

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ стресовий розлад

Л.О. Герасименко,

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР; англ. PTSD; в'єтнамський синдром, афганський синдром) — комплекс психічних розладів, що є проявом дезадаптивного відстроченого або затяжного реагування на стресові події надзвичайно загрозливого чи катастрофічного характеру.

Ще 1888 року Н. Орпенгейм запровадив визначення «травматичний невроз», що стало прообразом нинішнього розуміння ПТСР. Важливі дослідження цієї проблеми здійснили Е. Краєпелін (1916) під час Першої світової війни та американські психологи і психіатри під час В'єтнамської кампанії [1, 2]. Було зроблено висновок про схожість і закономірності клінічного перебігу відстрочених психічних розладів у відповідь на надпотужні стреси різного характеру.

Результатом накопиченого досвіду стала пропозиція М.Д. Ногowitz (1980) виділити новий самостійний синдром ПТСР зі спеціальними діагностичними критеріями, що були запроваджені спочатку для американської класифікації (Посібник із діагностики та статистики психічних розладів — DSM), а потім і для європейської Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) [3, 4].

Тож ПТСР досі лишається одним із «наймолодших» діагнозів у світовій психіатрії. Зокрема, у МКХ-10 він позначається кодом F43.1, а відповідна рубрика входить до розділу F40–F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади» [5].

Поширеність і причини посттравматичного стресового розладу

Показники поширеності ПТСР серед тих, хто пережили екстремальні ситуації, за різними джерелами, коливаються від 10 % серед свідків до 90 % серед тяжко постраждалих. Масштабне дослідження, проведене у США серед ветеранів В'єтнамської війни, виявило клінічно окреслені ознаки ПТСР у близько 30 % обстежених, а парціальні та субклінічні ознаки — ще у 22 % ветеранів [6, 7].

Психогенні чинники, що провокують виникнення ПТСР, як правило, несуть загрозу для життя і вирізняються непередбачуваністю та неконтрольованістю. Загалом вони визначаються як «травматичні події, що значно виходять за рамки звичайного життєвого досвіду» [8].

Серед найпоширеніших ситуацій, патогенних із точки зору розвитку ПТСР, виділяють природні катаклізми (смерчі, паводки, пожежі, землетруси, виверження вулканів), техногенні катастрофи, теракти, бойові дії, ситуації антисоціальних дій із боку інших осіб (зґвалтування, пограбування, розбійні напади).

Клінічна картина

Первинно, у відповідь на дію психотравми, що характеризується безпосередньою загрозою життю і здоров'ю, виникає гостра реакція на стрес (F43.0), або ж латентний період, що триває від декількох тижнів до шести місяців.

Гостра реакція виникає у відповідь на надзвичайну ситуацію одразу або протягом перших трьох діб, і може проявлятися звуженням свідомості, розгубленістю, дезорієнтованістю, панічними реакціями, психомоторним збудженням або ступором, мнестичними порушеннями, а також психопатологічними ознаками, що відображають зміст самої психотравми (наприклад, галюцинаціями звуку падаючих бомб після пережитого бомбардування або ілюзіями коливання землі після землетрусу). Тяжкість стану іноді сягає психотичного рівня, супроводжуючись психомоторним збудженням чи загальмованістю, дезорієнтованістю, відсутністю у пацієнта критики до власного стану. Така симптоматика розгортається і триває, як правило, не довше декількох годин, завершуючись сном або прострацією.

Водночас депресивні, obsesивно-фобічні прояви й порушення сну, що виникають на цьому етапі, характеризуються стійкістю і можуть тривати від кількох тижнів до декількох місяців, проглядаючись у клінічній картині ПТСР від продромального періоду і аж до етапу резидуальних явищ.

Якщо загрозлива ситуація не знаходить свого вирішення через 48 годин, то гостра психопатологічна симптоматика різко редукується до кінця третьої доби, і в клінічній картині починає домінувати афективне звуження свідомості з явищами легкого оглушення та відчуття жаху і безпорадності. При цьому здатність до концентрації уваги, цілісного і послідовного сприйняття реальності грубо порушуються. За таких умов стає неможливим послідовне осмислення і усвідомлення ситуації, ускладнюється вольовий контроль поведінки, що перешкоджає формуванню адаптивних моделей реагування.

Стан після виходу постраждалого із небезпечної ситуації називають фазою ізоляції. У цей час відбувається посилення апетиту, спрага, часті сечовипускання і дефекація. Характерною ознакою є «параліч емоцій» — відсутність у постраждалого емоційних реакцій на бурхливі події, що відбулися. Може відзначатися минуша морально-етична деградація, втрата сором'язливості, брутальні та агресивні вчинки, спрямовані на задоволення елементарних інстинктивних потреб. Після завершення етапу гострої реакції на стрес настає перехідний період тривалістю 5–30 діб, коли серед клінічних ознак домінують загальна слабкість, головний біль у потиличній ділянці, порушення сну, іпохондричність, тривожність, відчуття внутрішнього

напруження, зниження загальної, особливо громадської, активності особистості. Водночас може неприродно посилюватись апетит.

У цей час постраждалий часто подумки повертається до міркувань про ймовірність повторення загрозливих подій, вивчає інформаційні повідомлення та інші джерела інформації. Життєвий уклад примітивізується і зосереджується на мінімізації загроз, створенні запасів їжі та предметів першої потреби, посиленні заходів безпеки.

Характерний феномен — внутрішня ревізія пацієнтом своєї поведінки у стресовій ситуації, коли власні вчинки співставляються із суб'єктивними уявленнями про моральні стандарти.

Етап становлення власне симптомокомплексу ПТСР і формування розгорнутої клінічної картини виникає відстрочено, у ситуації, коли основні психотравмувальні переживання, здавалося б, давно лишилися позаду, а загрози втратили актуальність. Виникає своєрідна суміш тяжкої неврозподібної симптоматики і психопатоподібних поведінкових розладів, що часто ускладнюються процесом алкоголізації та наркотизації.

Так, серед основних клінічних ознак в осіб із ПТСР варто зазначити напливи афективно забарвлених спогадів і поведінку уникнення.

Порушення пам'яті

Як правило, специфічні порушення пам'яті проявляються загостренням здатності відтворювати дрібні деталі, що супроводжували психотравмувальну ситуацію. Часто такі деталі мають болісний для пацієнта характер, і він фіксується на них, не будучи здатним їх забути. Здебільшого такі спогади виникають спонтанно, а не як результат якихось логічно зрозумілих асоціацій, проте відтворюються яскраво, у найменших деталях. Це все супроводжується афектами (переважно страху і злоби) такої сили, ніби пацієнт переживає трагічні події знову, і, відповідно, численними вегетативними проявами.

Нав'язливі спогади про обставини психотравмувальної події можуть набувати форми флешбеків, ремінісценцій або кошмарних сновидінь.

Флешбеки (*англ. flashbacks*) — напливи реалістичних, яскравих, афективно забарвлених спогадів та уявлень, що відображають події, пов'язані з психотравмувальною ситуацією.

У тяжких випадках виникає афективне звуження свідомості, і яскравість драматичних спогадів затьмарює собою реальність, супроводжуючись психомоторним збудженням та, іноді, агресією. Тяжкість епізоду може сягати психотичного рівня із розвитком сплутаності свідомості на зразок істеричного сутінкового розладу свідомості.

Зокрема, страх перед ремінісценціями є настільки сильним, що іноді лише незначне нагадування про обставини катастрофічної події може викликати панічні реакції у пацієнтів. Деякі з них бояться засинати, аби уві сні знову не пережити кошмари, але іноді постраждали навмисно відтворюють травматичні спогади зусиллям волі, аби ще раз їх пережити, «проаналізувати і звикнути».

Водночас здатність до запам'ятовування поточної інформації погіршується. Зменшується обсяг уваги і здатність до її до концентрації та переключення.

До визначальних симптомів цього стану також можуть належати дратівливість, експлозивність, ангедонію, вегетативну збудливість (тахікардію, пітливість) і безсоння.

Настрій знижується за типом неглибокої тривожної депресії, що супроводжується дисфоріями, невдоволенням собою, схильністю до брутальної агресії. Часто формуються вторинні тривожно-депресивні розлади і тенденції до алкоголізації або наркотизації, покликані заглушити відповідні переживання.

Порушення в емоційній сфері

Характерною ознакою в емоційній сфері є ангедонія — нездатність повноцінно отримувати задоволення. Такі особи почуваються відчуженими від суспільства, їхні емоції притуплені, зовні вони виглядають заціпенілими, песимістично налаштованими, байдужими до навколишніх подій, іноді невмотивовано озлобленими. Емоційний стан таких пацієнтів часто також характеризується алекситимією — нездатністю вербально описати власні та чужі переживання, зниженням здатності до виявів такту, стриманості, емоційної теплоти і емпатії.

Порушення сну являють собою важкість засинання внаслідок страху перед напливом спогадів, і тематичні кошмарні сновидіння з нічними прокиданнями в ажитованому стані.

Характерним є парадоксальне поєднання загострення інстинкту самозбереження та актуалізації відповідних стереотипів поведінки, із уявленнями про знецінювання людського життя у критичних ситуаціях. Перманентна підвищена пильність, концентрація на змісті психотравмувальних подій і очікування власного переляку від їх повторення створюють надзвичайне напруження психічної діяльності, що призводить до виснаження. Виникає стан хронічної втоми, різко знижується функціональність.

Таким пацієнтам важко підтримувати звичний рівень суспільних контактів, виконувати виробничі вимоги, страждають сімейні стосунки та інші напрямки адаптивної діяльності, наростає побутова і професійна дезадаптація.

Власне, пережита у кризовій ситуації безпомічність фіксується і стає основою феномену набутої безпорадності. Постраждали почувають себе суцільно некомпетентними, «зайвими», легко приймають роль інвалідів, пільговиків, споживачів соціальної допомоги, відмовляються від пропонування варіантів реабілітації та працевлаштування.

Світ інших людей, їхні переживання та інтереси здаються дрібними і не вартими уваги. Виникає суб'єктивне враження, що ті, хто не пережив подібні випробування, не здатен нічого зрозуміти, а тому спроби сторонніх і близьких людей якось допомогти сприймаються з роздратуванням. Пацієнти уникають компаній, схильються до самотності. Близьких людей звинувачують у бездушності, поводяться примхливо, вередують.

Тривалість цієї фази розвитку ПТСР може становити від одного тижня до 30 років і більше, перебіг хвилеподібний. За сприятливих обставин симптоми набувають динаміки зворотного розвитку, і приблизно у третини осіб настає повне одужання.

Під час процесу одужання спогади про психотравмувальну ситуацію блякнуть, втрачають афективне забарвлення, фрагментуються. Знову пацієнт починає відчувати емпатію, цінує турботу про нього, виявляє вдячність, допомагає іншим.

Формується ставлення до психотравми як до «трагедії», «скаліченої долі», про що не варто згадувати. За оптимального варіанта переосмислення супроводжується створенням більш конструктивної системи цінностей, прагненням більш бережно ставитися до життя, максимально повно реалізувати свої можливості, більше уваги приділяти самореалізації.

Прогноз перебігу розладу

Чинниками сприятливого прогнозу є гострий розвиток симптоматики, відсутність психопатологічної обтяженості в анамнезі та своєчасна кваліфікована допомога, соціальна підтримка. У разі часткового одужання можуть зберігатись епізодичні порушення сну у вигляді нічних кошмарів та афективна лабільність, певна втрата активності у соціальних контактах. При цьому за основними напрямками соціальної активності може бути досягнута адаптація завдяки компенсаторним механізмам психіки.

Такі пацієнти переорієнтовуються на більш локальні, особисті та внутрішньосімейні інтереси, змінюють життєву філософію, відмовляються від колишнього кола спілкування. Завичай у їхньому ставленні до психотравматичних подій домінують психологічні механізми підсвідомого витіснення й заперечення.

Аналізуючи причини своїх психологічних проблем, вони переносять акцент із безпосереднього впливу психотравми на неухвалу суспільства, незрозуміння оточення та некваліфікованість отриманої допомоги. Характерне вороже і недовірливе ставлення до всього зовнішнього світу, соціальна відгородженість, відчуття спустошеності та безнадії, існування «на межі», в умовах постійної загрози.

У разі хроніфікації, на віддаленішому етапі, через один–два роки після появи розгорнутих проявів, формується клінічна картина, у якій домінують ознаки психопатизації, епізоди антисоціальної поведінки, хронічна інсомнія, почуття відчаю і безвиході, суїцидальні тенденції. Тяжкість симптоматики може сягати рівня втрати працездатності.

Неконструктивним виходом часто стає саме соціальне відсторонення або ж спілкування з особами, які мають схожий досвід (ветерани, жертви аварій, згвалтувань тощо), однак і це буває обтяжливим, оскільки провокує неприємні спогади. Внаслідок цього стрімко наростає психосоціальна дезадаптація, яка може стати причиною катастрофічної деградації аж до бродяжництва і залежності від вживання психоактивних речовин чи ігроманії. Часто наслідком ПТСР є суїцидальна активність.

Через підвищену навіюваність, опозиційну налаштованість та дефіциту критичності, пацієнти можуть легко залучатися до асоціальної діяльності, ставати членами злочинних угруповань або скоювати злочини і правопорушення самостійно. Особливо актуальним це є для осіб, психотравматизація яких була пов'язана з участю в бойових діях.

Перебіг ПТСР досить часто супроводжується загостренням психосоматичної патології, зокрема виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, холециститу, коліту, бронхіальної астми тощо.

Можуть також виникати депресивні стани з домінуванням тривожної та дистимічної симптоматики, близької за структурою до ендореактивної дистимії Вайтбрехта [9].

Надзвичайно обтяжує і ускладнює перебіг ПТСР розвиток генералізованого тривожного розладу. При цьому

пацієнт тривалий час переживає стійку, не фіксовану на конкретних життєвих обставинах тривогу в поєднанні з нервозністю, тремором, пітливістю, тахікардією, дискомфортом в епігастрії, запамороченням, страхом перед можливим нещастям чи загибеллю.

Попри тяжкі страждання, особи з ПТСР схильні уникати звернення за психіатричною і психотерапевтичною допомогою. А в разі звернення за консультацією до фахівців їхній стан часто діагностують як психопатію.

Інструменти для діагностування посттравматичного стресового розладу

Підвищити рівень діагностики і своєчасності надання кваліфікованої допомоги покликаний цілий ряд методик, серед яких: Impact of Event Scale, Structured clinical Interview for DSM-III-R і декілька модифікацій Mississippi scale, специфічних для цільової аудиторії ветеранів війн (Combat version), заручників (Hostage version) і цивільних громадян, жертв нещасних випадків, стихійних лих і катастроф (Civilian version) [10–12].

На сучасному етапі надання психологічної та психіатричної допомоги впроваджено та запропоновано низку шкал і методик, ефективність яких доведено світовою клінічною практикою.

Клінічна практика провідним діагностичним інструментом вважає SCID для DSM. Шкалу для клінічної діагностики ПТСР (CAPS) розроблено як додаток до SCID для визначення рівня тривожності симптоматики ПТСР та частоти її виникнення.

Шкала клінічної діагностики CAPS-DX за критеріями DSM-IV є модифікацією CAPS за критеріями DSM-III. CAPS-DX — це структуроване клінічне інтерв'ю, розроблене з урахуванням DSM-IV, за допомогою якого можна оцінити симптоматику ПТСР, тривалість розладу, ступінь порушення соціального функціонування.

Шкала CAPS-DX дає змогу оцінити наявність симптомів ПТСР як на поточний період, так і впродовж усього життя після психотравми.

Серед них можна виокремити:

- Шкалу оцінювання тяжкості травматичного впливу (IES-R) [13].
- Міссісіпську шкалу для оцінювання посттравматичних реакцій і декілька модифікацій Mississippi scale [14].
- Опитувальник Бека для діагностики депресивних станів.
- Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатика) [15].
- Опитувальник травматичного стресу (OTC) [16].
- Інтерв'ю по діагностиці ПТСР PSS-I PTSD (Symptom Scale Interview) [17].
- Опитувальник симптомів ПТСР PCL (PTSD Checklist) [18].
- Шкалу посттравматичної діагностики (Posttraumatic Diagnostic Scale, PTSD) [19].

Запропоновані шкали мають використовувати фахівці зі сфери психічного здоров'я, які ознайомлені з DSM, отримали спеціалізовану освіту з базовими знаннями психопатології та мають досвід роботи у сфері проведення психодіагностичних інтерв'ю.

Прикладом загальної спрямованості скринінгових питань є короткий опитувальник N. Breslau (1999), створений на підставі даних клінічних спостережень:

1. Ви запобігаєте спогадам про певні події через уникання відповідних місць, людей або діяльності?
2. Ви втратили зацікавленість до діяльності, яку раніше сприймали як важливу або приємну?
3. Ви стали почуватися самотнім та ізольованим від інших?
4. Вам складно відчувати любов або прихильність до інших?
5. Ви вважаєте безглуздом будувати плани на майбутнє?
6. У вас є проблеми із засинанням або сном?
7. Ви стали більш нервово реагувати на буденний шум чи інші чинники?

За даними дослідження, серед тих, хто зазнали психотравми, у 71 % осіб зі ствердними відповідями на чотири і більше запитань діагноз ПТСР врешті підтвердився, а у 98 % осіб, які відповіли ствердно на менш ніж чотири запитання, ПТСР не діагностовано [20].

Терапія посттравматичного стресового розладу

Попри різноманітність та відмінність запропонованих нині програм лікувальних стратегій і видів терапії, базовим принципом та основою лікувальних заходів є визнання ролі психічної травми в етіології посттравматичної симптоматики. Провідним акцентом терапії ПТСР є перероблення травматичного досвіду пацієнта та наслідків психічної травми. Часто пацієнти з ПТСР запізно звертаються по психіатричну допомогу. Окрім того, багато хто з них уникає відвідування психіатричних закладів через стигматизацію та соціальні забобони. Це зумовлює необхідність пошуку нетрадиційних форм роботи з ними. Наприклад, у США накопичено досвід роботи реабілітаційних центрів для допомоги ветеранам військових кампаній. Створене там психотерапевтичне середовище допомагає долати бар'єр недовіри між пацієнтами та психотерапевтами. Лікування може бути анонімним, крім психотерапевтичної корекції, надається і соціальна допомога (харчування, притулок, пошук роботи).

Важливим аспектом є невідкладність і ефективність застосування як психофармакологічних впливів, так і реабілітаційних заходів. Рутинне застосування фармакотерапії для лікування гострого стресового розладу або раннього ПТСР (протягом чотирьох тижнів після появи симптомів) у дорослих не рекомендовано. Але якщо тяжкість дистресу неможливо контролювати лише психотерапевтично і пацієнт виявляє гіперажитацию, страждає через диссомнію та нічні кошмари, фармакотерапія може бути рекомендована від початку лікування. У такому разі призначають транквілізатори в невисоких дозах, антидепресанти, снодійні засоби, щоб знизити афективну збудливість і нормалізувати сон. Натомість у разі сильного збудження можливе застосування нейролептиків у мінімальних дозуваннях. Вплив на біль має здійснюватись на базі мультидисциплінарного підходу, зважаючи на фізичні, соціальні, психологічні та духовні компоненти болю в індивідуальному плані лікування, адаптованого до його типу. Больові синдроми опорно-рухового апарату можуть реагувати на корекцію основного захворювання та лікування нестероїдними протизапальними

препаратами. За потреби рекомендовано використовувати немедикаментозні підходи для контролю болю, як-от біологічний зворотний зв'язок, масаж, фізіотерапія та додаткові альтернативні методи (йога, медитація, акупунктура).

У разі, коли приймається рішення розпочати ранню фармакотерапію, потрібно регулярно моніторувати психічний стан пацієнта, щоб за потреби вчасно розпочати допоміжну психотерапію. Водночас має бути запропоновано підтримувальну психотерапію з істотною психолого-педагогічною складовою.

Застосування дебрифінгу

Наразі дискусійним є питання про застосування дебрифінгу в роботі з пацієнтами, які зазнали потенційно травматичних переживань.

Дебрифінг (*англ. debriefing*) — коротка одноразова слабкоструктурована психологічна бесіда з особою, яка пережила екстремальну ситуацію чи отримала психологічну травму.

Цей термін запозичив американський психолог із військової термінології, де його застосовують для позначення процедури, протилежної брифінгу (*англ. briefing* — інструктаж, «розбір польотів»). Військові використовують дебрифінг для звіту бійця (агента) про виконане завдання та отримання ним інструкцій щодо інформації, яку можна або не можна розголошувати. Емпіричним шляхом професійні військові дійшли до висновку про доцільність включення до структури дебрифінгу елементів психологічного розвантаження, згладжування наслідків пережитого стресу. Цей аспект досліджували армійські психологи, а пізніше взяли на озброєння цивільні психологи як елемент стратегії зменшення заподіяної жертві психологічної шкоди. Основними завданнями дебрифінгу є раціональне, позбавлене спотворювального впливу гострих афективних переживань, пояснення постраждалій особі суті того, що з нею сталося, та вислуховування її власної точки зору на події (переробка через вербалізацію).

Тривалий час дебрифінг як засіб надання первинної психологічної допомоги (Critical Incident Stress Debriefing) широко застосовували, зокрема під час роботи із жертвами терактів, техногенних катастроф та стихійного лиха. Проте дані низки досліджень продемонстрували сумнівну ефективність та потенційно високі ризики застосування цього методу.

Нині більшість клінічних настанов не рекомендують не-селективне використання дебрифінгу та рутинних психологічних консультацій для роботи з пацієнтами, які зазнали потенційно травматичних подій. Селективність передбачає врахування характеру психотравматичного впливу, контексту ситуації та індивідуального психологічного профілю самого постраждалого.

Інші стратегії психологічного втручання

Оптимальним підходом для надання допомоги особам після отримання ними потенційного травматичного досвіду є емоційна підтримка та заохочення до використання адаптивних копінг-стратегій.

За наявності суїцидальних тенденцій рекомендовано застосовувати тактику терапевтичної кризової інтервенції, що являє собою інтенсивне індивідуальне психокорекційне втручання, адекватне впливу стресу. Втручання під час кризи спрямовується на допомогу пацієнтові, використання методів підтримки, сугестії, переконання, модифікації оточення.

При лікуванні клінічно сформованого ПТСР найефективнішою психотерапевтичною тактикою сьогодні вважають травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) або десенсибілізацію та пророблення травми рухами очей (EMDR). Наприклад, ТФ-КПТ є короткостроковою інтервенцією, покликаною тамувати інтенсивність посттравматичних переживань. Цей метод започаткували у 1980-х роках Джудіт Коен, Ентоні Маннаріном та Естер Деблінгер. Він скерований на роботу з негативними емоціями, фізичними реакціями та будь-якими іншими труднощами, асоційованими з травматичним досвідом. Зазвичай індивідуальна або групова робота за ТФ-КПТ передбачає проведення 12–16 сеансів, присвячених психоосвіті, поступовій експозиції, моделюванню поведінки, виробленню копінг-стратегій і тренінгам щодо регулювання особистої поведінки (за наявності симптомів надмірної реактивності). Так, групова КПТ (травмофокусована або нетравмофокусована) може бути застосована як додаткова, але не має розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії [21].

Десенсибілізація та пророблення травми рухами очей (EMDR) — комплексний багатокомпонентний психотерапевтичний підхід, який розробив Франсін Шапіро ще наприкінці 1980-х років. Натепер він рекомендований як засіб ефективного втручання при ПТСР, асоційованому з бойовим стресом. EMDR-терапія допомагає переробляти травматичні спогади та інший несприятливий життєвий досвід, внаслідок чого вони перестають бути психологічно обтяжливими [22].

EMDR поєднує декілька етапів, які мають здійснюватись у певному порядку, а саме: збирання анамнезу та оцінювання попереднього стану пацієнта, проведення власне десенсибілізації, вибір позитивних когніцій, перевірка щодо залишкових ефектів травми, закінчення сеансу та повторне оцінювання стану пацієнта. Зазвичай один такий сеанс триває від 60 до 90 хвилин. Стандартна процедура передбачає, що терапевт просить пацієнта, не повертаючи голови, слідкувати очима за рухами пальців лікаря, які здійснюються в полі його зору з одного боку до іншого. При цьому слід згадувати минулий травматичний досвід. Мета EMDR-терапії полягає у конфронтації та подальшому примиренні з отриманим травматичним досвідом та зменшенні рівня дистресу завдяки підсиленню адаптивних переконань.

Індивідуально і патогенетично обґрунтовано застосовують такі чотири психотерапевтичні стратегії:

1. Підтримка адаптивних навичок «Я», зокрема через техніки систематичної десенсибілізації та тренінги релаксації.

2. Формування «позитивного ставлення» до симптому через доведення до пацієнта розуміння нормальності власних реакцій в екстремальних умовах, що допомагає нівелювати вторинно психотравматизувальний вплив самих симптомів та актуалізувати власні особистісні ресурси.

3. Відмова від стратегії уникнення всього, що асоціюється із психотравмою, задля активнішого перероблення травматичного досвіду в рамках психотерапевтичного процесу.

4. Зміна атрибуції змісту стосовно травматичної ситуації та її наслідків, корекція суб'єктивного трактування психотравматичної ситуації, що допомагає створити у пацієнта відчуття контролю за ситуацією.

Загальною метою психотерапевтичного втручання є створення нової когнітивної моделі життєдіяльності: переоцінення травматичного досвіду, відновлення почуття цінності власної особистості та здатності до адаптивного функціонування у суспільстві.

Додаткові ресурси «Я» допомагають успішніше долати стреси та відновлювати преморбідний рівень функціонування. Може використовуватися раціональна психотерапія, спрямована передусім на вербалізацію, перероблення травматичних переживань, що дає змогу зменшити афективне напруження, структурувати і взяти під контроль емоції, активізувати цілеспрямовану діяльність пацієнта.

Як додаткові методи застосовують тривалу експозицію, екзистенційну психотерапію за James F.T. Bugental (2001), що використовує інтегративний підхід з апеляцією до особистості пацієнта, а також групову сімейну психотерапію, подружню психокорекцію (часто у тандемі із сексологом) [23].

У процесі сімейної психотерапії залучають індивідуальні та групові форми роботи, а також такі психотерапевтичні техніки, як: навчання ролей, провокація конфронтації, ефективне використання мовчанки тощо. Вибір конкретної техніки відбувається контекстно, залежно від індивідуальних особливостей перебігу захворювання і психосоціальної дезадаптації.

Застосування фармакотерапії

Фармакологічні засоби можуть використовуватись, але їм не слід віддавати перевагу перед ТФ-КПТ. Препаратами вибору є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС): флуоксетин (20–60 мг/добу), пароксетин (20–40 мг/добу), сертралін (50–200 мг/добу) або інгібітор зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну венлафаксин (75–150 мг).

Їх застосування бажано розглядати лише за певних умов:

- пацієнт не бажає залучатися або ж не має доступу до отримання лікування за допомогою ТФ-КПТ;
- на цьому етапі обставини пацієнта не є достатньо стабільними, щоб почати психологічне травмофокусоване лікування (наприклад, внаслідок тяжкого тривалого стресу через насильство в сім'ї);
- пацієнт має додаткові проблеми з психічним здоров'ям (наприклад, страждає через депресію чи має виразні ознаки дисоціації);
- не досягнуто поліпшення стану внаслідок запровадження ТФ-КПТ.

Додатково (але не як монотерапію) використовують симпатолітики, антиконвульсанти (клоназепам у дозуванні 0,25–3,0 мг/добу; вальпроєва кислота або вальпроат натрію [Депакін] у дозуванні 750–1750 мг/добу), атипіві нейролептики (рисперидон, оланзапін, кветіапін).

Якщо спостерігається значне порушення сну, яке не вдається усунути завдяки заспокоєнню, може бути доцільним короткострокове застосування психологічної допомоги або іншого немедикаментозного втручання, чи застосування снодійного лікарського препарату в помірних дозуваннях. Зокрема, рекомендовано препарати нового покоління небензодіазепінів (наприклад, золпідем, зопіклон), які мають перевагу щодо безпеки завдяки їх короткому періоду напіввиведення і зниженню ризику залежності.

Бензодіазепіни можуть бути ефективними в разі хронічного безсоння, але здатні чинити значні несприятливі

наслідки (седативний ефект, інтоксикація) і пов'язані з ризиком розвитку залежності. Якщо порушення сну триває довше ніж місяць і лікарський препарат не допомагає впоратися із ПТСР, слід розглянути можливість призначення відповідного антидепресанту. Ризики розвитку звикання і залежності є відносними протипоказаннями до застосування снодійних засобів упродовж більш ніж місяць, за винятком, коли їх використання має непостійний характер. У разі, якщо на тлі здійснюваної терапії нічні кошмари не піддаються тамуванню, терапевт індивідуально розглядає можливість додаткового лікування празозином.

Якщо немає адекватної відповіді на фармакотерапію щодо зменшення ознак ПТСР, слід провести додаткові консультації з фахівцями, щоб визначити доцільність:

- 1) збільшення дози в межах затверджених лімітів;
- 2) переведення на альтернативний антидепресант;
- 3) додавання празозину, рисперидону або оланзапіну як додаткових засобів;
- 4) перегляду потенціалу для психологічного втручання.

За позитивної динаміки у відповідь на здійснювану терапію медикаментозне лікування має тривати не менш ніж 12 місяців до поступового скасування препаратів.

Інші методи терапії

Акупунктура можливо розглядати як потенційний спосіб додаткового впливу для осіб, які не мають позитивного відгуку на травмофокусовану психотерапію або фармакотерапію. Транскраніальні магнітні стимуляції — застосування пульсуючого струму високої інтенсивності за допомогою електромагнітної котушки, розташованої з обох боків голови. Це безболісний неінвазивний метод стимуляції кіркових нейронів, що у деяких спостереженнях продемонстрував ефективність при тамуванні симптомів ПТСР [24]. Загальна тривалість терапії за гострого ПТСР становить у середньому 6–12 місяців, за хронічного — близько 12–24 місяців, а за хронічного ПТСР із резидуальними симптомами — від 24 місяців.

Реабілітація пацієнтів

Важливим етапом допомоги пацієнтам відповідного профілю є реабілітаційна робота з ними. Для цього оптимальним є залучення мультидисциплінарної бригади [25]. Кінцевою метою реабілітації є перехід від деструктивних форм подолання дистресу на тлі пасивної соціальної позиції до активної соціальної позиції з конструктивними формами поведінки. В ідеалі профілактичні заходи мають здійснюватись до виникнення стресової ситуації. Їх можна реалізовувати у вигляді психоосвіти, тренінгів стресостійкості, занять у групах взаємної психологічної підтримки [26, 27]. Якщо говорити про психоосвіту, найприйнятнішою є трьохетапна структура психоосвітньої роботи, яка охоплює вивчення інформаційних потреб пацієнтів та їхнього ближнього кола спілкування, збір доказових даних і створення інформаційного модуля, апробацію та оцінювання ефективності втручання.

Література

1. Watson G.G. Appendix: PTSD interview (PTSD-I) DSM-III version. *J. Clin. Psychol.* 1991, № 47. P.186–188.
2. Краерлін Е. Введение в психиатрическую клинику / пер. с нем. М., 1923. 458 с.
3. Юр'єва Л.М. та ін. Невротичні, соматоформні розлади та стрес. Дніпропетровськ, 2005. 96 с.

4. Horowitz M.J., Weis O. S. Mannar C. Diagnosis of posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Mem Dis.* 1980. Vol. 175, № 5. P. 267–268.

5. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. 155 с.

6. Davidson J., Hugnes D., Blazer D., George L.K. Post-traumatic stress disorder in the community An. epidemiological study. *Psychological Medicine.* 1991. Vol. 21. P. 713–721.

7. Skrypnikov A., Isakov R. Specific of social support and guilt, anxiety and stress in family relations in women with depressive disorders of different genesis and psychosocial maladaptation. *Norwegian Journal of development of the International Science.* 2019. № 32. P. 13–21.

8. Kinzie J. D., Leung P. Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1989. Vol. 177, № 9. P. 546–550.

9. Michels R. Psychotherapeutic approaches to the treatment of anxiety and depressive disorders. *J. Clin. Psychiatry.* 1997. Vol. 58, № 13. P. 30–32.

10. Zilberg N. J., Weiss D. S., Horowitz M. J. Impact of Event Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1982. Vol. 50, № 3. P. 407–414.

11. Spitzer R. L., Rounsaville B. J., Kosten, T. R., Williams, J. B. A field trial of DSM-III-R psychoactive substance dependence disorders. *The American Journal of Psychiatry.* 1987. Vol. 144, № 3. P. 351–355.

12. Keane N.M. Mississippi Scale for Combat-Related PTSD Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clin. Psychol.* Vol. 66. P. 914–923.

13. Pearlin L.I. The social contexts of stress. Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects / Eds. L. Goldberger, S. Breznitz. N.Y.: The Free Press, 2012. P. 367–379.

14. Keane T.M. PTSD Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clin. Psychol.* 1987. Vol. 43. P. 32–43.

15. Maruta N., Pan'ko T., Fedchenko V., Kutikov O. The role of psycho-traumatization factors in formation of anxious-phobic disorders. Abstr. WPA International Congress 2012 (17–21 october, Prague). Ceska a slovenska psychiatrie. 2012. P. 251.

16. Котенев И.О. Психологическая диагностика постстрессовых состояний у сотрудников органов внутренних дел: метод. пособие для практических психологов. М.: МЦ при ГУК МВД России, 1996. 40 с.

17. Foa E.B., Rothbaum B.O. Treating the trauma of rape Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York. Guilford Press.

18. Koopman C Classen C., Spiegel D. at all. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Okland. *Amer. J. Psychiat.* 1994. Vol. 154, № 6. P. 888–894.

19. Foa E.B., Davidson I.R.T., Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *J. Abnorm. Psychol.* 1991. Vol. 100, № 3. P. 346–355.

20. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia.* Vol. 67. P. 361–370.

21. Cain D.J., Seeman J. Defining characteristics, history, and evolution of humanistic psychotherapies. Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice Washington, DC: American Psychological Association. 2002. P. 3–54.

22. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing and the anxiety disorders Clinical and research implications an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders.* 1999. Vol. 13. P. 35–67.

23. Bugental J. F. T. Closing statements. Schneider K.J., Bugental J. F.T., Pierson J.F. (Eds.). The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2001. P. 667–668.

24. Breslau N., Davis G.C., Peterson E.L., Schultz L. Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry.* 1997. Vol. 54. P. 81–87.

25. Feldmann T.B., Bell R.A. Juror stress: identification and intervention. *Bull. Am. Acad. Psychiatry. Eaw.* 1993. Vol. 21, № 4. P. 409–417.

26. Кожина А.М. та ін. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. *Український вісник психоневрології.* 2015. Том 23. Вип. 2, № 83 С. 109

27. Krupnick J.L., Green B.L., Miranda J. Interpersonal psychotherapy for low-income women with PTSD. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2000. Vol. 57. P. 459–466.