв'ю судовою оцінкою або терапевтичною оцінкою; не рекомендується, щоб один фахівець намагався виконувати обидві ролі
- необхідно провести повну оцінку функціонування особи та її порушень до вчинення злочину, а також оцінку поточного функціонування
- слід оцінити всю широту сфер, які постраждали від злочину, включаючи реакцію як на особисту віктимізацію, так і на майнову шкоду, подальші сімейні, професійні та соціальні відносини, а також афективні та психологічні реакції
- для початку процедури оцінювання слід використовувати загальні запитання на основі інтерв'ю, на відміну від структурованих запитань або анкет, які можуть підштовхнути особу до певних відповідей
- якщо не проводиться судово-медична експертиза (або, якщо можливо, навіть при проведенні судово-медичної експертизи), висновки повинні бути повідомлені особі та пояснені належним чином, щоб мінімізувати подальшу плутанину, якщо ці результати будуть використані в суді
- Дуже важливо, щоб під час оціночних інтерв'ю та наступних сеансів лікування велися повні та вичерпні записи. Якщо цього не зробити, це може згодом зашкодити правам жертви в разі судового розгляду.

### **Лікування**

Поінформованість про правову систему важлива при наданні допомоги жертвам злочинів з ПТСР. В Австралії права і закони, що стосуються жертв злочинів, переважно базуються на рівні штатів, а не на національному рівні, а отже, відрізняються в різних юрисдикціях. Однак у всіх штатах є певні механізми, за допомогою яких жертви злочинів можуть вимагати компенсації та/або доступу до психіатричної допомоги при станах, пов'язаних з їх віктимізацією. Психіатри повинні бути обізнані з цими законами та послугами, що надаються в країні, де вони працюють.

Існує багато питань, які мають особливе значення для жертв злочинів. Наприклад:

- через природу процесів компенсації деякі люди можуть бути зацікавлені у збереженні симптоматики до завершення лікування. Терапевтам рекомендується обговорити це питання з пацієнтом до початку лікування. Корисним може бути відкрите обговорення всіх "за" і "проти" збереження симптоматики.

- додатковий час, витрачений на стратегії управління збудженням і когнітивні техніки, спрямовані на подолання помилкових переконань щодо ймовірності повторного нападу, може бути корисним для деяких пацієнтів. (Очевидно, що реалістичні побоювання щодо майбутнього нападу повинні сприйматися серйозно - безпека є першочерговим завданням - але дуже часто страхи перед новим нападом є надмірними).
- тривале уявне відтворення події під керівництвом добре підготовленого терапевта продемонструвало свою ефективність у роботі з жертвами злочинів і повинно застосовуватися делікатно, як само собою зрозуміле явище.
- новим терапевтам може бути важко уникнути компрометації своєї ролі агента змін і перетворитися на адвоката. Терапевтичні результати найкраще досягаються шляхом об'єктивного аналізу наявних проблем і неупередженого застосування доказової практики.
- у деяких випадках варто розглянути можливість запису сеансів лікування, щоб можна було оцінити будь-які звинувачення в недобросовісності доказів, які можуть виникнути під час подальшого судового розгляду. Звісно, перед початком запису слід ретельно пояснити людині обґрунтування необхідності запису сеансів і отримати її згоду.

Окрім цих загальних міркувань, потреби людини можуть відрізнятися залежно від характеру злочину. Наприклад, існують специфічні знання, пов'язані з жертвами зґвалтування, які можуть бути менш актуальними для жертв несексуального насильства, і лікарі повинні ознайомитися з цими знаннями перед тим, як надавати допомогу. Рекомендується вторинна консультація з консультантом зі спеціалізованого центру для жертв сексуального насильства. Лікар може також розглянути можливість перенаправлення жертви до спеціалізованого центру сексуального насильства для адвокатування або допомоги в судовому процесі, якщо лікар не збирається надавати цю послугу самостійно.

### **Робота з дітьми**

Дітям та молодим людям з ПТСР, які стали жертвами злочину, слід запропонувати курс травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, адаптованої відповідно до їхнього віку, обставин та рівня розвитку.

### **Джерело та дописувачі**

Інформаційний бюлетень для жертв злочинів був розроблений Фенікс Австралія у співпраці з доцентом Грантом Девілі, клінічним психологом Школи прикладної психології Університету Гріффіта, і оновлений у 2019 році доктором Шоном Коулішоу та пані Ізабеллою Фрейя з Фенікс Австралія.

### **Цитування**

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: Victims of crime in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020

### **Посилання**

1. United Nations. Declaration of basic principles of justice for victims of crime and abuse of power. 1985;  
[https://www.unodc.org/pdf/criminal\\_justice/UNODC\\_Handbook\\_on\\_Justice\\_for\\_victims.pdf](https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/UNODC_Handbook_on_Justice_for_victims.pdf). Accessed February 2020.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. World Health Organisation. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2018.



4. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current developments and future directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(14):2537.
5. Australian Bureau of Statistics. *Crime Victimization, Australia, 2017-18*. Cat. no. 4530.0. Canberra: ABS; 2019.
6. Australian Bureau of Statistics. *Personal Safety, Australia, 2016*. Cat. no. 4906.0. Canberra: ABS; 2017.
7. Ayre J, Lum On M, Webster K, Gourley M, Moon L. Examination of the burden of disease of intimate partner violence against women in 2011: Final report. Sydney: ANROWS;2016.
8. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017;8:1353383.
9. Abrahams N, Devries K, Watts C, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: A systematic review. *The Lancet*. 2014;383(9929):1648-1654.
10. Hatch SL, Dohrenwend BP. Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: A review of the research. *American Journal of Community Psychology*. 2007;40(3-4):313-332.
11. Benjet C, Bromet E, Karam E, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*. 2016;46(2):327-343.
12. Norris FH. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60(3):409- 418.
13. Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H, Humphreys L. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder: Twelve-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 1999;175:571-575.
14. Forbes D, Fletcher S, Parslow R, et al. Trauma at the hands of another: Longitudinal study of differences in the posttraumatic stress disorder symptom profile following interpersonal compared with noninterpersonal trauma. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(3):372-376.
15. Chung H, Breslau N. The latent structure of post-traumatic stress disorder: Tests of invariance by gender and trauma type. *Psychological Medicine*. 2008;38(4):563-573.

## **Жертви насильства з боку інтимного партнера (НІП)**

У цьому інформаційному бюлетені "Жертви насильства з боку інтимного партнера" (НІП) розглядаються загальні питання та надаються поради щодо презентації, оцінки та лікування для спеціалістів, які працюють з жертвами НІП.

### **Передумови виникнення проблем**

Насильство з боку інтимного партнера (НІП) - це будь-яка поведінка, що відбувається в межах інтимних стосунків і завдає фізичної, психологічної або сексуальної шкоди, і включає акти фізичної агресії, сексуального примусу та психологічного насильства, а також різні форми контролю поведінки (наприклад, ізоляція людини від сім'ї та друзів, контроль за пересуванням).<sup>1</sup> За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 30 відсотків жінок у світі коли-небудь зазнавали фізичного або сексуального насильства з боку свого партнера.<sup>2</sup> І хоча чоловіки також піддаються ризику, є дані, що жінки є найбільш вразливими до повторних і жорстоких зловживань або насильства, яке відбувається в контексті контролю поведінки.<sup>3,4</sup> НІП є основною причиною розладів фізичного та психічного здоров'я і найбільшою причиною захворюваності серед австралійських жінок віком від 25 до 44 років.<sup>5</sup> Дослідження вказують на зв'язок між впливом НІП та різними психічними розладами, включаючи депресію, тривогу та ПТСР.<sup>6</sup> Наприклад, дослідження показали, що понад 80 відсотків жертв, які звертаються до спеціалізованих служб допомоги постраждалим від насильства в сім'ї, повідомляють про ПТСР,<sup>7</sup>. Дослідження також свідчать про кумулятивний вплив фізичної та психологічної форм НІП на психічне здоров'я.<sup>8-10</sup> Дослідження користувачів послуг з охорони психічного здоров'я вказують на те, що близько 33% жінок-амбулаторних пацієнток зазнали НІП.<sup>11</sup>

Незважаючи на тісний зв'язок з ПТСР, НІП може бути неоднорідним і включати різні типи та ступені фізичного, сексуального та нефізичного насильства, які може бути складно класифікувати з точки зору критеріїв стресу, що визначають право на відповідні діагнози в DSM-5 та МКХ-11. Однак існують авторитетні описи основних "підтипів" НІП, які підкреслюють серйозні наслідки жорстокого поводження та насильства, що відбуваються в контексті примусової та контрольованої поведінки.<sup>12</sup> Примусова форма НІП може включати поєднання фізичного та сексуального насильства з нефізичною поведінкою, спрямованою на отримання або збереження контролю над жертвами, і часто ґрунтується на погрозах серйозної фізичної шкоди або інших наслідків (наприклад, втрата доступу до дітей).<sup>13</sup> Примусове НІП часто має хронічний та ескалаційний характер і може включати поведінку, яка включає обмеження доступу до ресурсів (наприклад, фінансів), моніторинг та мікрорегулювання поведінки партнера, а також позбавлення жертв підтримки, необхідної для здійснення незалежності. Така примусова поведінка у поєднанні з фактичним фізичним насильством або погрозами його застосування пов'язана з переживанням жертвами загального страху<sup>14</sup> і є основною формою насильства, про яку повідомляють жінки в спеціалізованих службах допомоги жертвам насильства в сім'ї.<sup>15</sup> У цьому документі термін "НІП" означає примусове та контрольоване насильство, яке, з огляду на фактичну шкоду та загрозу її заподіяння, серйозні травми або сексуальне насильство, може бути належним чином класифіковане як травматична подія як у DSM-5, так і в МКХ-11.

### **Презентація**

Хронічний та постійний характер примусового та контролюючого НІП передбачає тривалий та повторюваний вплив травми, що може призвести до складних проблем з психічним здоров'ям. Як більш детально описано в Розділі 7, нещодавня версія МКХ-11 включила діагноз комплексного посттравматичного стресового розладу (кПТСР) для того, щоб охопити додаткові проблеми, які можуть виникнути внаслідок тривалих форм травми, що відрізняються симптомами порушення самоорганізації (ПСО).<sup>16</sup> Ці симптоми РСО включають досвід афективної дисрегуляції (наприклад, підвищену емоційну реактивність), негативну Я-концепцію (стійкі переконання про себе як про неповноцінного або нікчемного) і

міжособистісні розлади (труднощі в підтримці стосунків або емоційного залучення), які є додатковими до основних симптомів ПТСР і прогнозують більш серйозні порушення.<sup>17,18</sup> Такі складні проблеми також можуть бути наслідком додаткових травм, включаючи насильство з боку попередніх партнерів та дитячі травми, про які часто повідомляють постраждалі від НПП.<sup>19,20</sup>

Існує кілька пояснень складних історій травм, про які часто розповідають постраждалі від НПП. Наприклад, повторна віктимізація може бути частково пов'язана з впливом специфічних симптомів травми (наприклад, емоційне заціпеніння), які можуть погіршити здатність постраждалих оцінювати сигнали загрози та реагувати на них (що робить їх мішенню для кривдників).<sup>19</sup> Крім того, ризик множинних травматичних подій можна пояснити ширшою соціальною вразливістю, яка часто перетинається з НПП. Наприклад, існує тісний зв'язок між віктимізацією від НПП та економічною нестабільністю (наприклад, низьким рівнем доходу, безробіттям),<sup>21</sup> а також статусом меншини. Наприклад, про суттєво підвищений ризик НПП повідомляють люди з інвалідністю та жінки з числа аборигенів і мешканців островів Торресової протоки<sup>22</sup> або мігрантів і біженців.<sup>23</sup> Ці перетини підкреслюють наслідки укоріненого соціального неблагополуччя та складного досвіду насильства для груп меншин (наприклад, мігранти можуть бути особливо вразливими до примусового НПП через візовий статус та соціальну ізоляцію).<sup>24,25</sup> Соціальна пастка та маргіналізація можуть призвести до матеріальних бар'єрів, які перешкоджають вразливим жінкам розірвати стосунки, що призводять до насильства.<sup>26</sup> Ці різноманітні вразливості, що виникають одночасно, можуть також комплексно сприяти виникненню посттравматичних психічних розладів і створювати бар'єри та нерівність у доступі до лікування психічних розладів та залучення до нього.

### Оцінка

Фізична та емоційна безпека має бути першочерговим фактором при проведенні оцінювання з клієнтами, які зазнали НПП. Таке оцінювання повинно проводитися в таких умовах, щоб клієнти почувалися в безпеці, розповідаючи про насильство, а потенційні кривдники не були присутніми або знаходилися поблизу (наприклад, підвозячи клієнта на інтерв'ю або перебуваючи поруч під час особистого або телефонного опитування). Рівень ризику може змінюватися з часом, тому постійні оцінки повинні бути невід'ємною частиною терапії та планування лікування.

Насильницька або контролююча поведінка може проявлятися через тривалий час після того, як жертви розірвали насильницькі стосунки; наприклад, коли постраждалі здійснюють спільну опіку над дітьми або контактують з кривдниками через соціальні чи родинні зв'язки. Певні ситуації пов'язані з підвищеним ризиком ескалації насильства, зокрема, вагітність і період під час або одразу після виходу з насильницьких стосунків. Належною практикою є впровадження планування безпеки після оцінки ризиків, коли виявлено поточне насильство або потенційну ескалацію насильства. Ризик того, що діти піддадуться насильству (наприклад, стануть свідками), також слід враховувати під час оцінки ризиків для клієнтів із залежними особами. Якщо фахівець є обов'язковим доповідачем, це може вплинути на його здатність будувати довіру, зважаючи на законодавчі вимоги повідомляти про ризики для дітей. Прозорість щодо цих обов'язків з самого початку лікування може допомогти побудувати та підтримувати довіру.

Плануванню лікування може сприяти глибоке розуміння характеру впливу різних видів насильства, включаючи поведінку контролю та погроз. Розкриття інформації може бути складним для постраждалих через сором та обмеженість знань про те, що являє собою НПП. Тому доцільно ставити прямі запитання про конкретну поведінку або досвід (наприклад, страх перед партнером, контроль над повсякденною діяльністю, погрози заподіяти шкоду, побої, ляпаси, стусани або іншу фізичну шкоду),<sup>27</sup> які можуть бути отримані за допомогою інструментів вимірювання НПП, таких як Комплексна шкала насильства.<sup>28</sup> Про деякі форми насильства можуть не повідомляти через стигматизацію. Наприклад, про сексуальне

насильство рідко повідомляють, і для того, щоб полегшити розкриття інформації, необхідно встановити додатковий контакт з клієнтом (і провести пряме опитування).

Важливо розпитувати клієнтів про їхню травматичну історію, окрім НІП, та дослідити вплив цього досвіду на психічне здоров'я. Враховуючи зв'язок з НІП та значні соціальні, фінансові та житлові труднощі, важливо також, щоб при оцінці та плануванні лікування враховувався спектр психосоціальних потреб та вразливостей постраждалих. Наприклад, жертва може бути систематично ізольована від соціальних мереж і мати обмежений доступ до неформальної підтримки. Інші стресові фактори, з якими зазвичай стикаються постраждалі від НІП і які можуть вплинути на залучення до лікування, включають участь у захисті дітей, сімейних судових процесах або виконання поточних захисних заходів чи судових приписів про втручання в ситуацію насильства в сім'ї (що часто вимагає взаємодії з поліцією та судовою системою). Ці ситуації можуть спричинити високий рівень дистресу та підірвати довіру до установ і людей, які мають владу, в тому числі й до лікарів, які практикують у сфері психічного здоров'я.

### **Лікування**

Міжнародні рекомендації рекомендують, щоб усіх клієнтів, які звертаються до служб охорони психічного здоров'я, запитували про випадки НІП, а на розкриття інформації реагували першою лінією, яка характеризується "вислуховуванням, з'ясуванням потреб, перевіркою досвіду, підвищенням безпеки та забезпеченням підтримки" (LIVES).<sup>29</sup> Дослідження показали, що в службах охорони психічного здоров'я ця базова реакція може бути відсутня через недостатню підготовку з питань НІП для працівників психіатричних служб.<sup>30</sup>

Наразі існує обмежена кількість доказів щодо впливу лікування ПТСР серед жертв НІП. Огляди показують, що короткі психологічні втручання можуть принести користь жертвам порівняно з відсутністю втручання, і вони можуть включати короткострокову терапію, засновану на визнаннях (наприклад, когнітивно-поведінкових) терапевтичних моделях.<sup>31</sup> Однак характер відповідного лікування може залежати від того, наскільки давно жертва зазнала НІП та чи існує загроза повторної віктимізації. Для постраждалих, які перебувають у стосунках з насильством (або нещодавно розірвали їх), першочерговим завданням має бути оцінка та сприяння негайному забезпеченню фізичної та емоційної безпеки. Коли жертвам насильства забезпечено фізичну та емоційну безпеку, існують докази того, що КПТ, зосереджена на теперішньому часі та розширенні можливостей, може допомогти покращити соціальну підтримку, подолати депресію та ПТСР.<sup>32-34</sup> Попередні дослідження розглядали терапію, що включає когнітивну реструктуризацію та розвиток навичок, з додатковими компонентами, спрямованими на покращення реалістичної оцінки загрози та управління симптомами травми. Нещодавно було висловлено припущення, що нарративна експозиційна терапія може бути корисною для жертв НІП.<sup>35</sup>

Порівняно з іншими формами травми, НІП є унікальним у тому сенсі, що життя жертв може залишатися пов'язаним із кривдником (наприклад, у зв'язку з виконанням батьківських обов'язків). З огляду на те, що багато постраждалих від НІП зазнали тривалої та повторної травми, а також потенційного впливу в минулому (наприклад, у дитинстві), важливо розглянути варіанти лікування комплексного ПТСР. Вони можуть включати попередній етап "стабілізації" для втручань, спрямованих на подолання афекту та міжособистісної дисрегуляції, що може передувати залученню до традиційної травмофокусованої терапії.<sup>36</sup>

### **Робота з дітьми**

Кілька досліджень продемонстрували зв'язок між ПТСР у дітей та впливом батьківського НІП,<sup>37-40</sup> при цьому показники поширеності відповідних діагнозів серед дітей, які зазнали НІП, широко варіюються від 13 до 60%.<sup>41-44</sup> Ризик прямого жорстокого поводження також є високим серед дітей, які зазнали НІП: близько 30-60% з них повідомляють про принаймні ще один вид жорстокого поводження або нехтування.<sup>45-48</sup> Сукупний вплив інших видів

жорстокого поводження майже вдвічі збільшує ймовірність діагностування ПТСР у дітей порівняно з тими, хто зазнав лише НІП.<sup>49</sup>

Для багатьох дітей вплив батьківського НІП може бути травматичним, і їхні реакції будуть схожими на реакції дітей, які стали жертвами інших травматичних подій. Ці негайні реакції можуть включати загальну тривогу, безсоння, нічні кошмари, труднощі з концентрацією уваги, підвищену агресію, підвищену тривогу через розлуку з батьками та сильне занепокоєння про свою безпеку або безпеку батьків.

При лікуванні травм у дітей, які зазнали НІП, першочерговим пріоритетом є забезпечення безпеки дитини та тісна співпраця з відповідними фахівцями у сфері охорони здоров'я та захисту дітей, особливо якщо ризик зазнати НІП зберігається. У деяких юрисдикціях про випадки НІП може знадобитися повідомити органи захисту дітей (хоча важливо зазначити, що закони про обов'язкове інформування різняться в різних юрисдикціях).

Програми лікування, які включають планування безпеки для дітей, що зазнали НІП, зазвичай включають матерів і дітей, яких направляють до них медичні, адвокаційні служби, служби захисту дітей або судові служби. Прикладами відповідних програм є травмофокусована когнітивноповедінкова терапія (TF-CBT)<sup>50</sup> та дитячо-батьківська психотерапія (СРР).<sup>51</sup> В обох програмах дітям повідомляють, що їхні батьки, які не скоїли правопорушення, шукають допомоги, і що фахівці готові допомогти з міркувань безпеки.

Складання карти поточних умов проживання має вирішальне значення для належного планування безпеки. Якщо батько, який не є кривдником, звертається за лікуванням, первинна оцінка повинна проводитися паралельно окремим лікарем і включати оцінку власного досвіду насильства (тип і ступінь тяжкості), в тому числі того, наскільки дитина піддавалася насильству як свідок або жертва, або і те, і інше. Що стосується планування лікування, з дітьми слід консультиватися щодо підтримки, яку вони отримують, враховуючи їхній вік та рівень розвитку. Там, де це можливо, надання дитині можливості контролювати власні варіанти лікування може бути корисним, щоб запобігти відчуттю втрати контролю, яке може повторно травмувати дитину, яка в минулому зазнала примусового та контролюючого НІП.

Втручання для дітей, які постраждали від НІП, включають групову та індивідуальну терапію, а також діадичне лікування за участю батьків, які не є кривдниками. Систематичних доказів ефективності лікування в цьому контексті бракує,<sup>52,53</sup> але невелика кількість досліджень свідчить про те, що ТФ-КПТ і КПТ можуть покращити симптоми травми у дітей. Обидві терапії передбачають роботу з батьками, які не вчиняють насильства, а також з дитиною, і міцні стосунки з цими батьками (які не вчиняють насильства) є ключовим фактором у сприянні відновленню після наслідків НІП.

### **Реформа системи охорони психічного здоров'я**

Допомога з урахуванням травми та насильства має важливе значення для постраждалих від НІП<sup>54</sup> та підкреслює важливість "системного" реагування в рамках служб психічного здоров'я (враховуючи, що ізольовані ініціативи, такі як навчання персоналу, навряд чи покращать результати лікування пацієнтів). Існує також потреба в загальносистемних заходах реагування на НІП,<sup>55</sup> що вимагає реформування на багатьох рівнях:

- На рівні медичних працівників: сприяння культурі гендерної рівності; принципи, що враховують травму (повага, приватність, конфіденційність, безпека); достатній час для консультацій; сприятливе середовище з листівками та плакатами; обізнаність про протоколи та перенаправлення.
- Системний рівень: забезпечення координації внутрішніх і зовнішніх перенаправлень; протоколи; підтримка та наставництво персоналу; призначення лідерів; виділення фінансування на послуги з протидії насильству в сім'ї; лідерство та управління, підкріплене політикою; належний дизайн приміщень; інформаційні системи для оцінки.

### **Майбутні напрямки**

Існує нагальна потреба у підвищенні уваги до потреб психічного здоров'я жінок і дітей, які зазнають НІП. Це включає в себе визнання лікарями та регулярне опитування про НІП, а також безпосереднє реагування на проблеми, пов'язані з безпекою та психічним здоров'ям. Сюди також входить визнання політиками потреб у лікуванні постраждалих від НІП через фінансування та замовлення відповідних послуг з охорони психічного здоров'я. У зв'язку з цим існує потреба в додаткових дослідженнях щодо природи та відповідної класифікації проблем психічного здоров'я, які можуть розвинути в контексті НІП серед жінок, чоловіків та небінарних жертв (у тому числі тих, хто перебуває в одностатевих стосунках), а також у втручаннях, які є прийнятними та ефективними для сприяння як безпеці, так і довгостроковому відновленню.

Нарешті, цей інформаційний бюлетень "Жертви насильства з боку інтимного партнера (НІП) та ПТСР" не розглядає потенційну роль ПТСР та проблем психічного здоров'я загалом у вчиненні НІП, що вийшло за рамки цього дослідження. Однак існує додаткова потреба в кращому розумінні та увазі до факторів, які можуть сприяти застосуванню насильства у стосунках, що є першочерговою метою ініціатив, необхідних для зменшення і, зрештою, усунення шкоди, завданої жертвам НІП.

### **Джерело та дописувачі**

Інформаційний бюлетень для жертв насильства з боку інтимного партнера (НІП) був розроблений д-ром Шоном Коулішоу, пані Анн-Лор Куіно, д-ром Алісою Сбіса та д-ром Роз Летбрідж (Фенікс Австралія, Мельбурнський університет) у співпраці з д-ром Айно Суомі (Інститут досліджень з питань захисту дітей, Австралійський католицький університет) та професором Келсі Хегарті (кафедра загальної практики, Мельбурнський університет).

### **Цитування**

Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health. Specific Populations and Trauma Types: Victims of Intimate Partner Violence (IPV) in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne: Phoenix Australia; 2020.

### **Рекомендована література**

García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385(9977), 1567-1579.

Johnson, D.M., et al., Comparison of adding treatment of PTSD during and after shelter stay to standard care in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial. *J Trauma Stress*, 2016. 29(4): p. 365-73.

World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization; 2013. See <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en>

### **Посилання**

1. Hegarty K. Domestic violence: the hidden epidemic associated with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;198(3):169-170.
2. Organization WH. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization; 2013.
3. Ansara DL, Hindin MJ. Exploring gender differences in the patterns of intimate partner violence in Canada: A latent class approach. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2010;64(10):849-854.

4. Houry D, Rhodes KV, Kembal RS, et al. Differences in female and male victims and perpetrators of partner violence with respect to WEB scores. *Journal of interpersonal violence*. 2008;23(8):1041-1055.
5. Ayre J, On ML, Webster K, Gourley M, Moon L. Examination of the burden of disease of intimate partner violence against women in 2011. Australia's National Research Organisation for Women's Safety Limited (ANROWS); 2016.
6. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2012;7(12):e51740.
7. Jonker IE, Lako DA, Beijersbergen MD, Sijbrandij M, van Hemert AM, Wolf JR. Factors related to depression and post-traumatic stress disorder in shelter-based abused women. *Violence against women*. 2019;25(4):401-420.
8. Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, et al. Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *Journal of Interpersonal Violence*. 2013;28(2):273-294.
9. Mechanic MB, Weaver TL, Resick PA. Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence against women*. 2008;14(6):634-654.
10. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of women's health*. 2006;15(5):599-611.
11. Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard L. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(2):94-99.
12. Kelly JB, Johnson MP. Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions. *Family court review*. 2008;46(3):476-499.
13. Dutton MA, Goodman LA. Coercion in intimate partner violence: Toward a new conceptualization. *Sex roles*. 2005;52(11-12):743-756.
14. Myhill A. Measuring coercive control: What can we learn from national population surveys? *Violence Against Women*. 2015;21(3):355-375.
15. Johnson MP. Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and violent behavior*. 2011;16(4):289-296.
16. Karatzias T, Cloitre M, Maercker A, et al. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology*. 2017;8(sup7):1418103.
17. Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*. 2013;4(1):20706.
18. Elklit A, Hyland P, Shevlin M. Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5(1):24221.
19. Krause ED, Kaltman S, Goodman L, Dutton MA. Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: A prospective study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2006;19(4):507-516.
20. Widom CS, Czaja S, Dutton MA. Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child abuse & neglect*. 2014;38(4):650-663.
21. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K, Brown SJ. Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. *Maternal and child health journal*. 2011;15(5):570-578.
22. AIHW. Family, domestic and sexual violence in Australia: continuing the national story 2019—In brief. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2019.

23. Vaughan C, Davis E, Murdolo A, et al. Promoting community-led responses to violence against immigrant and refugee women in metropolitan and regional Australia: The ASPIRE Project: Key findings and future directions. 2016.
24. Vaughan C, Murdolo, A., Murray, L., Davis, E., Chen, J., Block, K., . . . Warr, D. . Promoting communityled responses to violence against immigrant and refugee women in metropolitan and regional Australia: the ASPIRE Project : key findings and future directions. ANROWS compass : research to policy and practice. 2016;8.
25. West CM. African Immigrant Women and Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*. 2016;25(1):4-17.
26. Goodman LA, Smyth KF, Borges AM, Singer R. When crises collide: How intimate partner violence and poverty intersect to shape women's mental health and coping? *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009;10(4):306-329.
27. AIHW. Screening for domestic violence during pregnancy: options for future reporting in the National Perinatal Data Collection. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare;2015.
28. Hegarty K, Bush R, Sheehan M. The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. *Violence and victims*. 2005;20(5):529.
29. Organization WH. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization; 2013.
30. Rose D, Trevillion K, Woodall A, Morgan C, Feder G, Howard L. Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;198(3):189-194.
31. Arroyo K, Lundahl B, Butters R, Vanderloo M, Wood DS. Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. Apr 2017;18(2):155-171.
32. Johnson DM, Johnson NL, Perez SK, Palmieri PA, Zlotnick C. Comparison of Adding Treatment of PTSD During and After Shelter Stay to Standard Care in Residents of Battered Women's Shelters: Results of a Randomized Clinical Trial. *J Trauma Stress*. Aug 2016;29(4):365-373.
33. Johnson DM, Zlotnick C. HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelters. *Prof Psychol Res Pr*. 2009;40(3):234-241.
34. Johnson DM, Zlotnick C, Perez S. Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. Aug 2011;79(4):542-551.
35. Orang T, Ayoughi S, Moran JK, et al. The efficacy of narrative exposure therapy in a sample of Iranian women exposed to ongoing intimate partner violence—A randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2018;25(6):827-841.
36. Studies ISoTS. ISTSS guidelines position paper on complex PTSD in adults. 2018.
37. Carpenter GL, Stacks AM. Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review*. 2009;31(8):831-839.
38. Crusto CA, Whitson ML, Walling SM, et al. Posttraumatic stress among young urban children exposed to family violence and other potentially traumatic events. *J Trauma Stress*. 2010;23(6):716-724.
39. Graham-Bermann SA, DeVoe ER, Mattis JS, Lynch S, Thomas SA. Ecological predictors of traumatic stress symptoms in Caucasian and ethnic minority children exposed to intimate partner violence. *Violence against women*. 2006;12(7):662-692.
40. Levendosky AA, Bogat GA, Martinez-Torteya C. PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence against women*. 2013;19(2):187-201.
41. Chemtob CM, Carlson JG. Psychological Effects of Domestic Violence on Children and Their Mothers. *International Journal of Stress Management*. 2004;11(3):209.



42. McCloskey LA, Walker M. Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(1):108-115.
43. Mertin P, Mohr PB. Incidence and correlates of posttrauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims*. 2002;17(5):555.
44. Rossman BR, Hughes HM, Rosenberg MS. *Children and interparental violence: The impact of exposure*. Routledge; 2013.
45. Appel AE, Holden GW. The co-occurrence of spouse and physical child abuse: a review and appraisal. *Journal of family psychology*. 1998;12(4):578.
46. Hamby S, Finkelhor D, Turner H, Ormrod R. The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child abuse & neglect*. 2010;34(10):734-741.
47. Knickerbocker L, Heyman RE, Smith Slep AM, Jouriles EN, McDonald R. Co-occurrence of child and partner maltreatment. *European Psychologist*. 2007;12(1):36-44.
48. Lamers-Winkelmann F, Willeman AM, Visser M. Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: Consequences for their wellbeing. *Child Abuse & Neglect*. 2012;36(2):166-179.
49. Castor L. *The Impact of Additional Traumatic Events on Trauma Symptoms and PTSD in Preschooled Children Exposed to Intimate Partner Violence (IPV)*. 2010.
50. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2011;165(1):16-21.
51. Lieberman AF, Ippen CG, Van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(8):913-918.
52. Hooker L, Kaspiew R, Taft A. *Domestic and family violence and parenting: Mixed methods insights into impact and support needs: State of knowledge paper*. ANROWS; 2016.
53. Howarth E, Moore TH, Welton NJ, et al. IMPROving Outcomes for children exposed to domestic Violence (IMPROVE): an evidence synthesis. *Public Health Research*. 2016;4(10):1-342.
54. *Trauma-and-Violence-Informed Care (TVIC): A Tool for Health & Social Service Organizations and Providers*. Vancouver, BC: EQUIP Health Care;2017.
55. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The healthsystems response to violence against women. *The Lancet*. 2015;385(9977):1567-1579.