

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
АСОЦІАЦІЯ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ  
ВСЕУКРАЇНСЬКЕ ГРОМАДСЬКЕ ОБ'ЄДНАННЯ РОДИН ЗАГИБЛИХ  
ТА БЕЗВІСТИ ЗНИКЛИХ, УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ,  
ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ТА АКТИВІСТІВ ВОЛОНТЕРСЬКОГО РУХУ  
«КРИЛА 8 СОТНІ»

**ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД**

АДАПТОВАНА КЛІНІЧНА НАСТАНОВА,  
ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ

**Склад  
 мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання медико-  
 технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах  
 доказової медицини пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом**

Пінчук Ірина Яківна	директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Наркологія, Психіатрія»;
Марценковський Ігор Анатолійович	керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча психіатрія»;
Талаєва Тетяна Володимирівна	Генеральний директор Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», д.мед.н., професор;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», ст.н.с., к.мед.н.;
Болтоносів Сергій Васильович	лікар-психіатр консультативно-поліклінічного відділення Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;
Бурлачук Олег Леонідович	генеральний директор першого українського видавництва психологічних тестів «ОС України»;
Гідзинська Ірина Миколаївна	завідувач консультативно-діагностичного центру (КДЦ) терапевтичного відділення КДЦ Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.;
Глузман Семен Фішелевич	президент Асоціації психіатрів України;
Грилюк Сергій Михайлович	начальник управління психологічного забезпечення Головного управління по роботі з особовим складом Збройних Сил України;
Гурський Сергій Юрійович	т.в.о. начальника відділу психологічного забезпечення Департаменту кадрового забезпечення МВС України;
Друзь Олег Васильович	головний психіатр Міністерства оборони України;
Зборовський Олександр Михайлович	докторант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н.;
Ісаєнко Василь Миколайович	старший офіцер – головний психіатр військово-медичного управління Національної гвардії України;
Корнацький Василь Михайлович	головний лікар, заступник директора з клінічної роботи Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», д.мед.н., професор;

Ладик-Бризгалова Аліса Костянтинівна	молодший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;
Левада Олег Анатолійович	завідувач курсу психіатрії кафедри загальної практики - сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», д.мед.н., доцент;
Лінський Ігор Володимирович	керівник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», д.мед.н., професор;
Лукичева Ірина Володимирівна	голова громадської спілки «Всеукраїнське громадське об'єднання родин загиблих та безвісти зниклих, учасників антитерористичної операції, ветеранів війни та активістів волонтерського руху «Крила 8 сотні»»;
Марута Наталія Олександрівна	заступник директора з наукової роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», завідувач відділом невротів та пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», голова Експертної проблемної комісії МОЗ та НАМН України «Психіатрія. Медична психологія», д.мед.н., професор;
Марценковська Інна Іванівна	провідний науковий співробітник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.мед.н.;
Матвієць Людмила Григорівна	асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.;
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;
Михайлов Борис Володимирович	завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальностей «Медична психологія» та «Психотерапія»;
Мороз Галина Зотівна	професор кафедри військової загальної практики – сімейної медицини Української військово-медичної академії, головний науковий співробітник Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, д.мед.н., професор;
Погорілий Володимир Віталійович	психотерапевт Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1;
Сичевський Анатолій Станіславович	начальник Центру психологічного забезпечення підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту Державної служби України з надзвичайних ситуацій, к.психол.н.;

Фельдман Альберт	військовий психолог;
Фільц Олександр Орестович	професор кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор;
Хаустова Олена Олександрівна	завідувач відділу психосоматичної медицини та психотерапії Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.мед.н.;
Чабан Олег Созонтович	завідувач кафедри психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор;
Чижевський Сергій Олександрович	старший офіцер служби Головного управління Національної гвардії України, підполковник;
Шестопалова Людмила Федорівна	керівник відділу медичної психології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», д.психол.н., професор.

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

Горох Євгеній Леонідович	начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.техн.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

**Державний експертний центр МОЗ України є членом**

**Guidelines International Network**  
(Міжнародна мережа настанов)



**ADAPTE (Франція)**  
(Міжнародний проект з адаптації клінічних настанов)



**Рецензенти:**

- Осьодло Василь Ілліч    начальник кафедри суспільно-гуманітарних наук Національного університету оборони України імені Івана Черняховського, полковник, д.психол.н., професор;
- Тімченко Олександр  
Володимирович    головний науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології науково-дослідного центру Національного університету цивільного захисту України, д.психол.н., професор;
- Юр'єва Людмила  
Миколаївна    завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», академік Академії Наук вищої освіти, д.мед.н., професор.

**Перегляд адаптованої клінічної настанови заплановано на 2019 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	Число досліджень, дані з яких були використані для розробки настанови
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
ГСП	Гострий стресовий розлад
ДІ	Довірчий інтервал
ДПРО	Десенсибілізація та переробка рухом очей
ДТП	Дорожньо-транспортна пригода
ІМАО	Інгібітор моноаміноксидази
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)
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

## Синтез настанови

За прототип Адаптованої клінічної настанови «Посттравматичний стресовий розлад» взято Клінічну настанову «**Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder**» (2007, 2013)

**Додаткові докази включені з наступних джерел:**

1. «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress», 2010
2. «Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress», WHO, 2013

### ***Передмова робочої групи з адаптації клінічної настанови за темою «Посттравматичний стресовий розлад»***

*Впродовж останніх десятиріч у всьому світі для забезпечення якості і ефективності медичної допомоги, для створення якісних клінічних протоколів (Clinical Pathway) та/або медичних стандартів (МС) як третинне джерело доказової медицини використовуються клінічні настанови (КН).*

*Клінічна настанова (Clinical practice guidelines) – це документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, і має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях.*

*Відповідно до положень наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313, створення КН в Україні здійснюється шляхом адаптації вже існуючих КН, які розроблені на засадах доказової медицини у відомих світових центрах – NICE (Англія), SIGN (Шотландія), AHRQ (США), HEN WHO (ВООЗ), NZGG (Нова Зеландія) та ін. КН, які розроблені на науковій основі, мають основні ознаки, що відповідають назві, визначенню та змісту КН, а саме:*

- наявність переліку членів мультидисциплінарної робочої групи;
- наявність зовнішніх рецензентів;
- визначення дати перегляду КН;
- наявність шкали рівнів доказів у КН;
- список першоджерел літератури (статті за результатами РКД, метааналізи, огляди літератури) тощо.

*Адаптована КН за темою «Посттравматичний стресовий розлад» створена мультидисциплінарною робочою групою МОЗ України на основі оригінальної КН «Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder», 2007/2013 років, яка була попередньо оцінена групою експертів за допомогою Опитувальника AGREE. Результати оцінки задокументовані і зберігаються у робочих матеріалах групи. Механізм адаптації передбачає внесення в оригінальний текст КН, який залишається незмінним, Коментарів робочої групи, в яких відбивається можливість виконання тих чи інших положень КН в реальних умовах нашої національної системи охорони здоров'я, доступність медичних втручань, наявність зареєстрованих в Україні ліків, що зазначені у КН, відповідність нормативної бази щодо організаційних засад надання медичної допомоги тощо.*

*Запропонована адаптована 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. Адапована КН «Посттравматичний стресовий розлад», 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.*

*Клінічна настанова – це рекомендаційний документ з найкращої медичної практики, заснованої на доказах ефективності, в першу чергу, для практикуючих лікарів, які надають як первинну, так і вторинну медичну допомогу.*

*На основі адаптованої КН «Посттравматичний стресовий розлад» робоча група розробила Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Посттравматичний стресовий розлад», у якому використані доказові положення адаптованої КН щодо ефективності медичних втручань, які також слугували основою для визначення індикаторів якості надання медичної допомоги пацієнтам з ПТСР.*

*Представлена адаптована КН має бути переглянута не пізніше 2019 р. мультидисциплінарною робочою групою за участю головного позаштатного спеціаліста МОЗ України, практикуючих лікарів, які надають первинну і вторинну медичну допомогу, науковців, організаторів охорони здоров'я, представників громадських організацій, які зацікавлені у підвищенні якості медичної допомоги, та інших.*

## **ПЕРЕДМОВА**

Дана клінічна настанова (КН) містить рекомендації про найбільш ефективні засоби надання допомоги дітям, підліткам і дорослим, які зазнали впливу потенційно травматичних подій (ПТП), а також особам з гострим стресовим розладом (ГСР) чи посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Клінічна настанова була розроблена для використання: а) широким колом лікарів-терапевтів, лікарів загальної практики, психіатрів та лікарів, які практикують у сфері захисту психічного здоров'я для планування та проведення лікувальних заходів в клінічних умовах; б) особами, які зазнали психічної травми і приймають рішення щодо власного лікування; і в) фінансовими органами, що ухвалюють рішення про закупівлю тих чи інших послуг. Очікуваним результатом, що передбачається даною настановою, є зростання виявлення випадків ГСР та ПТСР, підвищення поширеності використання науково-обґрунтованих засобів надання медичної допомоги і, в кінцевому рахунку, покращення результатів лікування в осіб, що постраждали від психотравми. Головним є те, що дані рекомендації призначені для супроводження ведення практики, а не для директивного їх дотримання. Мають бути прийняті до уваги унікальні обставини та загальні потреби в психічному здоров'ї кожної людини.

Рекомендації були розроблені групою провідних австралійських експертів з психотравми спільно з представниками професійних асоціацій психіатрів, психологів, терапевтів, соціальних працівників, фахівців з трудотерапії, медичних сестер психіатричних установ, шкільних консультантів та користувачів послуг. Рекомендації базуються на найкращому практичному досвіді, що був отриманий за допомогою систематичного огляду австралійської і міжнародної літератури по психотравмі.

Деякі основні рекомендації полягають у наступному:

- Не рекомендується проводити психологічний дебрифінг на загальній основі, не рекомендується неселективно використовувати психологічний дебрифінг після виникнення ПТП. Потенційно після травматичної події рутинні психологічні консультації не рекомендуються. Найкращим підходом до надання допомоги людям після отримання ними потенційно



травматичного досвіду є практична та емоційна підтримка, заохочення використання адаптивних копінг-стратегій та соціальної підтримки.

- Найкращим підходом до лікування ПТСР у дорослих є травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) або десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО). Ці психологічні методи лікування включають техніку конфронтації зі спогадами про травматичну подію та примирення з отриманим досвідом.

- Не повинна надаватися перевага фармакологічним засобам перед ТФ-КПТ, але їх використання може розглядатися в тому випадку, коли людина не готова чи не бажає залучатися, або не має доступу до отримання лікування за допомогою ТФ-КПТ, якщо дані особи мають додаткові проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія, або вони не отримали покращення від застосування ТФ-КПТ. У випадку застосування фармакологічних засобів, перевага повинна віддаватися селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС).

- Найкращим підходом для лікування психотравми у дітей дошкільного віку та підлітків є ТФ-КПТ. Однак вона має застосовуватися з урахуванням рівня розвитку кожної конкретної дитини чи підлітка.

- Залучення батьків та/або осіб, які здійснюють догляд, дуже важливе при роботі з дітьми і підлітками, так як саме вони зазвичай направляють їх для обстеження та лікування. Крім того, діти – це частина системи (зазвичай сім'ї), тому при обстеженні і лікуванні необхідно брати до уваги всю систему.

В останньому розділі наводяться рекомендації для практикуючих лікарів про особливості застосування КН для конкретних груп осіб або типів травм. Групи осіб включають аборигенів і жителів острова протоки Торрес, біженців та шукачів притулку, військових і колишніх військових, персоналу аварійно-рятувальних служб та літніх людей, а типи травмуючих подій включають дорожньо-транспортні пригоди (ДТП), насильство, сексуальне насильство, стихійні лиха і тероризм.

## РЕЗЮМЕ

У 2007 році Національна рада охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC) схвалила першу Австралійську настанову для лікування дорослих з ГСР і ПТСР. Нинішня Австралійська настанова для лікування ГСР і ПТСР є оновленою, переопрацьованою і розширеною оригінальною настановою. Найбільш значною зміною настанови розширилася з метою надання рекомендації щодо лікування дітей і підлітків, а також дорослих.

**Розділ 1. Вступ** містить огляд процесу розробки рекомендацій і деталізує їх завдання й обсяг. Група розробників КН була створена з основної групи розробників, до якої увійшли клінічні і наукові експерти в області травматичного стресу, і широкої міждисциплінарної групи, що складалась з практикуючих фахівців у сфері психічного здоров'я, представників професійних об'єднань і людей, постраждалих від психотравми. Робота групи з розробки рекомендацій проводилась під наглядом керівного комітету та за підтримки незалежного експерта з систематичного огляду літератури та проектної групи з Австралійського центру посттравматичного психічного здоров'я (АСРМН).

Рекомендації, що впливають із систематичного огляду, диференціюються у відповідності з системою класифікації NHMRC (2005):

- **Ступінь А** – Існуючій сукупності доказів можна довіряти для використання у практиці
- **Ступінь В** – Існуючій сукупності доказів можна довіряти для використання у практиці у більшості випадків
- **Ступінь С** – Існуюча сукупність доказів забезпечує певну підтримку даних рекомендацій, але слід проявляти обережність при їх застосуванні
- **Ступінь D** – Існуюча сукупність доказів є слабкою і рекомендації повинні застосовуватися з обережністю.

У випадках, для яких не було достатніх наукових доказів для формування рекомендації, було застосовано експертний клінічний консенсус, що позначається як Пункти консенсусу (СР); використовується, коли дослідницьке питання було поставлене, але ніяких доказів не було

знайдено) або як Рекомендації з належної практики (GPP; використовується там, де дослідницьке питання не ставиться). Сфери, для яких є необхідність у проведенні подальших дослідженнях, відзначені як Рекомендації з досліджень (RR).

Головне, що рекомендації не є обов'язковими для застосування. При застосуванні настанови у повсякденній клінічній практиці практичні лікарі повинні використовувати свій досвід і знання, і всі клінічні втручання повинні здійснюватись зі співчуттям і чуйністю.

**Розділ 2. Психічна травма та реакції на психотравму** містить довідкову інформацію про психічну травму і реакції на неї. Хоча основна увага даних рекомендацій приділяється ГСР і ПТСР, також відзначається діапазон можливих реакцій, включаючи психологічну стійкість як звичайний результат впливу психотравми.

ГСР та ПТСР характеризуються чотирма типами симптомів: симптоми повторного переживання травматичної події, такі як нав'язливі спогади чи сни; симптоми уникнення, такі як уникнення думок, почуттів і місць, пов'язаних з травматичною подією; симптоми заціпеніння, такі як почуття відстороненості від інших; і симптоми підвищеної збудливості, такі як поганий сон, дратівливість і надмірна настороженість. Є дві ключові відмінності між ГСР та ПТСР. По-перше, на відміну від ПТСР, при ГСР особливий акцент ставиться на наявності симптомів дисоціації, а саме відчутті відстороненості та приголомшеності, деперсоналізації і дереалізації. Друга відмінність полягає у тривалості симптомів; ГСР діагностується у період від двох днів до одного місяця після впливу травматичної події, в той час як ПТСР діагностується в період, як мінімум, одного місяця після травматичної події.

Поширеність ПТСР з точки зору тривалості життя варіює в межах від 5-10%. Ймовірність розвитку ПТСР варіює залежно від характеру події. В цілому, найвищі показники поширеності ПТСР пов'язані зі зґвалтуванням та іншими сексуальними посяганнями; найнижчий показник пов'язаний зі стихійними лихами і випадками, коли людина стає свідком нанесення шкоди іншим. Зазвичай, воно варіюється в залежності від характеру тієї або іншої події, що впливає на особу. У випадках хронічного ПТСР (більше трьох місяців), близько 85% мають коморбідні психічні розлади.

Інформація про скринінг, оцінку (у тому числі індивідуальних здібностей), постановку діагнозу та планування лікування, а також перелік рекомендацій з належної практики наведено у Розділі 2. Серед ключових практичних рекомендацій наступні:

- Для осіб, які звертаються до закладів первинної медичної допомоги з повторюваними неспецифічними проблемами з фізичним здоров'ям, лікарям рекомендовано проводити скринінг для виявлення психологічних причин, в тому числі, проводити опитування щодо того, чи зазнавала людина впливу травмуючої події з описом деяких прикладів таких подій.

- Необхідно провести ретельну оцінку, що охоплює відповідну історію життя (у тому числі історію психотравми), ПТСР та супутні діагнози, загальний психічний стан (зазначаючи ступінь коморбідності), фізичне здоров'я, вживання психоактивних речовин, сімейну ситуацію, рівень соціального функціонування та професійної працездатності, якості життя.

- Розвиток міцного терапевтичного альянсу слід розглядати як необхідну основу для проведення конкретних психологічних втручань і може вимагати додаткового часу для людей, які зазнали тривалої і/або багаторазової психічної травми.

- Відповідні цілі лікування повинні бути адаптовані до унікальних умов та, в цілому, до потреб особистості у психічному здоров'ї і встановлені у співпраці з пацієнтом.

**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**, в тому числі ті, що підтверджуються доказовою базою, а також ті, що не мають наукового обґрунтування.

Розділ включає опис профілактичних заходів, спрямованих на формування психологічної готовності, психологічних втручань при ГСР та ПТСР, фармакологічних втручань при ПТСР, психологічної реабілітації при ПТСР, фізичної терапії при лікуванні ГСР та ПТСР і психологічних втручань для дітей і підлітків.

**Розділ 5. Огляд доказів і рекомендації з лікування.** Наводиться резюме інформації, отриманої від систематичного огляду австралійської і міжнародної літератури і рекомендацій.

**Ключовими рекомендаціями настанови є наступні:**

#### **Психологічні втручання для дорослих**

**Ступінь В.** Одноразове структуроване психологічне втручання, таке як психологічний дебрифінг, не повинно застосовуватись на загальній основі під час гострої фази для попередження ПТСР у дорослих, що зазнали впливу ПТП.

**Ступінь С.** Для дорослих, які упродовж перших чотирьох тижнів після ПТП проявляють симптоми, що відповідають ГСР або ПТСР, за результатами ретельного клінічного обстеження, має бути розглянуто застосування індивідуальної ТФ-КПТ, включаючи експозиційну та/або когнітивну терапію.

**Ступінь А.** Дорослим з ПТСР повинна бути запропонована ТФ-КПТ або ДПРО.

#### **Фармакологічні втручання для дорослих**

**Ступінь D.** У дорослих, які зазнали впливу ПТП, медикаментозне лікування не повинно використовуватися у тих, хто піддається профілактичному втручанням.

**Ступінь С.** Рутинне застосування фармакотерапії для лікування ГСР або на початку ПТСР (тобто, протягом чотирьох тижнів після появи симптомів) у дорослих не рекомендується.

**Ступінь В.** Фармакологічні втручання при ПТСР не повинні рутинно застосовуватися в якості початкового лікування у дорослих, на противагу ТФ-КПТ чи ДПРО.

**Ступінь С.** Якщо розглядається фармакотерапія для лікування ПТСР у дорослих, такі антидепресанти, як СІЗЗС слід вважати препаратами першого вибору.

**GRP** Такі антидепресанти, як СІЗЗС повинні бути розглянуті для лікування ПТСР у дорослих, якщо:

а) особа не бажає або не в змозі займатися або не має доступу до психологічного травмофокусованого лікування;

б) особа має супутні стани або пов'язані з ними симптоми (наприклад, важка депресія і високий рівень дисоціації), де показані інгібітори зворотного захоплення серотоніну;

в) обставини цієї особи не є достатньо стабільними, щоб почати психологічне травмофокусоване лікування (в результаті, наприклад, важкого тривалого стресу, наприклад, насильство в сім'ї);

г) особа не отримала суттєвої користі від психологічного травмофокусованого лікування.

#### **Психологічні втручання для дітей і підлітків**

**Ступінь В.** Дітям, які зазнали впливу ПТП, не повинно пропонуватися проведення психологічного дебрифінгу.

**Ступінь С.** Для дітей шкільного і старшого віку з ПТСР має розглядатися використання ТФ-КПТ, адаптованої у відповідності до рівня розвитку.

**Ступінь С.** Для дітей після перенесеної травми з симптомами ПТСР, під час якої вони повторно переживали одну і ту саму подію, має розглядатися використання ТФ-КПТ на базі школи, спрямованої на зменшення симптомів посттравматичного стресу.

**Фармакологічні втручання у дітей і підлітків**

**Ступінь D.** У дітей, які зазнали впливу ПТП, фармакотерапія не повинна використовуватися як профілактичне втручання.

**Ступінь D.** У дітей і підлітків з ПТСР фармакотерапія не повинна використовуватися рутинно як початкове лікування, на противагу ТФ-КПТ.

**Ступінь D.** У дітей і підлітків з ПТСР фармакотерапія не повинна використовуватися рутинно в якості додаткової до ТФ-КПТ.

Повний список рекомендацій даної Настанови наведений у кінці цього розділу.

**Розділ 6. Економічні міркування** підкреслює економічні наслідки ПТСР. Було виявлено, що ПТСР асоціюється з більшою інвалідністю, ніж інші психічні або фізичні розлади, і має більш високі витрати на охорону здоров'я, ніж депресія і тривога. Була проведена комплексна економічна оцінка наслідків основних рекомендацій настанови, яка доступна у вигляді окремого документа на додаток до настанови. Економічна оцінка показала, що перехід від нинішньої практики з рекомендованою психологічною та фармакологічною терапією ПТСР буде економічно ефективним.

**Розділ 7. Специфічні групи населення і види травм: питання для розгляду при застосуванні настанови.** Містять рекомендації щодо питань, які слід враховувати при застосуванні настанови для конкретних груп населення, в яких після травми розвивається ПТСР, і при роботі з особливими видами травми. Спільним для багатьох з цих груп травмованих є вплив поступального і/або багаторазового травматичного досвіду, і в деяких випадках зберігається загроза подальшого впливу. Крім основних симптомів ПТСР, більш імовірним є виникнення труднощів, пов'язаних з імпульсивністю, проблемами з емоційною регуляцією, особистісні порушення, дисоціативні симптоми, саморуйнівна поведінка, порушення сексуальної експресії і соматичні симптоми.

До специфічних груп, які розглядаються у цьому розділі, належать наступні:

- Аборигени і жителі острова протоки Торрес
- Біженці та шукачі притулку
- Військові і колишні військовослужбовці
- Персонал аварійно-рятувальних служб
- Літні люди.

До категорій травматичних подій, що розглядаються у цьому розділі, належать наступні:

- Дорожньо-транспортні пригоди
- Злочини
- Сексуальне насильство
- Стихійні лиха
- Тероризм.

Ці рекомендації дійсні протягом п'яти років і потребуватимуть оновлення в 2017 році.

**ПОВНИЙ СПИСОК МЕТОДИЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ**

Наукові докази і/або думки експертів, що лежать в основі цих рекомендацій, наведені у повному тексті документа. Для кожної рекомендації наведено відповідний розділ документа. Система градації для кожної рекомендації повністю роз'яснюється далі в документі (див. Розділ 5).

В якості короткого опису процесу першим кроком було оцінити міцність доказової бази дослідження (засновані, наприклад, на обсязі доказів, їх узгодженості, узагальненості і таке інше). Потім робоча група узагальнила рекомендації і дала кожній оцінку для того, щоб відмітити доказову міцність рекомендації з метою надання допомоги користувачам у прийнятті клінічних рішень. Оцінка базується на міцності доказової бази, але не обов'язково є її прямим

відображенням. Рекомендації ранжуються від А до D, де А має найвищі показники. Ступінь А вказує на те, що сукупності доказової бази можна довіряти під час застосування рекомендації на практиці. Ступінь В вказує на те, що сукупності доказової бази можна довіряти під час застосування рекомендації на практиці в більшості ситуацій. Ступінь С вказує на те, що сукупність доказової бази забезпечує певну підтримку рекомендації, але слід проявляти обережність при її застосуванні. Ступінь D вказує, що сукупність доказової бази є слабкою і рекомендації повинні застосовуватися з обережністю. У випадках, для яких не було достатніх наукових доказів для формування рекомендації, було застосовано експертний клінічний консенсус, що позначається як Пункти консенсусу (СР; використовується, коли дослідницьке питання було поставлене, але ніяких доказів не було знайдено) або як Рекомендації з належної практики (GPP; використовується там, де дослідницьке питання не ставиться). Сфери, для яких є необхідність у проведенні подальших дослідженнях, відзначені як Рекомендації з досліджень (RR). Будь-ласка, зверніть увагу на використання скорочених форм ПТСП та ГСР.

Як зазначалося в Розділі 1, ці рекомендації призначені не для неухильного використання, а в якості настанови для прийняття відповідних заходів у контексті унікальності обставин кожної людини та її загальних потреб з охорони психічного здоров'я. Практичні лікарі повинні використовувати їх досвід і знання під час застосуванні цієї Настави в повсякденній клінічній практиці та всі клінічні втручання повинні супроводжуватися співчуттям і чуйністю.

## **Психічна травма та реакції на психотравму**

### **Скринінг, діагностика та постановка діагнозу**

GPP1 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.

**Коментар робочої групи:** *Якщо людина відзначає будь-яку подію в опитувальному аркуші, то рекомендується застосувати інструменти скринінгу ПТСП.*

*Існує ряд методів скринінгу ПТСП, які використовуються в даний час (див. Брєвін, 2005, нещодавні огляди). Вони включають в себе (SPAN. Мельцер-Броді та ін, 2004: 4 шт); BPTSD-6, DRPST (Чоу та ін., 2003: 7 найменувань) (Фуллerton ін., 2000) опитувальники, опубліковані в КН ПТСП в США В.А./МО (США В.А./МО, 2004). Вибір методів невеликий. Нижче наведено приклад методу скринінгу (Бреслау та ін., 1999), який був затверджений дослідним шляхом.*

- 1. Ви уникаєте нагадувань про подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?*
- 2. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?*
- 3. Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?*
- 4. Вам важко переживати почуття любові або прихильності до інших людей?*
- 5. Ви почали відчувати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?*
- 6. У вас виникли проблеми з засинанням або сном?*
- 7. Ви стали більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рухи?*

*Дослідження встановили, що серед індивідуумів, які зазнали травми, 71% осіб, які відповіли позитивно на чотири або більше питань, був поставлений діагноз ПТСП, і у 98% людей, які відповіли позитивно на менш ніж чотири питання, ПТСП не було діагностовано. На основі цього, можна зробити висновок, що якщо людина відповідає позитивно на чотири або більше запитань з цього списку, то найбільш вірогідно у неї буде діагностовано ПТСП. Такий рівень діагностування відповідає або перевершує більш тривалі методи діагностики.*

GPP2 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.

**Коментар робочої групи:** *Автори «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress» (2010) зауважують, що через високу поширеність супутніх психічних захворювань у популяції пацієнтів з ПТСР, виправдано проводити скринінг депресії та інших психічних розладів. Пацієнти з ПТСР повинні регулярно оцінюватися з метою виявлення зловживання психоактивними речовинами або залежності (алкоголь, нікотин, наркотики).*

GPP3 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.

GPP4 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.

GPP5 Скринінг повинен проводитися в контексті системи обслуговування, яка включає належне надання послуг для тих, хто потребує допомоги.

GPP6 Будь-яка особа, яка отримала позитивні результати внаслідок проведення скринінгу, має отримати ретельне діагностичне обстеження.

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

GPP7 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.

**Коментар робочої групи:** *Автори «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress» (2010) стверджують, що діагноз ПТСР має бути встановлений на основі комплексного клінічного інтерв'ю, що оцінює всі симптоми, які характеризують ПТСР. Всі пацієнти, особливо старечого віку, повинні пройти обстеження психічного стану (MSE). Це стосується компетенції лікарів психіатричного профілю. Всі пацієнти з ПТСР мають бути оцінені з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінки (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічного здоров'я та токсикоманії, супутні захворювання (токсикоманія). Тому для уточнення діагнозу пацієнта необхідно направити до відповідного фахівця.*

GPP8 Оцінка повинна включати оцінку психічної стійкості і сильних сторін, а також «відповіді» на попередні лікувальні заходи.

GPP9 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.

GPP10 В рамках належної клінічної практики, оцінка повинна відбуватися в кількох часових точках після травмуючого впливу, зокрема, якщо особа проявляє ознаки ознаки триваючих труднощів або психологічного виснаження.

GPP11 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**

GPP12 Оцінка повинна охоплювати широке коло потенційних психічних проблем, пов'язаних з психічною травмою, окрім ПТСР, включаючи інші тривожні розлади, депресії і зловживання психоактивними речовинами.

### **Діагностичний інструментарій**

GPP13 Рекомендується, щоб лікар при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя керувався доступними схваленими методиками самозвіту та структурованими клінічними інтерв'ю.

GPP14 Рекомендується, щоб лікар також використовував методiku самозвіту в якості основи для своєї оцінки результатів лікування з плином часу.

### **Планування втручання**

GPP15 Лікарям-психіатрам рекомендується в своїх оцінках звернути увагу на наявність і тяжкість супутніх захворювань з метою розгляду наслідків таких захворювань для планування лікування.

GPP16 До лікування залишкової симптоматики необхідно звертатись після лікування симптомів ПТСР.

GPP17 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.

GPP18 Лікарі-психіатри повинні забезпечити чітке обґрунтування для лікування та сприяти отриманню надійного і тривалого результату лікування.

***Коментар робочої групи:** Автори «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress» (2010) зауважують, що у разі відмови пацієнта від консультації спеціаліста психіатричного профілю, моніторинг та лікування пацієнта проводить лікар первинної допомоги.*

*Пацієнти з ПТСР, які відчують клінічно значущі симптоми, у тому числі хронічний біль, безсоння, неспокій, повинні отримати необхідну допомогу.*

GPP19 Лікарі-психіатри та реабілітологи повинні працювати разом, щоб сприяти отриманню оптимальних психологічних та функціональних результатів.

GPP20 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.

### **Цілі лікування**

GPP21 Лікар повинен оцінити безпосередньо потреби в практичній і соціальній підтримці та забезпечити санітарно-освітню роботу і рекомендації, відповідно.

GPP22 Відповідна мета лікування повинна бути адаптована до унікальних умов і загальних потреб охорони психічного здоров'я конкретної особистості та встановлена у співпраці з пацієнтом.

GPP23 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**

GPP24 Рекомендоване лікування ПТСР має бути доступне для всіх постраждалих, незалежно від культурної чи мовної приналежності.

### **Вплив ПТСР на сім'ю**

GPP25 За можливості, члени сім'ї також повинні бути залучені в процес оцінки, санітарно-роз'яснювальної роботи і планування лікування. Їхні власні потреби повинні враховуватися разом з потребами пацієнта з ПТСР.

### **Загальні професійні питання**

GPP26 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.

GPP27 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.

GPP28 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.

GPP29 Для лікарів, які працюють у рамках організації, повинні існувати більш широкі алгоритми і практики, аби підтримувати окремих лікарів у процесі їх самопомоги.

## **Загальні міркування при роботі з дітьми і підлітками**

### **Діагностика**

GPP30 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.

GPP31 Діти і підлітки, як правило, залежать від дорослих, які звернулися за допомогою дитині. Це означає, що однаково важливо залучати та підтримувати відповідну мотивацію дорослих продовжувати допомогу дитині або підлітку.

GPP32 Оцінка дітей і підлітків повинна включати оцінку системи (зазвичай сім'ї), в якій вони живуть, так як їх симптоми будуть впливати і будуть перебувати під впливом того, що відбувається в системі.

GPP33 Рівень злагодженості між батьками/ особами, які здійснюють догляд, та дітьми щодо інтерналізації симптомів посттравматичних психічних проблем може бути дуже низьким. Практикуючі лікарі не повинні покладатися виключно на розповідь дорослих про симптоми дитини – навіть якщо дитина дошкільного віку. У тих випадках, коли діагностики потребують дуже маленькі діти (у віці 0-3 роки), вона повинна включати оцінку поведінки дитини з приділенням особливої уваги стадії розвитку і рівню прив'язаності. Деякі симптоми ПТСР, такі як почуття укороченого майбутнього і нездатність згадати деякі аспекти травми, навряд чи корисно відслідковувати в цій віковій групі.

GPP34 У дітей коло потенційних посттравматичних психічних проблем включає в себе поведінкові проблеми і проблеми із зосередженням уваги (такі як опозиційний розлад і синдром дефіциту уваги з гіперактивністю), а також тривожні розлади (такі як тривожні розлади сепарації та афективні розлади).

GPP35 Для дітей і підлітків застосування структурованого клінічного інтерв'ю користується більшою перевагою як спосіб діагностики, ніж опитувальник для постановки діагнозу.

### **Планування втручання**

GPP36 Як зазначалося вище, діти і підлітки зазвичай є залежними від дорослих, які мають забезпечити їх доступ до лікування і переконатися, що вони виконують призначення. Це означає, що однаково важливо залучатися підтримкою дорослих та підтримувати їх мотивацію у необхідності продовжувати надання допомоги, як у випадку дитини, так і підлітка.



GPP37 Для дітей і підлітків лікування повинно здійснюватися з урахуванням потреб розвитку особистості. Переважно треба використовувати протоколи, які були розроблені спеціально для дітей і підлітків, аніж намагатися модифікувати протоколи лікування, призначені для дорослих.

GPP38 У випадку, коли доросла особа, яка здійснює догляд за дитиною з ПТСР, також переживає посттравматичний психічний розлад, їх симптоми можуть посилювати один одного. З цієї причини може бути кращим лікувати особу, яка здійснює догляд, в першу чергу або паралельно.

GPP39 Під час лікування дітей і підлітків батьки/ особи, які здійснюють догляд, повинні бути в певній мірі залучені не тільки тому, що вони виконують роль посередників в плані доступу та продовження участі в терапії, але також через їх роль у наданні допомоги по узагальненню та підтримці результатів лікування, безпосередній участі у виконанні домашніх завдань (наприклад, система винагород) і забезпеченні важливої інформації, яку дитина могла забути, не усвідомлює або не визнає її важливість.

GPP40 Надання послуг на базі шкіл може бути ефективною стратегією для залучення і утримання дітей, підлітків та сімей в процесі лікування.

GPP41 Участь батьків/ осіб, які здійснюють догляд, в оцінці та лікуванні дітей і підлітків з ГСР або ПТСР є бажаною.

GPP42 Практичні лікарі, які надають психіатричну допомогу дітям, підліткам і дорослим з ГСР та ПТСР, незалежно від професійного досвіду, повинні пройти відповідну підготовку, щоб забезпечити адекватні знання і компетенції з метою надання рекомендованого лікування. Це вимагає підготовки фахівців понад базової психіатричної або консультативної кваліфікації.

### **Огляд доказів та рекомендації з лікування**

GPP43 Найкращі практичні процедури повинні бути прийняті при використанні психологічних, психосоціальних або фармакологічних методів лікування, у тому числі надання інформації перед початком, моніторингом і лікуванням побічних ефектів, моніторингом ризику суїциду і в разі фармакологічного втручання, відповідного припинення та скасування процедур.

#### **Ранні психологічні втручання для дорослих**

##### **Попередня підготовка готовності/нервово-психологічної стійкості**

CP1 У дорослих, ймовірно, схильних до ПТП, навчання готовності до інциденту сприятиме психологічній адаптації після випадку.

RR3 Існує нагальна необхідність в ретельно контрольованих дослідженнях з вивчення змісту і можливої користі від навчання готовності перед впливом травми.

#### **Ранні психологічні втручання для всіх**

##### **Рекомендація**

P1 У дорослих, які зазнали впливу ПТП, один сеанс структурованого психологічного втручання в гострій фазі, наприклад, психологічний дебрифінг, не повинні пропонуватись на регулярній основі для запобігання ПТСР

##### **Клас**

**B**

GPP44 У дорослих, які зазнали впливу ПТП, при необхідності, забезпечте практичну і емоційну підтримку, сприяйте способам управління дистресом і доступу до соціальної підтримки, а також сприяйте позитивним очікуванням.

GPP45 Дорослі, які зазнали впливу ПТП, які бажають обговорити досвід і продемонструвати здатність перенести пов'язаний дистрес, повинні бути підтримані в цьому. При цьому, практикуючий лікар повинен пам'ятати про потенційні негативні наслідки надмірного обговорення у тих, у кого дистрес.

GPP46 У дорослих, які зазнали впливу ПТП, рекомендується ступінчастий підхід допомоги з урахуванням індивідуальних потреб. Він повинен включати постійний моніторинг людей, які у більш тяжкому стані і/або в зоні підвищеного ризику несприятливого впливу на психічне здоров'я, з цілеспрямованою оцінкою та втручанням, коли показано.

GPP47 Для дорослих, у яких розвивається надмірний рівень стресу або які піддаються ризику заподіяння шкоди собі або іншим, рекомендується ретельна діагностична оцінка і відповідні втручання.

RR4 Зважаючи на важливість забезпечення кращої відповіді втручань для дорослих, які зазнали впливу ПТП у роботі з високим ризиком і суспільстві в цілому, майбутні дослідження повинні вивчити найбільш ефективну стратегію адаптації для всіх тих, хто піддається травматичній події.

### Психологічне лікування для дорослих з ГСР або гострим ПТСР

#### Рекомендація

P2 У дорослих з симптомами ГСР або ПТСР в перші чотири тижні після ПТП слід розглянути індивідуальну ТФ-КПТ, у тому числі експозиційну терапію та/або когнітивну реструктуралізацію, якщо показана після ретельного клінічного обстеження.

33,34,36-43

Клас  
С

### Психологічні втручання для дорослих з ПТСР

#### Рекомендація

P3 Дорослим з ПТСР повинна бути запропонована ТФ-КПТ або ДПРО.

P4 У тих випадках, коли симптоми не відповідають колу травмофокусованих втручань, необхідно розглянути інші науково-обґрунтовані не травмофокусовані засоби проведення втручання (такі як тренінг стрес-менеджменту).

Клас  
А  
D

*Коментар робочої групи: Серед важливих аспектів допомоги особам, які зазнали впливу травматичних подій, надання інформації у доступній формі щодо особливостей розвитку, перебігу і лікування ПТСР. Цей аспект проблеми детально розглядається в «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress» (2010). Освіта повинна включати в себе достатню інформацію щодо проявів ПТСР і того, чому можуть виникати поведінкові проблеми з родиною і друзями, професійні проблеми, а також щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю або інших психоактивних речовин. Освіта повинна також включати в себе позитивні повідомлення щодо вчасного виявлення та заохочення позитивних шляхів подолання ПТСР, описуючи прості стратегії, щоб впоратися з симптомами і проблемами, які розвиваються, а також установку на необхідність певного часу для оволодіння та/або відновлення. Вкажіть контактну інформацію, куди має звернутись пацієнт, якщо в нього з'являться симптоми ПТСР.*

Проведення формальної психотерапії не показано для безсимптомних осіб і може бути шкідливим.

CR2 На основі деяких доказів того, що експозиція *in vivo* (ступінчаста експозиція страшних / уникнутих ситуацій) сприяє користі лікування, рекомендується, щоб *in vivo* експозиція була включена в лікування.

GPP48 У випадках, коли симптоми не відповідають жодному з першочергових травмофокусованих форм терапії (ТФ-КПТ і ДПРО на додаток до експозиції у природних умовах), практикуючий лікар може розглянути альтернативну травмофокусовану форму втручання.

GPP49 Для осіб, які страждають на ПТСР з декількома супутніми проблемами, що виникли в результаті декількох травмуючих подій, в результаті переживання травматичної реакції на втрату або у випадках, коли ПТСР є хронічним і пов'язаний зі значною недієздатністю і великою кількістю супутніх захворювань, можуть знадобитися додаткові сеанси із застосуванням специфічних методів лікування для вирішення вищевказаних проблем.

GPP50 У випадках, коли дорослі отримали ПТСР та супутні захворювання в результаті тривалої і/або повторюваної травматичної події, може знадобитися більше часу для встановлення довірчого терапевтичного альянсу, необхідно буде приділити більше часу оволодінням навичками психоемоційного регулювання.

**Коментар робочої групи:** Автори «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress» (2010) зауважують, що пацієнти з множинними проблемами можуть отримати вигоду з міждисциплінарного підходу, який включає участь фахівців з психології і/або психіатрії, трудової терапії, соціальних працівників, духовне консультування, рекреаційну терапію. Лікарі первинної медичної допомоги мають взяти на себе функцію координатора в забезпеченні спільного міждисциплінарного підходу до лікування. Члени команди можуть включати в себе лікарів первинної медичної допомоги, фахівців в галузі психічного здоров'я, інших медичних фахівців (наприклад, неврологи, спеціалісти з управління болем), священників, пасторів, соціальних працівників, рекреаційних терапевтів, співробітників центрів підтримки сім'ї тощо.

GPP51 Прийом призначеного медикаментозного лікування може тривати, поки пацієнти отримують психологічні методи лікування, і будь-які зміни повинні відбуватися тільки у тісній співпраці з лікарем. Проте, деякі ліки, такі як бензодіазепіни, можуть створювати перешкоди для ефективних психологічних методів лікування.

GPP52 Сеанси з використанням імагінальної терапії можуть потребувати до 90 хвилин часу для уникнення передчасного припинення терапії у той час, коли рівень тривоги все ще залишається високим і для забезпечення належного управління дистресом.

RR5 Механізми, що лежать в основі ефективних методів лікування, повинні бути предметом систематичного дослідження.

RR6 Повинні бути проведені великі і добре контрольовані дослідження нових і виникаючих втручань з приводу ПТСР.

RR7 Необхідні подальші дослідження, щоб оцінити, в якій мірі лікування демонструє ефективність і дієвість при проведенні лікування неспеціалістами в реальних умовах. Увага дослідження не повинна обмежуватися тільки результатами, а повинна включати такі чинники, як ефективність витрат, прийнятність для практиків і пацієнтів, дотримання лікування та успіх тренінгу практикуючого спеціаліста.

### Індивідуальна чи групова терапія

#### Рекомендація

P5 Групова КПТ (травмофокусована або не травмофокусована) може бути передбачена в якості додаткової, але не повинна розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії.

**Клас**

**C**

### Самодопомога

#### Рекомендація

P6 ТФ-КПТ може бути запропонована по інтернету, на противагу відсутності втручання.

**Клас**

**C**

**Коментар робочої групи:** В Україні існують певні труднощі щодо впровадження положень доказової медицини в лікування пацієнтів з ПТСР – обмежена доступність психотерапевтичної допомоги для певних верств населення України, зокрема сільського. Психотерапія має бути основним методом лікування ПТСР, а також використовуватися в комплексі лікування і реабілітації пацієнтів.

Ще один підхід, який можна застосувати в Україні, полягає у наступному: в «Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress» фахівці ВООЗ зауважили, що хоча дослідження показують, що ТФ-КПТ є більш ефективною, ніж управління стресом, в умовах з обмеженими ресурсами рекомендації щодо управління стресом можуть бути найбільш реальним варіантом лікування пацієнтів з ПТСР.

### Ранні фармакологічні втручання у дорослих

#### Ранні фармакологічні втручання у всіх

#### Рекомендація

P7 У дорослих, які зазнали впливу ПТП, медикаментозне лікування не повинно

**Клас**

**C**

використовуватися як профілактичне втручання.

GPP53. Де значне порушення сну не виникає у відповідь на підбадьорення, гігієну сну і відповідні психологічні втручання, може бути корисним обережне обмежене за часом використання відповідних снодійних ліків у дорослих.

### Медикаментозне лікування дорослих з ГСР або гострим ПТСР

#### Рекомендація

Клас

P8 Рутинне застосування фармакотерапії для лікування ГСР або раннього ПТСР (тобто протягом чотирьох тижнів після появи симптомів) у дорослих не рекомендується.

D

GPP54 Фармакотерапія може бути показана, якщо тяжкість дистресу людини не може управлятися за допомогою лише психологічних засобів особливо, коли є тип крайнього гіперзбудження, порушення сну або нічні кошмари.

GPP55 У людей з попередніми психіатричними проблемами в анамнезі, які добре відповіли на лікування, призначення відповідних ліків повинно бути розглянуто, якщо поступово починають з'являтися клінічно значущі симптоми, такі як стійкі нав'язливі стани із збільшенням афективного дистресу.

GPP56 У дорослих з ГСР або раннім ПТСР, де значне порушення сну не усувається у відповідь на підбадьорення, гігієну сну і відповідні психологічні втручання, обережне й обмежене в часі використання відповідних снодійних засобів може бути корисним у дорослих.

RR8 Ефект медикаментозного лікування ГСР на подальший стан ПТСР і тяжкість після припинення ліків повинні бути досліджені. Ці дослідження можуть виходити за рамки загальних психотропних препаратів, щоб включати інші препарати, які показали ефективність, такі як наркотичні анальгетики, кортизол та алкоголь.

### Фармакологічні втручання для дорослих з ПТСР

#### Рекомендація

Клас

P9 Медикаментозне лікування ПТСР не повинно бути рутинним початковим лікуванням у дорослих, на противагу ТФ-КПТ або ДПРО.

B

P10 Якщо розглядається медикаментозне лікування ПТСР у дорослих, такі антидепресанти, як СИЗС слід розглядати в якості препаратів першого вибору.

C

GPP57 Такі антидепресанти, як СИЗС, повинні бути розглянуті для лікування ПТСР у дорослих, якщо:

- а) особа не бажає або не в змозі займатися або не має доступу до ТФ-КПТ;
- б) особа має супутній стан або пов'язані з ним симптоми (наприклад, важка депресія і високий рівень дисоціації), де показані інгібітори зворотного захоплення серотоніну;
- в) обставини цієї особи не є достатньо стабільними, щоб почати ТФ-КПТ (в результаті, наприклад, важкого триваючого стресу, наприклад, насильства в сім'ї);
- г) особа не отримала суттєвої користі від психологічної ТФ-КПТ.

**Коментар робочої групи:** в «Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress» (2013) фахівці ВООЗ вносять уточнення до показань щодо призначення антидепресантів: у разі, якщо рекомендації щодо управління стресом або ТФ-КПТ неефективні або не доступні; або якщо діагностована супутня помірна та важка депресія.

GPP58 У випадках, коли приймається рішення розпочати фармакотерапію, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб при необхідності почати допоміжне психологічне лікування. Тим часом, повинна бути запропонована підтримуюча психотерапія з істотною психолого-педагогічною складовою.

**Коментар робочої групи:** Автори «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress» (2010) рекомендують використання опитувальника PHQ-9 для оцінки симптоматики депресії в динаміці у пацієнтів з ПТСР.

GPP59 У випадках, коли спостерігається значне порушення сну або надмірній розлад неможливо усунути завдяки заспокоєнню, може бути доцільним короткострокове застосування психологічної допомоги або іншого не медикаментозного втручання, чи помірне застосування снодійного лікарського препарату. Якщо порушення сну триває більше одного місяця і лікарський препарат може допомогти впоратися з ПТСР, необхідно розглянути можливість призначення відповідного антидепресанту. Ризик розвитку звикання і залежності є відносними протипоказаннями до застосування снодійних протягом періоду більш ніж один місяць, за винятком випадків, коли їх використання носить непостійний характер.

**Коментар робочої групи:** Автори «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress» рекомендують починати лікування безсоння з немедикаментозних методів лікування, в тому числі гігієни сну і КПТ.

Призначення снодійних є другою лінією до управління безсонням і повинні бути використані тільки протягом коротких періодів часу. Рекомендовані препарати нового покоління не-бензодіазепінів (наприклад, золпідем, зоніклон), які мають перевагу безпеки в силу їх короткого періоду напіввиведення і зниження ризику залежності. Бензодіазепіни можуть бути ефективними при хронічному безсонні, але можуть мати значні несприятливі наслідки (седативний ефект, інтоксикації) і значний ризик залежності.

Якщо кошмари залишаються серйозними, розглянути додаткове лікування празозином\* [B].

Управління болем повинно мати мультидисциплінарний підхід, враховуючи фізичні, соціальні, психологічні та духовні компоненти болю в індивідуальному плані лікування, який адаптований до типу болю [C]. Больові синдроми опорно-рухового апарату можуть реагувати на корекції основного захворювання та лікування нестероїдними протизапальними препаратами. При необхідності, рекомендується використовувати немедикаментозні підходи для контролю болю, такі як біологічний зворотний зв'язок, масаж, фізіотерапія, і додаткові альтернативні методи (йога, медитація, акупунктура) [C].

\*Станом на 01.01.2016 Празозин не зареєстрований в Україні в якості лікарського засобу.

GPP60 Якщо симптоми адекватно не відповіли на фармакотерапію, повинні бути проведені додаткові консультації з фахівцем в цій області, щоб визначити доцільність:

- а) збільшення дози в межах затверджених лімітів
- б) переключення на альтернативний антидепресант
- в) додавання празозину, респеридону або оланзапіну в якості додаткових засобів
- г) перегляду потенціалу для психологічного втручання.

GPP61 У випадку, коли у пацієнта з ПТСР спостерігається позитивна відповідь на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше 12 місяців до проведення поступової відміни.

RR11 Враховуючи ступінь, в якому використовується додаткова фармакотерапія в клінічній практиці, особливо при лікуванні хронічних і стійких випадків, рекомендується проведення великих добре контрольованих випробувань для уточнення користі від застосування декількох препаратів.

RR12 Оскільки попередні докази свідчать про те, що деякі препарати можуть посилити психологічні втручання, майбутні дослідження повинні додатково дослідити це питання.

RR13 Необхідне подальше дослідження потенційних переваг комбінації і послідовності (фармакологічних і психологічних, сфокусованих на травмі) методів лікування.

RR14 Майбутні дослідження повинні вивчити нейробіологічні та психологічні маркери, які можуть бути використані при прогнозуванні ймовірної відповіді на лікування. Ця рекомендація щодо дослідження стосується однаковою мірою фармакологічних і психологічних втручань.

**Коментар робочої групи:** Автори «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress» (2010) рекомендують, що пацієнтам з діагнозом ПТСР мають бути призначені СИЗС, для яких флуоксетин, пароксетин, сертралін мають значну доказову базу, або

інгібітори зворотного захоплення норадреналіну, для яких венлафаксин має найбільшу підтримку для лікування ПТСР [A]

Рекомендувати міртазапін, нефазодон\*, ТЦА (амітриптилін, іміпрамін) або інгібітори моноаміноксидази (фенелзин\*) для лікування ПТСР. [B]

Не рекомендувати використання Guanfacine, протисудомних (тіагабін\*, топірамаат або вальпроєва кислота) в якості монотерапії в управлінні ПТСР. [D]

Наявні дані не підтримують використовувати бупропіон\*, буспірон, тразодон, протисудомні (ламотриджин або габапентин), або атипіві нейролептики у вигляді монотерапії в управлінні ПТСР. [I]

Існує доказ проти використання бензодіазепінів в управлінні ПТСР. [D]

Існує достатньо доказів, щоб підтримати використання празозину у вигляді монотерапії в управлінні ПТСР. [I]

Додаткова терапії ПТСР

Рекомендувати атипіві антипсихотичні препарати в якості додаткової терапії: рисперидон або оланзапін, [B] або кветіапін. [C]

Рекомендувати додаткового лікування з празозином для сну / кошмарів. [B]

Існує достатньо доказів, щоб рекомендувати симпатолітики або протисудомні препарати в якості додаткової терапії для лікування ПТСР. [I]

\*Станом на 01.01.2016 Бупропіон, Тіагабін, Нефазодон, Фенелзин не зареєстровані в Україні в якості лікарського засобу.

### Психосоціальна реабілітація

CP3 Дорослі біженці з ПТСР, які пережили війну і голод, можуть отримати користь, відвідуючи відповідні групи психологічної підтримки.

GPP62 З самого початку лікування необхідно сфокусуватися на професійній, сімейній та соціальній реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності, пов'язаної з розладом, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

GPP63 У тих випадках, коли пацієнти з ПТСР не отримали результатів від ряду курсів науково-обґрунтованого лікування, необхідно розглянути застосування заходів психосоціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності, пов'язаної з розладом, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

GPP64 Працівники охорони здоров'я повинні бути поінформовані про потенційні переваги психосоціальної реабілітації та сприяти практичними порадами про те, як отримати доступ до відповідної інформації та послуг.

GPP65 У випадках виробничої психотравми управління процесом повернення до роботи має проводитися у контексті ретельної оцінки ризику можливості подальшого впливу чинників стресу, збалансованих з потенційною користю від повернення до роботи.

**Коментар робочої групи:** Автори «VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress» (2010) зауважують, що постійну присутність симптомів ПТСР не слід розглядати саму по собі як достатнє обґрунтування для запобігання повернення на роботу.

RR9 У дорослих з ПТСР повинен бути досліджений вплив психосоціальної реабілітації на ПТСР і соціальну та професійну діяльність.

### Вправи і фізичні методи лікування

#### Рекомендація

P11 Акупунктура може розглядатися в якості потенційного способу проведення втручання під час ПТСР для людей, які не мають позитивного відгуку на травмофокусовану психотерапію або фармакотерапію.

Клас

D

GPP66 В рамках загального психіатричного лікування лікар може поінформувати осіб з ПТСР про те, що регулярні аеробні вправи можуть бути корисними для управління симптомами, і стати складовою частиною заходів самопомогі та самовідновлення. Фізичні вправи можуть

допомогти в управлінні порушеннями сну і соматичними симптомами, які є загальними супутниками ПТСР.

RR10 Необхідні подальші дослідження в області впливу на ПТСР заходів, що базуються на фізичних вправах.

### **Одноразове чи багаторазове проведення втручань**

GPP67 Заходи психосоціальної реабілітаційних повинні використовуватися в якості додаткової терапії в поєднанні з психо- або фармакотерапією.

RR15 Потрібні великі РКД з порівняння фармакологічного з травмофокусованим психологічним лікуванням в популяціях з різними травмами. Це може бути краще всього досягнуто шляхом скоординованих міжнародних мультицентрових досліджень.

### **Узгодження супутніх захворювань**

CP4 У контексті депресії як супутнього захворювання при ПТСР практикуючий лікар може розглядати лікування ПТСР як першочергове, оскільки рівень депресії часто зменшується під час лікуванні ПТСР.

CP5 У випадках, коли тяжкість депресії як супутнього захворювання виключає ефективну терапевтичну взаємодію та/або пов'язана з високим ступенем суїцидального ризику, практикуючим лікарям рекомендується спочатку зменшити рівень суїцидального ризику і першочергово усунути прояви депресії, аніж ПТСР.

CP6 У контексті наявності ПТСР у поєднанні зі зловживанням психотропними препаратами практикуючий лікар повинен розглянути можливість комплексне лікування обох двох станів.

CP7 У контексті наявності ПТСР у поєднанні із зловживанням психотропними препаратами компоненти травмофокусованої терапії ПТСР не повинні застосовуватися поки індивідуум, який страждає на ПТСР, не продемонструє здатність керувати розладом без застосування психотропних препаратів, а також здатність відвідувати сеанси, не перебуваючи під впливом наркотичних речовин або алкоголю.

CP8 У контексті наявності ПТСР у поєднанні із зловживання психотропними препаратами у випадку, коли приймається рішення про першочерговість лікування зловживання психотропними препаратами, клініцисти повинні бути обізнаними, що симптоми ПТСР можуть погіршуватися через відміну прийому психоактивних речовин або припинення використання психоактивної речовини в якості копінг-механізму. Лікування повинно включати інформацію про ПТСР і стратегії боротьби з симптомами ПТСР, а також інформацію про способи контролю своєї залежності.

### **Ранні психологічні втручання для дітей і підлітків**

#### **Ранні психологічні втручання для всіх**

##### **Рекомендація**

R12 Дітям, які зазнали впливу ПТП, не потрібно пропонувати проведення психологічного дебрифінгу.

##### **Клас**

**В**

GPP68 Діти, починаючи від немовлят і дошкільнят до дітей старшого віку і підлітків, можуть постраждати від впливу травмуючих подій набагато сильніше, ніж дорослі. Практикуючі лікарі повинні усвідомлювати цей ризик, повинні проявляти активність в оцінці спектру психологічних наслідків травми і повинні бути готовими надавати відповідну допомогу, включаючи направлення на отримання спеціалізованих послуг.

GPP69 Інформування часто проводиться в цілях надання допомоги дітям після впливу травматичної події. При використанні його зміст повинен бути високої якості і з урахуванням типу травматичної події і цільової аудиторії. Інформація, що надається після впливу травматичних подій, може містити: а) інформацію про можливі наслідки (найчастіше позитивні); б) посилення існуючого і нового позитивного подолання; в) консультації щодо можливості отримання подальшої допомоги у разі необхідності; та г) можливі показники потреби у подальшій допомозі.

Інформація після впливу травматичної події може також включати визнання ролі і вплив на вихователів, братів, сестер і вчителів.

GPP70 Дітям, які зазнали впливу травми, психоедукація має проводитись у рамках поетапного підходу, до якого залучаються батьки і широке коло організацій, що забезпечують надання послуг у сфері охорони здоров'я, освіти і соціального забезпечення, і включає в себе моніторинг, цільову оцінку та проведення втручання, якщо це необхідно.

GPP71 Перша психологічна допомога може бути доречною з дітьми відразу ж після отримання психотравми, однак якщо вона використовується, повинен бути забезпечений доступ до спеціалістів в області психічного здоров'я малюків, дітей та підлітків у разі їх необхідності.

**Коментар робочої групи:** В «Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress» (2013) фахівці ВООЗ вносять уточнення, що доступ до першої психологічної допомоги, незважаючи на її назву, передбачає в значній мірі соціальне втручання. Не було продемонстровано перевагу в запобіганні ПТСР у разі проведення психологічних втручань, незалежно від рівня симптомів, відразу після потенційно травматичної події. Психологічна освіта відноситься до "надання інформації про природу стресу, травм та інших симптомів, і що робити в такій ситуації".

GPP72 Батьки й особи, які здійснюють догляд, виконують захисну/буферну функцію проти дитячого травматичного стресу. Клініцисти повинні бути поінформовані про потенціал батьків для протистояння власному дистресу або про інші фактори, що можуть погіршити їх здатність забезпечувати захисну/буферну функцію. У разі виявлення дистресу або інших відповідних факторів, лікар повинен реагувати відповідним чином.

RR16 Є необхідним проведення досліджень у популяції дітей та підлітків, які зазнали психотравмуючого впливу, для поліпшення розуміння ролі та ефективності раннього втручання.

#### **Ранні психологічні втручання у дітей і підлітків з ГСР або гострим ПТСР**

CP9 ТФ-КПТ може бути корисною в якості раннього психологічного втручання для дітей з діагнозом ГСР у перші чотири тижні після впливу травмуючої події, на підставі позитивних доказів для КПТ у дітей з ПТСР. Однак, ефективність цього підходу у випадках ГСР у дітей поки не встановлена.

### **Психологічні втручання для дітей і підлітків з ПТСР**

#### **Рекомендація**

**Клас**

P13 У дітей шкільного віку і старше з ПТСР повинна бути розглянута ТФ-КПТ відповідно до рівня розвитку.

**С**

GPP73 При оцінці дитини чи підлітка щодо ПТСР медичні працівники повинні переконатися, що вони окремо і безпосередньо оцінюють дитину чи підлітка на наявність симптомів ПТСР. Бажано не покладатися виключно на інформацію від батьків або осіб, які здійснюють догляд, при будь-якій оцінці.

GPP74 Враховуючи, що збереження терапії та ефективність ТФ-КПТ у дітей та підлітків вимагають активної участі батька та/або особи, яка здійснює догляд, початкова фаза ТФ-КПТ в цій групі полягає в залученні батьків для поліпшення розуміння ними і підтримки цього методу лікування.

RR17 Ефективність ТФ-КПТ при депресії та інших посттравматичних проявах (інтерналізація та екстерналізація поведінки) вимагає подальшого дослідження.

RR18 Ми рекомендуємо проведення подальших досліджень ДПРО при ПТСР у дітей.

### **Індивідуальна чи групова психотерапія**

#### **Рекомендація**

**Клас**

P14 У дітей з ПТСР індивідуальні психологічні втручання повинні мати перевагу над груповим втручанням.

**С**



## Ранні фармакологічні втручання для дітей і підлітків

### Рекомендація

Клас

P15 У дітей, які зазнали впливу ПТП, фармакотерапія не повинна застосовуватися в якості профілактичного втручання.

D

## Фармакологічні втручання для дітей та підлітків з ПТСР

### Рекомендація

Клас

P16 У дітей та підлітків з ПТСР фармакотерапія не повинна використовуватися в якості рутинного першого лікування на противагу ТФ-КПТ.<sup>230,231</sup>

D

P17 У дітей та підлітків з ПТСР фармакотерапія не повинна використовуватися рутинно в якості додаткового лікування до ТФ-КПТ.<sup>231</sup>

D

GPP75 При призначенні антидепресантів дітям слід керуватися конкретними практичними настановами з депресії, і лікарі повинні знати про побічні ефекти, пов'язані з віком.

## Втручання на базі школи

### Рекомендація

Клас

P18 Для дітей після перенесеної травми з симптомами ПТСР, під час якої вони повторно переживали одну і ту саму подію, має розглядатися використання ТФ-КПТ на базі школи, спрямоване на зменшення симптомів посттравматичного стресу.

C

GPP76 Рекомендується інтегрована модель між постачальниками освіти та охорони здоров'я, яка полегшує відповідну підтримку і направлення. Рекомендується, щоб школи забезпечували стимулюючу функцію при втручанні у дітей після травми, особливо після важких травм.

RR19 Існує необхідність зрозуміти, як травми впливають на дітей в школах і яка роль шкільної спільноти в наданні підтримки постраждалим дітям і наданні допомоги в направленні в разі необхідності.

RR20 Необхідно дослідити вплив лікування психопатології, пов'язаної з травмами, у батьків і/або осіб, які здійснюють догляд дітей, які зазнали насильства до лікування.

## ПОРІВНЯННЯ З НАСТАНОВОЮ 2007 РОКУ

Нинішній перегляд настанови включає систематичний огляд доказової бази, яка була опублікована в рецензованих журналах в період від останньої публікації настанови; було розширено дослідницькі питання у певних областях і, що найбільш важливо, розширено сферу з включенням дітей і підлітків.

Хоча основний підхід до розробки рекомендацій є тим же для даної версії, як і при розробці настанови 2007 року, є незначні відмінності. При розробці нинішньої настанови кількість членів робочої групи і міждисциплінарної групи була збільшена, що відображається у приєднанні людей з досвідом роботи з дитячою і підлітковою психотравмою. Було розширено число і коло питань, переважно шляхом включення доказової бази щодо роботи з дітьми і підлітками.

Підхід до проведення систематичного огляду був той же, хоча шляхи узагальнення даних були дещо іншими, зокрема, було застосовано матрицю доказової бази, що не використовувалася в настанові 2007 року. Це важливо в розумінні класифікації рекомендацій. Критерії NHMRC вказують на те, що рекомендації не можуть мати ступінь А або В, якщо доказова база та її зміст не оцінюються ступенем А і В. Ця вимога не застосовувалась при розробці настанови 2007 року і пояснює, чому деякі рекомендації з цього приводу оцінені нижче, ніж у попередній версії, незважаючи на те, що доказова база є однаковою або порівняною. Процес проведення систематичного огляду описано на початку Розділу 5, а повний систематичний огляд наведено в Додатку 3.

## 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 невеликої 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;
- перезбудження – 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**

Настанова спрямована на підтримку високоякісного лікування дорослих та дітей з ГСР і ПТСР, забезпечуючи основу у вигляді передової практики, навколо якої необхідно структурувати, вибудовувати лікування. Настанова була розроблена для використання терапевтами і фахівцями в області психічного здоров'я, які планують лікування в клінічних умовах; споживачами, які приймають рішення про своє лікування; і фінансовими організаціями, що надають фінансові послуги. 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 даних, думках експертів, судженнях практикуючих лікарів про потреби індивідуума і його переваги.

### **ОБСЯГ НАСТАНОВИ**

Дана настанова надає інформацію та рекомендації про науково-обґрунтовані методи лікування дорослих, у яких після переживання травматичних подій розвинулися (або знаходяться на межі розвитку) проблеми, що відповідають критеріям ГСР і 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. Ця КН була сформульована з припущенням, що лікування буде надаватися кваліфікованими фахівцями, які спеціалізуються на відповідних психосоціальних і медичних видах втручань та оцінюються за діючими професійними стандартами. КН не замінює знання та вміння окремих 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 Австралії увага повинна бути приділена наявності та доступності відповідних послуг у сільських та віддалених місцевостях і відповідної освіти та професійної підготовки для підтримки практикуючих лікарів при впровадженні рекомендованих науково-обґрунтованих втручань.

Відносно фармакотерапевтичних рекомендацій, викладених у даній настанові, лікарям при призначенні ліків в Австралії слід пам'ятати про правила, які можуть застосовуватися, коли вартість ліків субсидується урядом (див. Додаток «Фармацевтичні пільги») або іншою третьою стороною.

У той час як дорослим, які страждають на ПТСР в поєднанні з більш широким колом посттравматичних психічних розладів або іншими проблемами психічного характеру, може знадобитися додаткове лікування та догляд, рекомендації даної настанови залишаються актуальними і придатними до застосування. КН (2007) включають лікування літніх осіб, які не мають істотних супутніх захворювань, пов'язаних з віком, але не включають лікування дітей, для чого є окрема література, що містить інформацію про науково-обґрунтовані методи лікування. Рекомендації Великобританії (NICE, 2005) по догляду за дітьми з ПТСР включені в якості доповнення до розділу про спеціальні групи населення. Настанова 2013 року включає також лікування дітей.

Велика частина доказів, розглянутих у цій настанові, взята з клінічних досліджень ефективності. Для того, щоб визначити ефективність лікування, клінічні дослідження ефективності повинні проводитись у ретельно контрольованих умовах. Це часто включає в себе суттєве відхилення від звичайного способу забезпечення догляду, наприклад, зменшення переваги в лікуванні, надання безкоштовного догляду з використанням спеціалізованих приладів та засобів, зберігаючи високий рівень послідовності у лікуванні, за винятком пацієнтів з обширними супутніми захворюваннями (Wells, 1999). На противагу сказаному, дослідження ефективності оцінюють ефект лікування в умовах стандартної практики.

Хоча рекомендації, викладені в даній настанові, придатні до застосування та призначені для австралійської системи охорони здоров'я, є необхідність у подальшій оцінці рекомендованих заходів в умовах наближення до звичайного догляду.

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ НАСТАНОВИ**

Дана КН була розроблена з використанням дослідної програми Національної ради з охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC), за допомогою поєднання поточного рівня офіційних даних NHMRC з проміжним рівнем даних існуючої доказової бази і системою для градації рекомендацій. Рекомендації, включені в настанову, диференціюються залежно від сили рівня доказів, на яких вони базуються. Діапазон класифікації від А для доказів, які мають високий ступінь підтвердження їх ефективності, до D для доказів з найнижчим ступенем підтвердження їх ефективності. Позначення у вигляді Рекомендації з належної практичної (GPP) надано рекомендаціям, які засновані на думці експертів, у разі відсутності доказової бази. Підхід до принципів розробки і системи класифікації докладно викладено у наступному розділі.

Рекомендації стосовно діагностики та лікування викладені в основній частині настанови. Ці рекомендації не призначені для директивного обов'язкового використання, вони швидше надані для допомоги практикуючим лікарям. У кожному окремому випадку рішення з приводу засобів та методів діагностики та лікування повинні базуватись на викладених в даній настанові рекомендаціях в поєднанні з клінічним досвідом лікаря і вподобаннями людини.

### **ПІДХІД ДО РОЗРОБКИ НАСТАНОВИ**

## РОЗРОБКА НАСТАНОВИ 2007 РОКУ

NHMRC розробили серію довідників «Настанови для Настанов» для того, щоб допомогти розробникам в процесі створення і розповсюдження клінічних рекомендацій (NHMRC, 1999, 2000ab, 2001). Ці орієнтовні довідники були використані при розробці «Настанови з гострого та посттравматичного стресового розладу».

КН, засновані на доказах, є оглядами, заснованими на практиці та результатах систематичного огляду літератури. Науково-обґрунтовані рекомендації є положеннями, заснованими на практичному досвіді та на систематичному огляді літератури. Систематичні огляди літератури використовують точні систематичні методи для забезпечення доказової бази для певного клінічного запиту. Оскільки технічні можливості обмежують виникнення систематичних помилок і знижують можливість виникнення ефекту випадковості під час проведення огляду, це забезпечує наявність більш надійної і відповідної доказової бази, за допомогою якої можна робити висновки і розробляти клінічні практичні настанови.

Даний огляд характеризується:

1. Розробкою та затвердженням певного дослідницького питання і гіпотези.
2. Прозорим методичним процесом (наприклад, протоколи огляду).
3. Вичерпним широким пошуком для відповідного первинного (і вторинного) дослідження по темі.
4. Застосуванням критеріїв включення і критичної оцінки наукових досліджень.
5. Спробами відповісти на дослідне(-і) питання і вирішити протиріччя в літературі.
6. Виявленням ключових для теми майбутніх досліджень питань і практичним застосування результатів.
7. Розробкою настанови або рекомендацій, що базуються на отриманих даних (проведених дослідженнях) і є придатними до застосування у цільовій групі або у групі пацієнтів (Кларк і Oxman, 2000; Купер і Хеджес., 1994; Mulrow та ін, 1997; NHMRC, 1999, 2000ab, 2001).

Сучасні КН перебували на попередніх етапах розробки в той час, коли рекомендації по лікуванню ГСР і ПТСР були опубліковані у Великобританії (NICE, 2005) і США (VA/DoD, 2004).

Робоча група розробників рекомендацій вирішила спиратись на ці високоякісні систематичні огляди і настанови, а не копіювати існуючі огляди. Таким чином, у випадках, коли питання, що ставились в попередніх систематичних оглядах, були схожі на ті, що плануються в поточному систематичному огляді, було використано ті ж самі питання з оновленням періоду досліджень (2002-2005 для запитань із систематичного огляду VA/DoD і 2004-2005 для огляду NICE). Таким чином, попередні свідчення можуть бути об'єднані з новими даними для створення нинішньої настанови. Робоча група з розробки рекомендацій виявила невелику групу питань, для яких були проведені нові дослідження (1996-2005 рр). Склад робочої групи розробників настанови міститься в Додатку А.

Дослідницькі питання для нинішнього огляду були сформульовані на комбінованій основі поширених питань, що використовувались в попередніх оглядах, знань робочої групи з літератури, загальних думок експертів з питань, що мають відношення до цієї галузі, і консультацій з представниками мультидисциплінарної комісії, що складається з фахівців в галузі психічного здоров'я та споживачів. Склад мультидисциплінарної комісії міститься в Додатку В.

Дослідницькі питання, що вивчаються в даному огляді, представлені у Розділі 5.

### ОГЛЯД МЕТОДОЛОГІЇ

Як зазначалося в попередньому розділі, даний систематичний огляд був розроблений для оновлення систематичних оглядів, виконаних NICE (2005) і VA/DoD (2004), а також Австралійської настанови з лікування дорослих з ГСР і ПТСР 2007 року. Огляди були виконані в рамках дослідної програми NHMRC. Методологія подання отриманих результатів, однак, відрізнялась від методу, що використовувався в огляді NICE (відомості про докази, включаючи кількість опрацьованих досліджень [К], стандартне середнє відхилення [SMD] і довірчий інтервал [ДІ]) і привела до полегшення інтеграції докази до наступної доказової бази. З цієї причини, а також через огляд літератури, що був проведений NICE пізніше, поточний огляд, де це можливо, був розроблений для оновлення огляду NICE. У випадках, коли задається питання, що не було

розглянуто NICE, проводилось оновлення огляду VA/DoD. У випадках, коли попередні огляди не зачіпали питання, що розглядаються в поточному огляді, був проведений систематичний огляд, починаючи з 1996 року. Персонал з АНТА, який проводив огляд доказів від імені робочої групи, зазначений у Додатку D.

Більш детально з оглядом доказів можна ознайомитися у розділі 5.

## **РОЗДІЛ 2. ПСИХІЧНА ТРАВМА ТА РЕАКЦІЇ НА ПСИХОТРАВМУ ТРАВМА, ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ І ПОТЕНЦІЙНО ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ**

Термін «*травма*» використовується непослідовно в області психічного здоров'я, посилаючись іноді на події, а іноді на випадки психологічної травми, що виникають від події. Буквально, травма означає рану, і цей термін повсякчасно використовується у секторі охорони фізичного здоров'я для опису ушкодження. У плані психічного здоров'я, він посилається на травму або поранення «психіки»; тобто пошкодження емоційного чи психологічного здоров'я і благополуччя людини. Слід зазначити, що такі травми характеризуються з точки зору біологічного, психологічного та соціального аспектів (тобто біопсихосоціальний підхід).

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 (четверте видання, редагований; DSM-IV-TR)<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 по факту призвела до психічної травми, і *травма* буде використовуватися для позначення психічної травми.

### **Потенційно травматичні події**

Як визначено в DSM-IV-TR, ПТП може включати будь-які загрози, реальні або передбачувані, для життя або фізичної безпеки індивіда, його близьких або тих, хто їх оточує. ПТП включає, війни, тортури, сексуальне насильство, фізичне насильство, стихійні лиха, аварії і тероризм, але не обмежується ними. Вплив ПТП може бути прямим (тобто, людина насправді відчула або була свідком) або непрямим (тобто, зіткнулася або дізналася про певну подію)\*, і може бути випробуваний один раз або кілька разів. По своїй природі, деякі події більш вірогідно сприйматимуться як надзвичайно травматичні і частіше викликать поточні труднощі і клінічно діагностовані симптоми ГСР та/або ПТСР. Умисні акти насильства, такі як тортури і фізичне насильство, а також тривалі та/або повторювані події, такі як сексуальне насильство в дитинстві та перебування у концтаборах, з більшою ймовірністю призведуть до травматичної відповіді, ніж природні явища або аварії.<sup>2,3</sup>

За межами концептуалізації ПТП важливо усвідомити потенціал для трансгенераційних ефектів травми, при яких вплив в результаті дії систематичних тортур, геноциду або насильства в сім'ї може проявлятися у психічних проблемах зі здоров'ям у наступному поколінні.<sup>4,5</sup>

Як правило, події, які не включають елемент серйозної фізичної загрози, не вважаються ПТП, навіть якщо вони мають значні загрози психологічній цілісності та благополуччю. Таким чином, такі події, як розлучення або розлука, втрата роботи і словесні образи/домагання не вважаються ПТП і не відповідають критеріям стресорів для діагностики ПТСР.

### **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 носити симптоматичний характер в перші два тижні після події. Травмовані люди схильні відчувати емоційний розлад, підвищену тривожність та 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 осідають на дні і тижні після травматичної події, так як люди використовують їх звичайні копінг-стратегії і підтримку мереж, аби

примиритися зі досвідом.<sup>6</sup> Втім, у меншості людей симптоми зберігаються і розвиваються в ГСР та/або ПТСР.

### **Синдроми травматичного стресу**

Коли індивідуальні психологічні розлади після травматичної події зберігаються і є достатньо достатньо серйозними, щоб втручатися у важливі сфери психосоціального функціонування, вони більше не можуть вважатися нормальною реакцією на травматичну подію. Слід розглядати можливість посттравматичних психічних розладів здоров'я, таких як ГСР або ПТСР. Слід зазначити, що широкий асортимент інших психічних розладів, включаючи тривожність, афективні розлади і розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, можуть бути присутніми або окремо, або 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 obsесивно-компульсивні розлади (4%).

### **ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД**

Після того, як людина піддалася 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.

DSM-IV-TR вимагає кілька наборів критеріїв для діагностики ГСР (див. таблицю 2.1). Критерій А1 вимагає, щоб індивід відчув або був свідком події, що несе реальну загрозу смерті або серйозної травми пацієнта або інших, і Критерій А2 вимагає від пацієнта відчуття страху, безпорадності або жаху. Критерій В відноситься до дисоціативних симптомів під час або після події (три або більше з наступного: суб'єктивне відчуття оніміння, відчуженість або відсутність емоційної чуйності, зниження усвідомлення навколишнього, дереалізація, деперсоналізація та дисоціативна амнезія). Критерій С вимагає одного або кількох повторених відчуттів симптомів (переживаючи події через один або більше з наступного: повторювані образи, думки, мрії, ілюзії, спогади, почуття, дистрес при нагадуванні). Критерій D вимагає "помітного прагнення уникнути нагадувань", Критерій E вимагає "помітної тривожності або підвищеної сексуальної збудливості", і критерій F вимагає доказів значущого дистресу або погіршення. Ці симптоми повинні тривати мінімум два дні і максимум чотири тижні після події, після яких слід розглядати діагноз ПТСР.

Варто відзначити, що до недавнього випущеного видання DSM-V було внесено ряд змін до діагностичних критеріїв ГСР. По-перше, ГСР був переміщений з розділу Тривожних розладів у нову категорію – Розлади, пов'язані з психотравмою і стресом. До основних змін діагностичних критеріїв відносяться усунення критерію А2 (оскільки є мало переконливих емпіричних доказів його корисності) та скасування вимоги наявності дисоціативної симптоматики (як показують дослідження, дисоціація присутня не завжди). ГСР концептуалізується як гостра стресова реакція, яка не вимагає наявності специфічних груп симптомів. Швидше, потрібна присутність певної кількості симптомів з широкого списку дисоціативної симптоматики, симптомів повторного переживання, уникнення, збудження.

Bryant<sup>10</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 в певній мірі є предиктором розвитку ПТСР, але відсутність діагнозу ГСР не обов'язково повинно бути предиктором хорошого прогнозу.

### **Таблиця 2.1: Діагностичні критерії гострого стресового розладу (за DSM-IV-TR код 308.3)**

А. Людина зазнала впливу травматичної події, в якій обидва наступних критерії були присутні:

(1) людина зазнала, була свідком або зіткнулася з подією або подіями, які стосувалися фактичної або потенційної смерті або серйозної шкоди, або загрози фізичної цілісності її або інших осіб;

(2) реакція людини включає інтенсивний страх, безпорадність або жах.

В. Під час стресових подій або після них людина має три (або більше) з наступних дисоціативних симптомів:

(1) суб'єктивне почуття оніміння, відчуженість або відсутність емоційної чуйності;

(2) зменшення усвідомлення її оточення (наприклад, 'стан наче в тумані');

(3) дереалізація;

(4) деперсоналізація;

(5) дисоціативна амнезія (тобто, нездатність згадати важливий аспект травми).

С. Травматична подія повторно переживається через один з наступних способів: повторювані образи, думки, сновидіння, ілюзії, епізоди, спогади, досвід; або дистрес при нагадуванні про травматичну подію.

Д. Явне уникнення подразників, які пробуджують спогади про травму (наприклад, думок, почуттів, розмов, дій, місць, людей).

Е. Явні симптоми тривожності або підвищена сексуальна збудливість (наприклад, труднощі зі сном, дратівливість, погана концентрація, безсоння, перебільшена реакція переляку, моторне занепокоєння).

Ф. Порушення спричиняють клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування або погіршують здатність індивіда вирішувати необхідні завдання, такі як отримання необхідної допомоги або мобілізація особистісних ресурсів членів сім'ї шляхом розповіді про травматичний досвід.

Г. Порушення триває протягом, як мінімум, від двох днів до чотирьох тижнів і відбувається протягом чотирьох тижнів після травмуючої події.

Н. Порушення не є наслідком прямих фізіологічних ефектів речовини (наприклад, зловживання наркотиками, ліками) або загального медичного стану, не визначається як психотичний розлад і не є загостренням раніше існуючого розладу аксису I або II.

### **ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД**

Як видно з таблиці 2.2, DSM-IV-TR вимагає шість наборів критеріїв для діагнозу ПТСР. Вибраний критерій визначає стресора, в тому числі особливості, що стосуються самої події (критерій A1) і відповідь людини на стресор у вигляді 'страху, безпорадності чи жаху' (критерій A2). Критерії B, C і D включають повторне переживання, уникнення та оніміння, і симптоми надмірного збудження, відповідно. В кластерах симптомів B, C і D, один з п'яти симптомів, три з семи симптомів і два з п'яти симптомів відповідно, необхідні для підтвердження діагнозу. Критерій E передбачає, що симптоми кластерів B, C і D повинні тривати, принаймні, один місяць. Критерій F вимагає, щоб порушення спричиняло клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування. ПТСР визначається як гострий, коли тривалість симптомів не перевищує трьох місяців, і хронічний, якщо тривалість симптомів становить три місяці або більше. У випадках появи симптомів протягом не менше шести місяців після події, розлад визначається як затримка настання.

Варто відзначити, що до недавнього випущеного видання DSM-V було внесено ряд змін до діагностичних критеріїв ПТСР. По-перше, ПТСР був переміщений з розділу Тривожних розладів у нову категорію – Розлади, пов'язані з психотравмою і стресом. Внесені зміни до Критерію A включають звуження визначення "травматична подія" в критерії A1 і усунення критерію A2, оскільки є мало переконливих емпіричних доказів його корисності. Інші основні зміни включають в себе необхідність чотирьох, а не трьох груп симптомів, які виникли, шляхом поділу симптоматичних груп уникнення та оніміння на дві. Це відображається у дослідженні, яке вказує на те, що активне та пасивне уникнення є незалежними явищами. До групи пасивного уникнення відноситься більш загальний набір дисфоричних симптомів. Повний перелік критеріїв ПТСР з DSM-V можна знайти в Додатку 5.



### **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 відчувають, 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-V 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).

### **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 сном, лякливості і постійна готовність до небезпеки (надмірна пильність). У DSM-V до цієї групи симптомів було включено додатковий симптом – "необережна/нерозважлива або саморуйнівна поведінка".

### **Таблиця 2.2: Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу (за DSM-IV-TR код 309.81)**

А. Людина зазнала впливу травматичної події, в якій обидва наступних критерії були присутні:

(1) людина зазнала, була свідком або зіткнулася з подією або подіями, які стосувалися фактичної або потенційної смерті або серйозної шкоди, або загрози фізичної цілісності її або інших осіб;

(2) реакції людини включають інтенсивний страх, безпорадність або жах. Примітка: у дітей це може бути виражено неорганізованою або схвильованою поведінкою.

В. Травматична подія, яка повторо відчувається одним (або більше) з наступних способів:

(1) повторювані нав'язливі і тяжкі спогади про подію, включаючи образи, думки чи сприйняття. Примітка: у дітей раннього віку, повторювана гра може виникнути у ситуації, при якій виражається травма;

(2) повторювані тяжкі сни про подію. Примітка: у дітей можуть бути страхітливі сновидіння без впізнаваного змісту;

(3) дії або відчуття, ніби травматична подія повторюється (включає почуття переживання досвіду, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди та спогади, включаючи ті, що виникають при

пробудженні або у стані алкогольного сп'яніння). Примітка: у дітей раннього віку можуть виникнути травма-специфічні інсценування.

(4) інтенсивний психологічний дистрес при впливі внутрішніх або зовнішніх подразників, які символізують або нагадують аспект травматичної події.

(5) фізіологічна реактивність при впливі внутрішніх або зовнішніх подразників, які символізують або нагадують аспект травматичної події.

С. Стійке уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, та оніміння загального реагування (не було присутнє до травми), про що свідчать три (або більше) з наступних дій:

(1) спроби уникнути думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою;

(2) зусилля, щоб уникнути діяльності, місць або людей, що викликають спогади про травму;

(3) нездатність згадати важливий аспект травми;

(4) помітне зниження інтересу або участі у важливій діяльності;

(5) відчуття відстороненості або відчуженості від інших;

(6) обмеження діапазону відчуттів (наприклад, не можуть мати почуття любові);

(7) почуття укороченого майбутнього (наприклад, не очікує кар'єри, шлюбу, дітей або нормальної тривалості життя).

Д. Постійні симптоми підвищеного збудження (не присутні до травми), які позначаються двома (або більше) з наступних дій:

(1) проблеми зі сном;

(2) дратівливість або вибухи гніву;

(3) труднощі з концентрацією уваги;

(4) безсоння;

(5) перебільшена реакція переляку.

Е. Тривалість розладу (симптоми в критеріях В, С і D) більше 1 місяця.

Ф. Порушення спричиняють клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування.

Зазначте:

*Гострий:* якщо тривалість симптомів менше трьох місяців.

*Хронічний:* якщо тривалість симптомів становить три місяці або більше.

Зазначте:

*З відкладеним початком:* якщо симптоми з'являються, як мінімум, після шести місяців після впливу стресора.

### **Особливості, зазвичай пов'язані з посттравматичним стресовим розладом**

Крім цих основних симптомів ПТСР також, зазвичай, пов'язаний з рядом особливостей, включаючи гнів,<sup>13</sup> провину,<sup>14,15</sup> дисоціацію,<sup>16</sup> значні функціональні обмеження і зниження якості життя<sup>17</sup> та фізичні проблеми зі здоров'ям.<sup>18</sup>

Підмножина індивідумів з ПТСР, частіше тих, хто пережив події міжособистісного, тривалого і повторюваного характеру (наприклад, дитячого сексуального насильства, тюремного ув'язнення, тортур), що часто згадується як травми II типу, мають сукупність характерних особливостей поряд з основними симптомами ПТСР. Ці характеристики можуть включати: порушення емоційного контролю; саморуйнівну й імпульсивну поведінку; порушення взаємин з оточуючими; ворожість; десоціалізація; почуття постійної загрози; дисоціація; соматичні скарги; відчуття неефективності, сорому, відчаю або безнадійності; почуття пошкодженості; втрата колишніх поглядів і припущень про їх безпеку і надійність інших.<sup>20,21</sup> В цій групі часто зустрічаються питання хронічного ушкодження і/або суїцидальних думок.

Люди з таким симптомів часто мають складний ПТСР<sup>22</sup> або розлади крайнього стресу, не уточнені (DESNOS). Хоча ці діагнози не включені ні до DSM-IV, ні до DSM-V, МКХ-10 містить розділ «Стійкі особистісні зміни внаслідок травматичного досвіду (F62.0)», який найточніше відображає вищевказані категорії. Поки не відомо, яким чином будуть розподілені ці категорії в МКХ-11.

### **Поширеність і захворюваність на посттравматичний стресовий розлад**

Рівні ПТСР слід розглядати в контексті рівнів поширеності ПТП в суспільстві в цілому. Великі дослідження популяцій<sup>2,3,24</sup> показують, що 50-75% людей повідомили принаймні про одну ПТП в їх життя, а більшість повідомили про дві або більше подій. З часу, коли була опублікована перша Австралійська настанова, Mills і колеги<sup>24</sup> дослідили рівень впливу більш широкого кола більш специфічних ПТП в Австралії, ніж ті, що були наведені у попередньому дослідженні. Результати їх досліджень говорять про те, що до найчастіше згадуваних ПТСР відносяться ті, в яких хтось з близьких несподівано помирає (згадується 35% опитаних); коли людина стає свідком того, що когось сильно покалічили або вбили, або несподівано бачить мертве тіло (27%); людина потрапила до небезпечної для життя ДТП (13%). Хоча ці показники мають важливе значення для розширення нашого розуміння рівнів травматичного впливу, цей вид ретроспективних даних завжди слід інтерпретувати з великою обережністю.

При вивченні рівнів ПТСР використовуються дані поширеності та захворюваності. Поширеність показує частку населення, яке зазнало ПТСР протягом заданого періоду часу, а захворюваність розуміється як рівень, з яким виникають нові діагнози ПТСР після контакту з ПТП.

Відповідно до даних, поширеність ПТСР (відсоток населення, що перенесли ПТСР в якийсь момент в їхньому житті) знаходиться в діапазоні 5-10%. Це можна інтерпретувати в тому сенсі, що приблизно 15-25% людей, схильних до ПТП, також мали діагноз ПТСР. Ці показники можуть вводити в оману, оскільки близько половини тих людей, які розвивають ПТСР, одужують в перші 12 місяців, незалежно від лікування.<sup>3</sup> До того ж, показники поширеності повинні інтерпретуватися з обережністю, зважаючи на ретроспективний характер дослідження. Показник 12-місячної поширеності ПТСР (відсоток населення, що перенесли ПТСР у минулому році) становить 4,4% в Австралії<sup>26</sup> і 3,5% у США.<sup>27</sup>

Важливим фактором ризику розвитку ПТСР після ПТП є характер травматичної дії. ПТП, що пов'язані з найвищими показниками виникнення ПТСР, не обов'язково є тими, що частіше виникають.<sup>24</sup> Creamer і колеги<sup>2</sup> виявили, що найвищий 12-місячний показник поширеності ПТСР був пов'язаний з попередньою історією звалтування і домагання, а найнижчий 12-місячний показник поширеності ПТСР був пов'язаний зі стихійними лихами та свідцтвами тяжких поранень і вбивств. Подібні дані були отримані і в США.<sup>3</sup> ПТСР традиційно асоціювався з бойовими діями, і останні огляди<sup>28</sup> виявили, що показники поширеності серед американських ветеранів з часів В'єтнамської війни коливаються в діапазоні 2-17%. В ході огляду було встановлено, що, в цілому, показники ПТСР, пов'язаних з бойовими діями, є нижчими у ветеранів з інших західних країнах, ніж у тих, що є вихідцями з США. Наприклад, визначено, що ПТСР вражає 3-6% ветеранів війни в Іраку,<sup>29</sup> які є вихідцями з Великобританії, порівняно з приблизно 13% американських військових.<sup>30</sup> Поширеність ПТСР внаслідок стихійних лих становить приблизно 4-60% при тому, що більшість досліджень вказує на переважання поширеності в нижній половині цього діапазону. Ці показники частіше всього є нижчими, ніж після антропогенних лих (включаючи терористичні акти) або техногенних катастроф. Вища поширеність ПТСР, пов'язаних зі стихійними лихами, зустрічається серед тих, хто вижив (30-40%), і персоналу служб екстреного реагування (10-20%) у порівнянні з поширеністю у загальній популяції (5-10%). Див. останній огляд Neria і колег.<sup>31</sup>

В даний час, показники поширеності ГСР серед австралійської популяції відсутні. Тим не менш, недавній огляд досліджень, в яких вивчається ГСР, знайшов багато варіацій серед ПТП, в тому числі, 9% після терористичних нападів, 13-25% після ДТП та 33% серед свідків стрільби. Поширеність ГСР значно варіює навіть при вивченні одних і тих самих ПТП в різних умовах. Наприклад, більшість вивчень поширеності травм знаходяться у проміжку від 6 до 10%,<sup>8</sup> однак в Австралії одні дослідження виявили поширеність ГСР після травматичного ушкодження в проміжку 1-14%.<sup>32,33</sup>

### **Коморбідні стани**

У випадках хронічного ПТСР (понад трьох місяців), основні симптоми рідко існують в ізоляції. Частіше вони існують паралельно з рядом суміжних станів та інших коморбідних

психічних розладів.<sup>нпр,2,3,34,35</sup> З часу, коли попередня настанова була опублікована, Австралія і США продовжували проводити подальші епідеміологічні вивчення національної медико-санітарної системи та опублікували оновлені дані коморбідності. Дані з Дослідження Аавстралійського національного психічного здоров'я і благополуччя 2007 року виявили, що 86% чоловіків і 77% жінок з ПТСР відповідають також критеріям інших розладів.<sup>34</sup> До них відносились тривожність (52% чоловіків і 54% жінок), афективні розлади (50% чоловіків і 51% жінок) і розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (65% чоловіків і 32% жінок).

У ряді досліджень були виявлені високі показники коморбідності між розладом особистості та ПТСР серед дорослого населення, хоча більша частина цих досліджень проводилася з чоловіками-ветеранами бойових дій з ПТСР.<sup>36-39</sup>

Крім складнощів, що виникають від супутньої патології, медичні працівники, які працюють з особами з більш хронічним ПТСР, часто змушені працювати з безліччю психосоціальних проблем, які розвинулися вторинно по відношенню до причин розладу. Вони часто включають біль і скарги соматичного характеру, проблеми встановлення взаємин, професійне знецінення.

### **Перебіг посттравматичного стресового розладу**

Інформація про перебіг ПТСР взята з великих епідеміологічних досліджень<sup>нпр,3,34</sup>, де респондентів запитували, скільки тижнів, місяців або років після початку захворювання вони продовжували відчувати симптоми. Ці ретроспективні звіти використовуються для створення "кривих виживаності" або моделей перебігу ПТСР після травматичної події. Криві виживаності свідчать, що більшість людей з ПТСР в кінцевому підсумку одужають, а симптоми знижуватимуться найбільш істотно в перші 12 місяців після події, хоча значна меншість буде, як і раніше, переживати наявність ПТСР протягом десятиліть. Висновки, отримані в результаті досліджень населення в Сполучених Штатах<sup>3</sup> та в Австралії,<sup>34</sup> припускають, що приблизно у 50-60% випадків у період від двох до десяти років після події виникає ремісія, з її продовженням протягом наступних десятиліть. Дослідження з конкретними типами травм і групами населення також показують значний ступінь ремісії від ПТСР з плином часу. Наприклад, дослідження дорослих, які вижили після катастрофи на морі, будучи підлітками, виявило, що 70% із тих, у кого було діагностовано ПТСР після інциденту, не відповідають критеріям ПТСР через 5-8 років після катастрофи.<sup>40</sup> Дослідження після терористичних нападів 11 вересня 2001 року надало чергове свідчення загального зниження поширеності ПТСР, однак, до теперішнього часу не було зроблено жодного дослідження з оцінки перебігу ПТСР протягом декількох років після цих подій. В даний час існує кілька опублікованих досліджень стосовно довготривалого ПТСР, що виник внаслідок психотравмуючого ушкодження. Будь-які майбутні дослідження повинні інтерпретуватися з обережністю, оскільки на період одужання сильно впливає фізична інвалідність, що ускладнює проведення узагальнення щодо інших груп населення з ПТСР.

Більшість з цих досліджень використали ретроспективні звіти для визначення курсу відновлення. Більш низькі показники ремісії ПТСР були знайдені серед інших популяцій, особливо коли були використані зразки більш надійних перспективних досліджень. Дослідження, в якому оцінювали австралійських ветеранів В'єтнамської війни в двох точках з проміжком в 15 років, виявило підвищені показники ПТСР на пізньому етапі.<sup>42</sup> Аналогічні показники хронічного ПТСР були виявлені у пожежників після великих лісових пожеж, де 56% тих, хто мав розлади після пожежі, все ще продовжують їх мати після чотирьох років після неї.<sup>43</sup> За 20-річний період спостереження за ізраїльськими ветеранами, Solomon знайшов коливання поширеності ПТСР зі зниженням показників через три роки після війни, але із суттєвим збільшенням на 20-ому році.<sup>44</sup> Дані декількох досліджень показують, що люди, які відповідають критеріям ПТСР в період близько шести місяців після травми, швидше за все (за відсутності ефективного лікування), показуватимуть хронічний перебіг з симптомами, що потенційно триватимуть протягом багатьох десятиліть.<sup>3,45</sup>

ПТСР, як правило, менш схильний до хронічного перебігу з ефективним лікуванням. Грунтуючись на кількох дослідженнях розумно припустити, що приблизно одна третина пацієнтів

матиме хороше відновлення після ефективного лікування, одна третина матиме помірне відновлення й одна третина навряд чи одужає.

### **Стійкість перед обличчям потенційно травматичних подій**

Хоча основна увага в цій настанові полягає в лікуванні людей, які розвивають ГСР та/або ПТСР після травматичного досвіду, ми повинні відразу ж підкреслити, що більшість людей, які піддаються травматизації, не мають розладів. Психоемоційна стійкість є звичним результатом після травматичного впливу,<sup>46,47</sup> хоча консенсусу щодо визначення психоемоційної стійкості не досягнуто. Останні визначення психоемоційної стійкості включають: "динамічний процес, що охоплює шляхи позитивної адаптації в умовах значних негараздів"<sup>48</sup> і "здатність адаптуватися та успішно справляється, незважаючи на загрозливі або складні ситуації".<sup>49</sup> Деякі дослідники вирішили визначити психоемоційну стійкість як відсутність симптоматики ПТСР після контакту з ПТП,<sup>нпр,50</sup> але інші стверджують, що відсутність симптомів ПТСР не прирівнюється до психоемоційної стійкості, так само, як відсутність хвороб не дорівнює здоров'ю.<sup>52</sup>

### **ПОСТТРАВМАТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ: ОСНОВНІ ВІДМІННОСТІ МІЖ ГСР ТА ПТСР**

Існує значне дублювання діагностичних критеріїв для двох посттравматичних станів психічного здоров'я, ГСР та ПТСР, описаних вище. Ключовою особливістю між цими двома розладами є тривалість симптомів, що необхідні для діагнозу. ГСР діагностується від двох днів до одного місяця після травматичної події, а ПТСР вимагає, щоб симптоми були присутні, принаймні, протягом одного місяця після травматичної події.

Гострий ПТСР діагностують, якщо симптоми зберігаються протягом від одного до трьох місяців; хронічний ПТСР діагностують, якщо симптоми зберігаються протягом трьох місяців або більше.

За DSM-IV діагнози відрізняються в плані уникнення і дисоціативних симптомів; ГСР вимагає ряд дисоціативних симптомів, що не включені в ПТСР, а в ПТСР робиться більший акцент на симптомах уникнення. Зокрема, в DSM-V критерії ГСР виключають вимогу наявності дисоціативних симптомів, так, що ГСР концептуалізується як гостра стресова реакція, яка не вимагає наявності груп специфічних симптомів.

### **СКРИНІНГ, ОЦІНКА ТА ДІАГНОЗ**

Люди з ГСР або ПТСР не обов'язково висловлювали занепокоєння з приводу травматичного досвіду лікарю або професіоналу в області психічного здоров'я. Вони можуть звертатися з приводу будь-якого з цілого ряду проблем, включаючи розлади настрою, гнів, проблеми у відносинах, поганий сон, сексуальну дисфункцію або фізичні скарги на здоров'я, такі як головний біль, шлунково-кишкові проблеми, ревматичні болі і шкірні захворювання. Їх травматичний досвід може навіть не бути згаданий. Дійсно, недавнє дослідження показало, що тільки 11% пацієнтів первинної медичної допомоги з ПТСР мали даний діагноз в їх медичній документації.<sup>53</sup> Ця проблема обумовлена, зокрема, уникненням, що характерно для ПТСР, що 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 педантичним в цих питаннях при скринінгу на ПТСР і враховувати це при виборі граничних балів для самозвітних інструментів. Ця проблема підкреслюється важливість наявності емпіричного встановлення оптимальних показників у різних популяціях, інформування лікарів про належне використання таких інструментів. Самозвіти мають використовуватися в якості засобів, що допомагають зорієнтуватися, а не як категоричний діагностичний інструмент.

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, практикуючий лікар може використовувати контрольний список

травматичних подій. Якщо людина відмічає будь-які події з контрольного списку, рекомендується провести короткий скринінг ПТСР. Хоча в центрі уваги таких питань будуть події, пережиті людиною, клініцисти повинні також враховувати потенціал трансгенераційних ефектів травми, особливо серед груп високого ризику, таких як діти ветеранів або людей, які вижили.

#### **Проведення скринінгу на ПТСР в умовах надання первинної медичної допомоги:**

Чи мали Ви колись у Вашому житті досвід, який був настільки страшним, жахливим або засмучуючим, що в минулому місяці Ви:

1. Мали кошмари про цю подію чи думали про неї, коли Ви цього не хотіли?
2. Намагалися не думати про це або сходили зі свого шляху, щоб уникнути ситуацій, що нагадують Вам про цю ситуацію?
3. Були постійно напоготові, пильними або легко лякалися?
4. Відчували оніміння або відстороненість від інших, діяльності або вашого оточення?

Поточні дослідження припускають, що пацієнт, який відповідає "Так" на два або кілька елементів, повинен продовжувати проходити діагностику на виявлення симптомів психотравми. В оригінальному валідаційному дослідженні пацієнтів VA/DoD первинної допомоги, пороговий бал 2 має чутливість (чутливість 0,91 і специфічність 0,72) і пороговий бал 3 має специфічність (чутливість 0,78 і специфічність 0,87). Скринінг на ПТСР в умовах надання первинної медичної допомоги також показує хорошу тестову-ретестову надійність.

В попередньому розділі розглядалося проведення скринінгу щодо осіб, які звернулися до лікаря. При вирішенні питання про застосування скринінгу до більш широкого кола населення, потенційні вигоди повинні бути зважені на рівні з практичними проблемами, такими як брак часу, штатний розклад, ресурси на диспансеризацію та наявні клінічні практичні системи. Наприклад, можна розглянути можливість систематичного скринінгу популяцій високого ризику на основі того, що вони знаходяться під впливом стихійних лих, професійних ролей (наприклад, аварійно-рятувальні служби та військовослужбовці) або іншого травматичного досвіду (наприклад, біженці). Такий підхід буде мати важливі наслідки для планування обслуговування, з метою виявлення осіб з групи ризику та спрямування обмеженого обсягу наявних ресурсів на тих, хто з найбільшою ймовірністю отримає користь від надання втручання, що засновується на доказовій базі. Це, звичайно, припускає, що існує достатня кількість кваліфікованих і досвідчених лікарів, які можуть надати допомогу, засновану на доказовій базі, для тих, хто проявляє позитивні прояви у постраждалій громаді. В даний час існує безліч місць, де люди, які демонструють позитивні прояви ПТСР, мають значні труднощі з доступом до належної допомоги. В таких умовах під час проведення скринінгу серед населення виникають складні етичні питання і не слід проводити його без ретельного розгляду.

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

GPP1 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.

GPP2 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.

GPP3 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.

GPP4 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.

GPP5 Скринінг повинен проводитися в контексті системи обслуговування, яка включає належне надання послуг для тих, хто потребує допомоги.

GPP6 Будь-яка особа, яка отримала позитивні результати внаслідок проведення скринінгу, має отримати ретельне діагностичне обстеження.

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

ПТСР часто пов'язаний з дифузним і широким спектром симптомів і порушень, крім того клінічні прояви можуть варіювати залежно від індивідуальних особливостей та обставин особистості. Таким чином, рекомендованою є комплексна оцінка, включаючи детальну історію як частину будь-якої детальної клінічної діагностики. Під час ПТСР та супутніх станів оцінка повинна включати історію психотравми в анамнезі, охоплюючи попередній психотравматичний досвід, а також "індекс" травматичної події. Немає необхідності отримувати деталі цього досвіду при першій зустрічі; достатнім є отримання загального уявлення про психотравматичну подію, впливу якої зазнала людина. Наполегливість в отриманні деталей на цій ранній стадії оцінки не лише може бути болісною для людини, але і може мати антитерапевтичний ефект. Подальше лікування ПТСР, ймовірно, включатиме подальше просування через докладний опис психотравмуючої події.

В якості частини оцінки мають бути розглянуті минулі і нинішні обставини життя, поточний і минулий стан психосоціального функціонування (минулий стан психосоціального функціонування є особливо важливим у тому разі, коли психотравма включає раннє сексуальне або фізичне насильство), наявність і протікання симптомів ПТСР та будь-які коморбідні розлади (в тому числі вживання психоактивних речовин). Клініцисти також повинні враховувати потенціал трансгенеративного ефекту психотравм, особливо серед таких груп ризику, як діти ветеранів або людей, які пережили Голокост. Особливу увагу слід також приділяти питанням фізичного здоров'я. Вони можуть включати проблеми, пов'язані з каліцтвом, що виникло в результаті травматичного інциденту, здоров'ям, зміни в поведінці у зв'язку з інцидентом, супутні або набуті фізичні проблеми зі здоров'ям і лікування, яке проводилося для будь-якої з даних проблем.

Також мають оцінюватись показники повноцінності якості життя, такі як задоволеність власним фізичним, соціальним статусом, станом навколишнього середовища та здоров'я, подружньою і сімейною ситуацією, станом професійного, правового і фінансового забезпечення. Важливою є точна оцінка мережі підтримки особистості, так як хороша соціальна підтримка на пряму пов'язана з процесом одужання. Важливо відмітити, що *усвідомлення* соціальної підтримки може бути більш тісно пов'язане з психічним здоров'ям і благополуччям серед тих, хто першим реагує на травмуючі події, ніж *фактична* соціальна підтримка.

Там, де це можливо, і з дозволу особи в процес оцінки має бути включена інформація з інших джерел. Вона може включати, наприклад, бесіди з людьми, які можуть надати необхідну інформацію, такими як чоловік/дружина, інший член сім'ї або колега. Вона може включати в себе інформацію від інших медичних працівників, які беруть участь у догляді за людиною, особливо ті, хто був знайомий з людиною протягом кількох років (і, в ідеалі, до травматичної події).

Сюди може бути включена інформація з медичних карток або з інших документальних джерел. Ця "третя складова" отримання інформації стає особливо важливою у тих випадках, коли можуть виникати проблеми у вигляді юридичної відповідальності і/або компенсації і де існують побоювання щодо можливості перебільшення або вигадки симптомів. Навіть в повсякденній клінічній практиці можна зіткнутися з особистостями, які можуть перебільшувати наявні симптоми для нефінансових вторинних вигод, наприклад, для рушійної сили в сімейному житті або перебування в ролі хворого. Це також може, звичайно, вплинути на фінансові вигоди, не пов'язані з судовим процесом (наприклад, допомога по хворобі).

При розробці плану лікування слід розглянути фактори, які найімовірніше можуть вплинути на результат лікування, такі як попередні проблеми у сфері психічного здоров'я, особливо депресія, попередній досвід лікування і копінг-стратегії, які застосовувалися до отримання психотравми. Має бути врахований ризик самоушкодження, самогубства і нанесення шкоди іншими; люди з ПТСР, які мають схильність до самогубства або скоєння вбивства, повинні

перебувати під постійним наглядом. Слід звернути особливу увагу на оцінку факторів психоемоційної стійкості і витривалості людини. Плани лікування повинні спиратися на ці сильні сторони.

Комплексна оцінка і формулювання діагнозу не повинні зводитися до певних усталених висновків, а повинні бути постійним процесом. Протягом усього курсу лікування має застосовуватися підхід, заснований на співпраці з пацієнтом для контролю благополуччя і прогресу в лікуванні. Це стає особливо важливим, коли лікування не допомагає людині відновитися. В цих умовах лікар повинен ретельно переглянути діагноз та звернути увагу на співіснуючі психосоціальні проблеми і провести більш ретельну оцінку особистості. Спільне обговорення висновків з людиною, з приділенням особливої уваги існуючим факторам та бар'єрам на шляху до вдосконалення, підвищує залученість і, швидше за все, підвищує результати лікування.

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

GPP7 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.

GPP8 Оцінка повинна включати оцінку психічної стійкості і сильних сторін, а також «відповіді» на попередні лікувальні заходи.

GPP9 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.

GPP10 В рамках належної клінічної практики, оцінка повинна відбуватися в кількох часових точках після травмуючого впливу, зокрема, якщо особа проявляє ознаки ознаки триваючих труднощів або психологічного виснаження.

GPP11 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 установ неструктуровані клінічні інтерв'ю складаються зі стратегії первинної оцінки. Однак, оскільки посттравматичний стрес може бути пов'язаний з компенсаціями, в якийсь момент може виникнути необхідність об'єктивної оцінки, яка буде полягати в більш ретельній перевірці. Незалежно від контексту, клініцист повинен підтримувати баланс між наданням емпатичної підтримки постраждалій людині та отриманням достовірної та об'єктивної інформації. Повний огляд системи оцінки питань у ПТСР див. у Simon,<sup>68</sup> Wilson і Keane.<sup>69</sup>

В даний час немає золотого стандарту, відповідно до якого можна зробити всебічну діагностичну оцінку ПТСР. Швидше, клініцисти повинні прийняти комплексний підхід, що включає інформацію з різних джерел. У клінічних установах це може включати неструктуровані психіатричні інтерв'ю (для вивчення проблем та збору інформації, що докладно описано в попередніх параграфах), структуроване клінічне інтерв'ю, опитувальні із самозвіту і (де можливо) розповіді важливих людей в житті пацієнта. У дослідницьких умовах можна додати психофізіологічні показники, що оцінюють активність симпатичної нервової системи за допомогою таких заходів, як частота серцевих скорочень, м'язова напруга, кров'яний тиск та потовиділення, і це може забезпечити додаткову ступінь об'єктивності, хоча це рідко буває практичним в клінічних умовах.

#### **Диференційна діагностика**



Важливо пам'ятати, що ПТСР – не єдиний психічний розлад, що виникає внаслідок впливу травмуючої події. Інші поширені діагнози включають депресію, інші тривожні розлади, такі як панічний розлад, розлад генералізованої тривоги і специфічні фобії, зловживання/залежність від психоактивних речовин і розлади адаптації. Увага має бути приділена діагностиці ускладненого горя (раніше відомий як травматичне горе) після тяжкої втрати, адже зростає потреба у виділенні його в якості окремої діагностичної одиниці. Є ймовірність, що воно, швидше за все, буде включене до Додатку DSM-V як Розлад, пов'язаний з втратою (див. огляд Shear і співавт.<sup>70</sup>). Останні запропоновані критерії ускладненого горя<sup>70,71</sup> містять деякі подібності 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 відмінною рисою ускладненого горе є туга і печаль, на відміну від ПТСР, який, як правило, характеризується страхом.

Ці порушення можуть розвиватися після травматичного впливу замість ПТСР або в якості коморбідних розладів, що супроводжують ПТСР. Обидві ці можливості слід враховувати у тому випадку, якщо клінічна картина є складною. Хоча вони не обов'язково є частиною діагностичної картини, часто також зустрічаються кілька пов'язаних між собою характеристик, в тому числі провини, агресія, соматичні скарги, проблеми у взаєминах і порушення професійного функціонування. Ці характеристики є важливими для оцінки, оскільки вони можуть впливати на ефективність лікування та/або самі стають мішенню для прямого втручання.

Ті, хто вижили після тривалої або багаторазової травматичної події (наприклад, сексуальне насильство в дитинстві, тортури), частіше відчувають ряд супутніх особливостей ПТСР, зокрема, скарги соматичної природи, міжособистісні та афективні порушення, пограничні розлади особистості. Існує значне перекриття симптомів між цим більш складним ПТСР та пограничними розладами особистості. Ретельна оцінка потрібна для розрізнення цих двох діагнозів.

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

GPP12 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>72</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>73</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 незгадані травматичні спогади, і воно не радять 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>74</sup>

Можливість перебільшення симптому повинна бути врахована, якщо людина повідомляє, про всі 17 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, за якою оцінює клініцист (CAPS),<sup>75,76</sup> є психометричним надійним приладом, призначеним для подолання багатьох інших обмежень структурованих інтерв'ю ПТСР.<sup>76</sup> Кожен симптом оцінюється за інтенсивністю та частотою і, де це можливо, залежить від поведінки. В той час як CAPS настійно рекомендується для використання в наукових дослідженнях, вона є дещо складною для використання в рутинній клінічній практиці. Кілька інших добре перевірених структурованих інтерв'ю ПТСР, які коротші і простіші для проведення, доречні в даному контексті. Див. Weiss<sup>77</sup> для огляду. Два, що настійно рекомендуються, включають Шкалу інтерв'ю симптомів ПТСР (PSS-I)<sup>78</sup> і Структуроване інтерв'ю для ПТСР (SIP).<sup>79</sup>

#### **Заходи самозвітування**

Існує безліч заходів самозвітування для загальних і конкретних груп населення для оцінки симптомів ПТСР і ряд комплексних заходів оцінки.<sup>нпр.80,81</sup> Найкращі шкали психометрично надійні та відносно ненав'язливі. Хоча ці заходи забезпечують дійсну оцінку людиною власного

сприйняття симптомів без впливу з боку інтерв'юера, вони можуть бути більш схильні, ніж інтерв'юери, перебільшувати або применшувати симптоми. Вони також обмежені щодо діагностичної точності, оскільки вони більш надійно зосереджуються на загальних почуттях розладу, ніж на конкретних симптомах. Відповідно, недоцільно покладатися на заходи самозвітування як єдиний (або основний) засіб діагностики. Скоріше, вони служать як корисний засіб скринінгу перед більш інтенсивними процедурами інтерв'ю або щоб оцінювати зміни симптомів як функцію лікування шляхом багаторазового проведення.<sup>82</sup>

Деякі усталені шкали використовуються протягом десятиліть і продовжують користуватися популярністю серед клініцистів і дослідників (наприклад, Шкала впливу подій<sup>83</sup>). Однак діагностичні критерії розвинулися в останні роки і рекомендуються більш нові шкали, які є одночасно психометрично сильними і які відповідають сучасним діагностичним критеріям, де це можливо. Одним з прикладів є Контрольний перелік симптомів ПТСР (PCL)<sup>62</sup>, який оцінює 17 симптомів ПТСР по DSM-IV, кожен з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою від «зовсім не заважає» до «надзвичайно заважає». Окремі форми доступні для військових, цивільних і специфічних стресорів. Для заповнення цієї шкали потрібно лише кілька хвилин, аби отримати надійні психометричні дані. Значення 50 балів найчастіше є рекомендованим в якості діагностичної точки відсікання, хоча оптимальним підходом до вибору точки відсікання PCL є використання значення, виявленого у дослідженнях, які аналізують аналогічні типи травми у схожих умовах. Існує помітний розкид в рекомендованих балах відсікання; наприклад, точка відсікання 50 рекомендується для ветеранів бойових дій, у той час як нижчі точки відсікання 30-37 рекомендуються для використання у цивільних групах у закладах первинної медичної допомоги. McDonald<sup>85</sup> та Calhoun<sup>86</sup> надають сучасний і цінний огляд діагностичної точності PCL. Версія самозвіту шкали симптомів ПТСР (PSS-SR)<sup>87</sup> аналогічна PCL, в той час як Травматична шкала Девідсона (DTS)<sup>88</sup> дозволяє оцінювати частоту та інтенсивність. У кінцевому аналізі, напевно, залишається невеликий вибір між цими шкалами; будь-яка є корисним доповненням для клініцистів і дослідників. Проте, варто зазначити, що PCL є однією з небагатьох безкоштовних шкал для клініцистів всього світу.

На додаток до вимірювання симптомів, важливим є більш широкий інструмент якості життя, який вимірює прогрес в одужанні і реабілітації. Один з найбільш часто використовуваних інструментів оцінки якості життя є коротка форма Інструменту ВООЗ з оцінки якості життя (WHOQOL), WHOQOL-BREF,<sup>89</sup> чий значення є крос-культурно застосовними і мають хороші психометричні властивості.<sup>90</sup>

Хоча психоемоційна стійкість є частим результатом після впливу травматичної події, є дуже мало емпіричних досліджень щодо існування психоемоційної стійкості. Замість цього, показники адаптивних результатів описані в якості доказу психоемоційної стійкості, як правило, у сфері соціальної та психологічної компетентності. Наявні вимірювання включають Resilience Scale<sup>91</sup> та Connor-Davidson Resilience Scale<sup>92</sup> (CD-RISC). Хоча вони показали перспективність, поки ще немає достатніх даних для виявлення оптимального або рекомендованого виміру.

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

GPP13 Рекомендується, щоб лікар при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя керувався доступними схваленими методиками самозвіту та структурованими клінічними інтерв'ю.

GPP14 Рекомендується, щоб лікар також використовував методіку 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>			
Шкала ПТСР, за якою оцінює клініцист – Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) <sup>75,76</sup>	34 (+10)	Вважається «золотим стандартом» оцінки ПТСР, хоча дещо складна для використання в клінічній практиці. Кожен симптом ПТСР по DSM-IV оцінюється за інтенсивністю і частотою, і, де це можливо, визначається поведінково. На додаток до 17 основних пунктів є додаткові питання, що оцінюють провину (4 питання) і дисоціацію (6 питань).	Відмінна надійність і достовірність. <sup>76</sup>
Шкала посттравматичного стресу – Опитувальник – PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I) <sup>78</sup>	17	Надає єдину оцінку тяжкості (від 0-3) для кожного симптому ПТСР, отримуючи загальний бал тяжкості ПТСР, а також бали для повторного переживання, уникнення та збудження. Більш короткий час оцінки, ніж CAPS, особливо для пацієнтів зі значними симптомами ПТСР. <sup>93</sup>	Гарна надійність повторного тестування (від 0,66 до 0,80) протягом 1 місяця і висока міжекспертна надійність (від 0,93 до 0,97). <sup>78</sup> PSS-I сильно корелює з CAPS (0,87) <sup>93</sup>
Структуроване інтерв'ю щодо ПТСР (SIP) <sup>79</sup>	17 (+2)	Оцінює 17 симптомів ПТСР з двома додатковими питаннями оцінки провини. Кожен елемент оцінюється від 0-4 і надає єдину оцінку частоти, тяжкості і функціонального погіршення.	Гарна внутрішня узгодженість (0,80). Висока надійність повторного тестування (0,89) і міжекспертна надійність (0,90)
<b>Засоби самозвітвання</b>			
Шкала впливу подій – переглянута – Impact of Event Scale – Revised (IES-R) <sup>94</sup>	22	Не відповідає безпосередньо критеріям DSM-IV 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>94</sup>
Контрольний перелік симптомів ПТСР – PTSD Checklist (PCL) <sup>62</sup>	17	Оцінює 17 симптомів ПТСР по DSM-IV, кожен за п'ятибальною шкалою від «зовсім не заважає» до «надзвичайно заважає». Окремі форми є для військових, цивільних і специфічних стресорів. Існує помітна різниця в рекомендованих показниках відсікання; наприклад, точка відсікання 50 рекомендується для ветеранів бойових дій, в той час як більш низькі точки відсікання 30-37 рекомендуються для використання у цивільних групах у закладах первинної медичної допомоги <sup>85</sup>	Висока надійність повторного тестування протягом 2-3 днів. Внутрішня узгодженість дуже висока для кожного з кластерів симптомів DSM-IV, а також для повної шкали 17 пунктів. PCL має високий рівень достовірності при порівнянні з CAPS. <sup>84</sup>

Посттравматична діагностична шкала – Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) <sup>95</sup>	49	На додаток до вимірювання ступеня тяжкості симптомів ПТСР (критерії В, С та D), PDS також цікавиться досвідом травматичної події Критерію А, тривалістю симптомів (критерій Е) і наслідками симптомів на повсякденну діяльність (критерій F).	Відмінна внутрішня узгодженість (від 0,84 до 0,92) і надійність повторного тестування (від 0,77 до 0,85). PDS має чутливість 0,89 і специфічність 0,75. <sup>95</sup>
Шкала симптомів ПТСР – PTSD Symptom Scale (PSS-SR) <sup>78</sup>	17	PSS-SR була попередником PDS. Вона складається з тих же 17 пунктів, що і PSS-I (див «Опитувальники» вище), хоча деякі елементи повторно сформульовані для ясності. Як і у варіанті інтерв'ю, тяжкість кожного симптому оцінюється від 0 до 3.	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>78</sup>
Травматична шкала Девідсона – Davidson Trauma Scale (DTS) <sup>88</sup>	34	Кожен симптом ПТСР оцінюється за п'ятибальною шкалою щодо частоти (від «немає» до «кожен день») і тяжкості (від «незначна» до «надзвичайна»).	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).
Детальна оцінка посттравматичного стресу – Detailed Assessment of Posttraumatic Stress (DAPS) <sup>96</sup>	105	Містить докладну інформацію про історію впливу травми на індивіда, а також його безпосередню реакцію, стійкі психологічні посттравматичні симптоми стресу і рівень посттравматичного порушення в контексті конкретної травматичної події.	Ймовірний діагноз ПТСР по DSM-IV, згенерований DAPS, має хорошу чутливість (0,88) і специфічність (0,86) в порівнянні з CAPS.
Анкета симптомів травми – Trauma Symptom Inventory (TSI) <sup>97</sup>	100	Кожен пункт симптомів оцінюється за його частотою протягом попередніх шести місяців, використовуючи шкалу з чотирма пунктами в межах від 0 («ніколи») до 3 («часто»). TSI не встановлює діагнози DSM-IV; замість цього вона оцінює відносний рівень різних форм посттравматичного дистресу.	Відмінна внутрішня узгодженість (від 0,84 до 0,87) і помірна достовірність. Дійсність коваріює, як і очікувалося з подібними масштабами від інших заходів.
Гарвардська анкета травми – Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) <sup>98</sup>	Різні	Перефразована 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>99,100</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>101,102</sup> Тим не менш, слід зазначити деякі застереження з цього приводу. 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**

З точки зору впливу психологічної коморбідності на ефективність лікування дані також є неоднозначними і суперечливими. Кілька досліджень визначили наступні особливості, такі як депресія,<sup>103,104</sup> генералізовані тривожні розлади,<sup>105</sup> пограничні розлади особистості,<sup>106,107</sup> гнів,<sup>13,108-110</sup> розлади, пов'язані з вживанням алкоголю,<sup>111,112</sup> соціальне відчуження<sup>107,113,114</sup> та порушення емоційної регуляції<sup>115</sup> як такі, що негативно впливають на результати лікування.<sup>нпр,116-118</sup> З іншого боку, в ряді досліджень не вдалося виявити вплив коморбідності на результат лікування, припускаючи, що вплив коморбідності може бути специфічним для окремих випадків або що більш конкретні прогностичні компоненти цих факторів поки не виявлено.

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>119</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.

Необхідно провести розбір досліджень для надання більш вагомих доказів щодо елементів втручання, які можуть застосовувати послідовно або одночасно для лікування коморбідних ПТСР і зловживання психоактивними речовинами. За відсутності таких доказів, ця настанова містить додаткові рекомендації для практикуючих лікарів, засновані на експертному консенсусі думок (див. розділ 5 "Узгодження супутніх захворювань"). Одночасне лікування найчастіше характеризується використанням освітньої терапії та ТФ-КПТ по відношенню до обох розладів перед застосуванням травмофокусованих втручань, *in vivo* або імагінальних.<sup>120</sup> На даний час дослідження не надають твердих висновків про тимчасове покращення під час лікування коморбідних ПТСР і зловживання психоактивними речовинами; деякі автори повідомляють, що початкове поліпшення тяжкості ПТСР призводить до зниження зловживання психоактивними речовинами,<sup>121</sup> в той час як інші припускають, що зменшення вживання психоактивних речовин, швидше за все, призведе до зміни в симптоматиці ПТСР.<sup>118</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>122</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 недавніх дослідження вивчали ефективність інтеграції лікування депресії та ПТСР, з акцентом на поведінкову активацію протягом першої половини лікування та проведення експозиції під час другої. Вплив зміни порядку проведення лікування не був досліджений. Обидва дослідження показали, що поведінкова активація покращує симптоми обох коморбідних розладів і що експозиційний компонент призводить до зниження ступеня тяжкості ПТСР.<sup>123,124</sup> Gros і його колеги повідомили, що експозиційний компонент також призводить до значних змін в лікуванні депресії, але на обох фазах лікування поліпшення в лікуванні депресії пояснювалися поліпшеннями в лікуванні ПТСР. Таким чином, у багатьох випадках усунення симптомів ПТСР дозволить поліпшити коморбідну депресію. Люди з важкою депресією, з симптомами, які навряд чи будуть реагувати на заходи лікування ПТСР, можуть отримати позитивні результати від лікування, застосовуючи специфічні для лікування депресії техніки.

У плані медикаментозного лікування коморбідних ПТСР та депресії є деякі підстави припускати, що пацієнти, які виявляють неповну або відсутню відповідь на лікування антидепресантами, можуть отримати користь з додаткового лікування за допомогою антипсихотика арипіпразолу.<sup>125</sup>

### **Невиліковні хвороби**

Невиліковно хворі люди з ПТСР, незалежно від причини його виникнення, можуть страждати від більшого емоційного стресу, зниження якості життя і нижчого медичного прогнозу, ніж ті, які не мають ПТСР. Доцільність стандартного лікування для ПТСР багато в чому залежить від пацієнта і стадії хвороби. Для пацієнтів на останній стадії невиліковної хвороби численні тривалі й інтенсивні заняття, спеціально розроблені для ефекту тривалого поліпшення симптомів ПТСР, зазвичай не вважаються доцільними. Замість цього більш виграшним є зосередження на максимізації якості життя. Один з можливих підходів до управління ПТСР з даною групою населення є модель ступінчатого надання допомоги, в якій інтенсивність лікування збільшується тільки, якщо прогноз хворого надає достатньо часу, щоб зробити це, і якщо попередні рівні

втручання виявилися неефективними. Так, наприклад, початкова стадія лікування може полягати у роботі з практичними питаннями, такими як зв'язок з соціальним середовищем, у той час як наступні етапи можуть навчити копінг-стратегіям, таким як релаксація або когнітивна реструктуризація, із застосуванням травмофокусованих методів тільки при необхідності і якщо дозволяє час. Може знадобитися внесення змін до стандартної процедури експозиційної терапії, наприклад, скорочення тривалості сесій, якщо втома є проблемою, або зниження інтенсивності впливу.

### **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 нейробиологічні 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>115,141,142</sup> Це узгоджується з висновками для ряду інших розладів тривожності і настрою.<sup>143</sup> На жаль, для людей, які зазнали серйозної міжособистісної травми, такої як тортури або сексуальне насильство над дітьми, встановлення довірчих терапевтичних відносин часто може бути особливо складним. В більшості випадків, ці труднощі будуть подолані, якщо практикуючий лікар здатний передати щире співчуття і тепло по відношенню до людини, і може також допомогти використання вступних компонентів лікування, таких як психоедукація і навчання



навичкам управління симптомами. При роботі з подібною групою населення може знадобитися більше часу, який потрібно буде присвятити побудові терапевтичного альянсу з акцентом на травму.

Існують також докази того, що очікування людини щодо результатів лікування позитивно пов'язані з фактичними результатами. Цей ефект очікувань щодо лікування був виявлений у ветеранів В'єтнаму з ПТСР<sup>144</sup> та інших осіб з ПТСР,<sup>144</sup> генералізованим тривожним розладом<sup>145,146</sup> соціальною тривожністю<sup>147,148</sup> та хронічним болем.<sup>149</sup> Ці дані підкреслюють необхідність того, щоб клініцист на ранніх стадіях витратив час на роз'яснення природи та очікуваних результатів лікування, на створення спільного і (реалістичного) оптимістичного підходу.

#### **Мотивація до змін**

Ще одним потенційним засобом впливу на результат лікування у пацієнта є мотивація до змін. Деяким людям з ПТСР може бути важко розпізнати, коли їх думки або поведінка є марними, тому вони не бачать сенсу змінюватись. Транстеоретична модель Prochaska і DiClemente<sup>150</sup> пропонує п'ять стадій готовності до змін (очікування, споглядання, підготовка, дія, підтримання), які вимагають різних терапевтичних підходів. Згідно з цією моделлю, лікування ПТСР за допомогою травмофокусованої терапії навряд чи буде ефективним для пацієнтів, які знаходяться на ранніх стадіях змін та які ще не визнають, що їх симптоми є проблемою. Такі пацієнти можуть, однак, отримати користь від проведення технік мотиваційного інтерв'ювання, які можуть бути корисними в сприянні готовності до змін серед такої групи населення, як ті, що зловживають психоактивними речовинами.<sup>151</sup> Цей підхід може включати психоедукацію, яка допомагає пацієнтові продумати плюси і мінуси, пов'язані з його поведінкою, і порівняти свою поведінку з поведінкою звичайних людей без ПТСР.<sup>151</sup> Розуміння необхідності змін дозволить пацієнту більш серйозно поставитись до питання вживання заходів для здійснення змін, таких як, наприклад, залучення до травмофокусованої терапії.

#### **Демографічні дані**

Переважна більшість досліджень в області ПТСР проводилася на дорослих, зазвичай у віці від 18 до 65 років. Наявно менше досліджень, проведених серед молодих людей, але наступний розділ присвячений ПТСР у дітей і підлітків, і він розглядає особливості лікування цієї вікової групи. Аналогічний недолік емпіричних даних існує у відношенні до лікування ПТСР в осіб похилого віку. В той час як панує думка про те, що літні люди (визначається як люди у віці 65 років і старше) можуть бути менш сприйнятливими до лікування ПТСР, є обмежена кількість досліджень з цього питання. Обнадійливим є те, що останні два огляди не підтримують цієї думки. Навпаки, обидва зробили висновки про те, що основні психологічні методи лікування, такі як КПТ, є результативними серед літніх людей з ПТСР,<sup>152,153</sup> хоча є деякі підстави припускати, що додавання нарративного підходу до стандартної процедури КПТ може бути корисним для літніх людей. Необхідні подальші дослідження в цій галузі.

Що цікаво, факти говорять про те, що інші демографічні змінні, такі як сімейний стан, зайнятість і рівень освіти багато в чому не мають впливу на результати лікування.<sup>113,154,155</sup> Епідеміологічні дослідження зазвичай вказують на більш високу поширеність ПТСР у жінок, ніж у чоловіків, хоча причини цього не зрозумілі. Це може, наприклад, пояснюватися типом травми, оскільки жінки частіше страждають від міжособистісного насильства з боку тих, кого вони знають і кому довіряють. Дослідження мають достовірно виявити будь-які інші біопсихосоціальні фактори, які можуть пояснити цю гендерну відмінність. У плані лікування результати досліджень свідчать про те, що жінки краще реагують на психологічні методи лікування<sup>105</sup> або про відсутність суттєвих гендерних відмінностей в результатах лікування.<sup>156,157</sup> Хоча є деякі припущення, що жінки можуть краще реагувати на фармакологічні методи лікування ПТСР, ніж чоловіки, важко розмежувати ці висновки від інших видів характеристик, таких як статус ветерана, які можуть пояснити меншу ефективність лікування.

#### **Умови лікувального процесу**

Бувають випадки, коли лікування ПТСР доводиться проводити в умовах триваючого впливу стресу і травми. Такі умови можуть включати роботу в імміграційних центрах і таборах, виправних установах, на полі бойових дій і там, де існує загроза насильства в сім'ї. На додачу до

ступеню стресу, притаманного таким умовам, забезпечення лікуванням може бути додатково ускладнене можливістю подальшого впливу нових травм, коротким і невизначеним терміном перебування, відсутністю доступу до історії психіатричного здоров'я і небажаннями пацієнта розкривати інформацію, побоюючись шкоди для його статусу (наприклад, юридичні питання, клопотання про надання притулку). Незважаючи на велику кількість людей, які могли б отримати користь від лікування ПТСР у цих умовах, є лише декілька досліджень, які досліджували ефективність впровадження та ефективність втручань у таких умовах. Neuner і колегами, однак, було проведено два важливих дослідження стосовно лікування ПТСР в осіб з табору біженців в Уганді.<sup>159,160</sup> Обидва дослідження показали багатообіцяючі результати. Огляд, проведений Heckman, Cropsey, і Olds-Davis,<sup>161</sup> підкреслив відсутність методологічно обґрунтованих досліджень з лікування ПТСР у виправних установах, посиляючись лише на одне дослідження з багатообіцяючими результатами. Аналогічно, існує дуже мало досліджень стосовно лікування ПТСР серед військових у період бойових дій. Є необхідність у більшій кількості досліджень ефективності лікування ПТСР і стратегій надання лікування в таких умовах.

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

GPP15 Лікарям-психіатрам рекомендується в своїх оцінках звернути увагу на наявність і тяжкість супутніх захворювань з метою розгляду наслідків таких захворювань для планування лікування.

GPP16 До лікування залишкової симптоматики необхідно звертатись після лікування симптомів ПТСР.

GPP17 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.

GPP18 Лікарі-психіатри повинні забезпечити чітке обґрунтування для лікування та сприяти отриманню надійного і тривалого результату лікування.

GPP19 Лікарі-психіатри та реабілітологи повинні працювати разом, щоб сприяти отриманню оптимальних психологічних та функціональних результатів.

GPP20 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 процедури є більш ефективними, ніж інші, справа в тому, що різні терапевтичні підходи продемонстрували позитивний вплив на лікування ПТСР. У світлі цього, існує сильний аргумент для того, щоб припустити, що майбутні дослідження повинні бути спрямовані на подальший розвиток розуміння того, які механізми беруть участь у розвитку і підтримці ПТСР і, відповідно, які механізми мають бути спрямовані на лікування.<sup>164</sup> Дослідження виявлення загальних механізмів може допомогти пояснити, чому деякі, здавалося б, абсолютно різні терапевтичні підходи дають однаково високі результати. Хоча багато було написано щодо механізмів, що лежать в основі травмофокусованих підходів (див., наприклад, Ehlers і співавт.<sup>165</sup> або Фоа і співавт.<sup>166</sup>), важливо розуміти механізми, за допомогою яких фокусована на сьогоднішній терапія, міжособистісна терапія, тренінг запобігання стресу та інші форми лікування, які не пов'язані з фокусуванням на травматичних спогадах, можуть спрацювати. Якби ці механізми були краще зрозумілі, доопрацювання процедур, які націлені на ці механізми в лікуванні, може призвести до більш високих результатів лікування.

У цьому контексті важливо зазначити, що концепція контролю ефекту плацебо в дослідженнях психологічного лікування є проблематичною<sup>167</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>164</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 розроблені спільно з пацієнтом після проведення первісної оцінки, при цьому слід керуватися всебічною оцінкою людини та її особистих пріоритетів. Цілі лікування повинні бути спільно розглянуті та модифіковані по мірі необхідності, через регулярні проміжки часу в процесі лікування. В ідеалі, цілі повинні бути: конкретними, вимірними, досяжними, актуальними й обмеженими у часі (або, ще краще, оцінюваними і переоцінюваними).

Першим завданням лікування є зниження ПТСР і супутніх симптомів. Науково обґрунтоване лікування в якості показника результативності лікування використовує міру тяжкості симптомів ПТСР, і саме це є тією метою, для якої розробляються методи впливу. Крім основних симптомів ПТСР, швидше за все, мета лікування може включати коморбідну депресію і тривогу, а також гнів і провину. Все це має наслідки для лікування, з деякою ймовірністю несприятливого впливу на результати лікування симптомів ПТСР. Для деяких, особливо тих, хто піддавався довготривалому сексуальному насильству в дитинстві або тортурам, клінічне втручання спочатку часто потрібно зосередити на симптомах дисоціації, імпульсивності, емоційної лабільності (що впливає на регуляцію), соматизації і труднощів у міжособистісних відносинах.<sup>168</sup>

У той час як більшість доказової літератури фокусується на зменшенні симптомів, лікар не повинен упускати з уваги питання налагодження благополуччя, повсякденного функціонування і якості життя особи. Досягнення оптимального психосоціального функціонування так само важливе, якщо не більше, як і зниження симптомів. Дійсно, для осіб з хронічним ПТСР поліпшення психосоціального функціонування може бути основною метою, яка випереджає зниження симптомів ПТСР. Маючи на увазі цю мету, повинні бути оцінені нагальні потреби в практичній і соціальній підтримці і лікування повинне бути сфокусоване з самого початку на благополуччі та психосоціальній реабілітації.

Психологічна реабілітація може поліпшити функціональну здатність і полегшити відновлення шляхом мінімізації пов'язаних з цим проблем, таких як безпритульність, соціальна пасивність, ризикована поведінка і безробіття.<sup>169</sup> Цілеспрямовані клінічні втручання та втручання, пов'язані з навичками справлятися з інвалідністю, можуть допомогти людині з ПТСР поліпшити своє рольове функціонування і розвинути навички і ресурси, спрямовані на досягнення індивідуальних потреб з метою запобігання, профілактики подальшої або скорочення існуючої інвалідності, пов'язаної з розладом.<sup>170</sup>

Заходи психосоціальної реабілітації мають сильну емпіричну підтримку серед групи населення, яка переживає різні психічні розлади,<sup>171</sup> і зростаюча кількість літератури виділяє такі підходи як корисні для людей з ПТСР (для оглядів див. <sup>169,172</sup>). Втручання, в тому числі психоедукація членів родини, підтримка процесу отримання освіти і зайнятості, інтенсивна

терапія і консультування впроваджуються з позитивним результатом у ветеранській групі населення з різними психічними розладами і в даний час існує кілька рандомізованих досліджень їх ефективності.<sup>172</sup> Серед інших груп населення подібні заходи пов'язані з цілим рядом позитивних результатів, включаючи зменшення симптомів, зниження ризику рецидивів, підвищення стабільності умов проживання, поліпшення соціального функціонування та працездатності, зниження стресу в сім'ї, підвищення якості життя.<sup>173-176</sup>

Тому увага повинна бути приділена соціальній реінтеграції та професійній реабілітації на етапі початкової оцінки та планування лікування. В деяких випадках це може включати підтримку здатності людини залишатися на роботі або повернення на роботу в найкоротший термін, навіть на умовах обмежених трудових обов'язків. Вона повинна також включати огляд і, при необхідності, втручання з метою оптимізації соціальної мережі підтримки. Сім'я і більш широка система допомоги, за можливості, повинні бути залучені на ранньому етапі і забезпечені інформацією про ПТСР, а також повинні бути залучені до спільного надання допомоги та планування відновлення.

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

GPP21 Лікар повинен оцінити безпосередньо потреби в практичній і соціальній підтримці та забезпечити санітарно-освітню роботу і рекомендації, відповідно.

GPP22 Відповідна мета лікування повинна бути адаптована до унікальних умов і загальних потреб охорони психічного здоров'я конкретної особистості та встановлена у співпраці з пацієнтом.

GPP23 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**

Австралійські дорослі з ПТСР є вихідцями з різних етнічних і культурних шарів, з англійською як другою мовою у багатьох випадках. Послуги мають бути максимально доступними, а інформація має бути наявною на різних мовах і поширюватися через лікарів загальної практики і медичних центрів, що надають первинної медичну допомогу для різних етнічних і культурних груп. Також повинні бути доступні перекладачі, за необхідності. Кілька питань для розгляду при роботі з перекладачами (та інші питання, пов'язані з різним етнічним і культурним населенням) включені в частину з питань біженців та шукачів притулку у розділі 7 цієї настанови.

Очевидним питанням для області психічного здоров'я в цілому і області ПТСР зокрема є те, якою мірою методи лікування, які довели свою ефективність в західних країнах, можуть бути застосовані в інших контекстах і культурах. Очевидно, що культурно чутливі корективи способу лікування мають вирішальне значення. Крім того, як наголошується в систематичному огляді літератури, в даний час завершені кілька добре контрольованих досліджень лікування ПТСР на основі доказів в незахідних культурних умовах, що мають обнадійливі результати. Є всі підстави припускати, що ці методи лікування можуть бути ефективними в різних культурах за умови, що вони надаються чуйним та адекватним способом. При роботі з людьми з неангломовного середовища практикуючий лікар повинен познайомитись з культурою людини і підтримувати зв'язок з постачальниками медичних послуг даної культури, при необхідності, щоб зрозуміти культурні вираження дистресу і підтримувати відповідне застосування втручань, представлених у цій настанові.

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

GPP24. 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.

Члени сім'ї можуть потрапити під безпосередній або опосередкований вплив симптомів ПТСР. Дослідження незмінно показують, що партнери людей з ПТСР відчувають значні психологічні страждання у порівнянні із загальною популяцією. У них можуть розвиватися значні власні емоційні труднощі як результат захворювання їх партнера. Такі симптоми, як дратівливість і гнів, відсутність залученості до сімейних справ, емоційна сухість або зловживання психоактивними речовинами можуть спричинити глибокий вплив на тісні особисті стосунки. Можуть виникати додаткові проблеми, такі як нездатність впоратися з роботою, що веде до фінансових ускладнень в сім'ї. Члени сім'ї можуть намагатися пристосувати своє власне життя в спробах підтримати члена сім'ї з ПТСР або приховувати труднощі від тих, хто поза межами сім'ї.

У деяких випадках у членів сім'ї можуть розвиватися проблеми, які дзеркально відображають ті, які має людина з ПТСР, наприклад, подібні погляди на світ як небезпечне місце, страх і уникаюча поведінка. В інших випадках емоційні проблеми членів сім'ї можуть виникати внаслідок спільного проживання з людиною з ПТСР, наприклад, розвиток почуття безпорадності і безнадійності, якщо стан людини з ПТСР невиліковний і не змінюється з плином часу, або звернення до алкоголю, щоб уникнути необхідності стикатися з проблемами вдома.

Хоча емпіричні дані відсутні, належна клінічна практика дає підстави припустити, що до ефективного лікування ПТСР на певному етапі, де це доречно, слід залучати партнерів (з дозволу особи). Партнери мають потенціал, щоб бути відмінним союзником, якщо вони розуміють природу ПТСР і напрямок лікування. Нестача розуміння між партнерами може підірвати зусилля по лікуванню. Часто буває корисно запросити партнера на ранньому етапі лікування, щоб обговорити обґрунтування для подальших втручань та уточнити роль партнера – зазвичай проста підтримка і м'яке заохочення (але не роль ще одного лікаря). Слід розглянути потребу партнера в психіатричній допомозі або підтримці і, де це доречно, звернення до іншого лікаря для оцінки і можливого лікування.

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

GPP25 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 напралвення 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. 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**

GPP26 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.

GPP27 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**

Всі практикуючі фахівці в області посттравматичного психічного здоров'я повинні бути інформовані про потенційні несприятливі наслідки такої роботи для них самих. Повторюваний вплив травматичного переживання інших людей у поєднанні з високим рівнем дистресу, який виникає, коли люди згадують свої переживання, може позначатися на лікарі. Це часто називається "втома від співчуття", і медичні працівники можуть піддаватися ризику загального стресу або несприятливих психологічних реакцій, таких як депресія, наркоманія та професійне вигорання. Ця втома від співчуття може негативно вплинути на клінічні навички лікаря і, отже, на турботу про пацієнта.<sup>178</sup> Ці несприятливі наслідки можуть бути особливо помітні, якщо лікар не накладає відповідних обмежень на характер і розмір своїх справ, і якщо він або вона не отримує достатнього навчання і підтримки.

Відповідальність за догляд за собою має бути розділена між лікарем і, при необхідності, його роботодавцем та професійним органом.<sup>179</sup> Враховуючи, що ізоляція є фактором ризику розвитку пов'язаних зі стресом проблем, потреби лікарів, які працюють в ізольованих сільських і віддалених громадах, вимагають спеціального розгляду. Для цих лікарів необхідно окремо вирішити питання рутинного навчання і підтримки (наприклад, через Інтернет і телеконференції). Для лікарів загальної практики, які географічно ізольовані, в деяких районах Австралії діють Балінтовські групи, які пропонують експертну підтримку.<sup>180</sup>

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

GPP28 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.

GPP29 Для лікарів, які працюють у рамках організації, повинні існувати більш широкі алгоритми і практики, аби підтримувати окремих лікарів у процесі їх самопомоги.

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

Хоча більшість принципів, що лежать в основі належної клінічної практики, в рівній мірі застосовуються при роботі в різних вікових групах, деякі відмінності неминуче можуть застосовуватися при роботі з дітьми і підлітками. Такі міркування повинні відноситися до того, як клініцисти думають про це, оцінюють і лікують посттравматичні проблеми психічного здоров'я у дітей і підлітків. Багато з цих пунктів більш докладно розглядаються в наступних розділах.

1. Діти і підлітки, в першу чергу, залежать від дорослих, які звертаються за їх лікуванням, і забезпечують їх наступний візит. Це означає, що не менш важливо залучати та підтримувати відповідну мотивацію дорослого продовжувати лікування, як це робиться з дітьми чи підлітками.

2. Діти і підлітки є частиною системи (зазвичай сім'я). Таким чином, їх симптоми можуть одночасно впливати і бути під впливом усього, що відбувається усередині системи, в якій вони живуть. Таким чином, клініцист повинен бути постійно в курсі того, що відбувається всередині системи дитини (наприклад, значні події в житті інших членів сім'ї, емоційне благополуччя інших членів сім'ї і відносини в родині – не тільки відносини між дитиною і батьками).

3. Згідно з першими двома міркуваннями, здоровий глузд підказує, що залучення батьків/вихователів у лікування дитини повинно бути корисним. Проте, як буде показано нижче, існує багато причин, за якими батьки/вихователі можуть не мати бажання або можливості брати участь у лікуванні їх дитини, яке є корисним. Клініцист повинен усвідомлювати це і управляти відносинами відповідно.

4. Показники узгодженості між батьками/вихователями та дітьми щодо інтерналізації симптомів (і особливо посттравматичних проблем психічного здоров'я) дуже низький. Не слід покладатися виключно на повідомлення дорослої людини про симптоми інтерналізації дитини, навіть якщо дитина дошкільного віку.

5. Дитячий і підлітковий вік – це два періоди розвитку з найбільшими змінами в житті. Пам'ятаючи про моделі психосоціального розвитку, які пропонує Ерік Еріксон,<sup>1</sup> діти і підлітки повинні подолати значно більше проблем і конфліктів в період розвитку, ніж дорослі. Важливо враховувати ці, свого роду, рамки, при оцінці та лікуванні дітей і підлітків з посттравматичними проблемами психічного здоров'я. Наприклад, у 40-річного дорослого, якого побили фізично, менш імовірно, ніж у трирічної дитини розвинуться проблеми. Іншими словами, діти та підлітки мають набагато більший потенціал 'застрягнути' або мати розумовий регрес через травму.

6. В залежності від їх віку і стадії розвитку, діти мають менш розвинуті лінгвістичні, регулятивні, когнітивні і перцептивні здібності, ніж дорослі. Природно, ці обмеження розвитку впливають на характер лікування і спосіб його проведення.

Примітка: для цілей цього розділу термін "дошкільники" або "діти дошкільного віку" використовується для позначення дітей у віці від народження до 5 років. Термін "діти молодшого шкільного віку" використовується для позначення дітей у віці від 6 до 11 років і термін 'підлітки' використовується стосовно молоді віком від 12 до 17 років. Так, де використовується термін "діти і підлітки", читач може припустити, що мова йде про весь цей віковий проміжок.

### ТРАВМА І РЕАКЦІЇ НА НЕЇ

#### Травма, травматична подія і потенційно травматична подія

Як зазначалося у попередньому розділі, терміни *травма*, *травматична подія* і *потенційно травматична подія* використовуються по-різному. Посібник з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів (четверте видання; DSM-IV) визначає травматичну подію як подію, в якій "*людина перенесла, була свідком або зіткнулася з подією або подіями, які спричинили або викликали загрозу смерті або серйозного ураження або загрозу фізичної цілісності себе або інших осіб*".<sup>2</sup> Діти і підлітки часто піддаються таким подіям, більш ніж дві третини дітей в США повідомляли про, як мінімум, одну травматичну подію у віці 16 років.<sup>3</sup> Terr<sup>4</sup> запропонував дві широкі категорії дитячих травм: травма типу I, коли дитина зазнає одну подію (таку як фізичний напад, природна чи техногенна катастрофа, ДТП, інші нещасні випадки, пожежі, терористичний напад або є свідком одного епізоду насильства); і травма II типу, коли дитина

переживає багаторазові повторні травматичні події (такі як фізичне і/або сексуальне насильство, відсутність піклування, насильство в сім'ї або війна).

Не обов'язково у всіх молодих людей, які переживають такі події, розвиваються значні психологічні проблеми. Ще зовсім недавно використання терміна ПТП відстоювалось для висвітлення цього моменту. Vonanno та Mancini<sup>5</sup> відзначили, що, "вельми неприємні події, які виходять за межі звичайного повсякденного життя, 'потенційно' є травматичними, адже не кожна людина переживає їх як травмуючі". Іншими словами, не у всіх розвивається (психологічна) травма як наслідок. У дослідженні Copeland et al<sup>3</sup>, наприклад, 1420 дітей і підлітків у віці 9, 11 і 13 років на момент включення контролювалися щороку, поки вони не досягли 16 років. Хоча травмуючий вплив (у всьому діапазоні ПТП) був загальним, розвиток повного ПТСР у відповідності з критеріями DSM-IV був дуже рідкісним (0,5%).

Все частіше визнається, що вплив ПТП може призвести до розвитку багатьох форм психопатології. На сьогоднішній день, найбільшу увагу було сфокусовано на ПТСР, інших тривожних розладах та афективних розладах. Частіше, проте, у дітей і підлітків (особливо дошкільного віку) цей фокус розширюється щодня із включенням поведінкових проблем і проблем уваги (таких як опозиційний розлад і синдром дефіциту уваги з гіперактивністю).

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

Yule<sup>6</sup> описує прояви травматичних стресових відповідей у дітей і підлітків способом, який витримав випробування часом і розширенням досліджень. Він зазначив, що, хоча більшість дітей скаржаться майже відразу повторюваними, нав'язливими думками про подію, дисоціативні зворотні спалахи не є загальними. В перші декілька тижнів часто спостерігається порушення сну, у тому числі нічні кошмари (коли зміст не обов'язково можна сформулювати або це не обов'язково пов'язано з ПТП), страх темряви, страх перед сном і можливістю кошмару і прокидання посеред ночі. Страх розлуки буває часто у дітей раннього віку і навіть у підлітків. Як у дорослих, дратівливість, гнів та агресія є поширеними, часто проявляються як напади гніву у дітей дошкільного віку. Багато дітей молодшого шкільного віку та підлітки здатні сформулювати бажання розповісти про свій досвід, але також відзначають, що їм складно говорити про те, що сталося з батьками й однолітками. Діти та підлітки часто повідомляють і демонструють труднощі в концентрації уваги і пам'яті. Надмірна пильність щодо небезпеки в їх середовищі (в тому числі підвищення обізнаності про травми, пов'язані з нагадування в ЗМІ) є типовою. Діти молодшого шкільного віку і підлітки часто відзначають відчуття укороченого майбутнього або нове усвідомлення власної смертності. Розвиток підвищеної загальної тривоги, а також специфічні страхи, пов'язані з аспектами їх досвіду травми, є також поширеними, хоча часто зв'язок між предметом страху і страхом досвіду травми не завжди очевидні (наприклад, дитина, у якої розвивається страх вертольотів після стихійного лиха, де вертольоти були використані для порятунку людей). Деякі діти молодшого шкільного віку і підлітки будуть описувати відчуття провини від того, що залишилися в живих, в той час як підлітки, які зазнали ПТП, повідомляють про депресію і підвищене вживання психоактивних речовин.

Інші важливі аспекти клінічної картини у дітей дошкільного віку, які не були чітко описані Yule, включають нову опозиційну поведінку, регресію або втрату раніше освоєних навичок розвитку (наприклад, мова, користування туалетом) і нові страхи, не пов'язані з травматичною подією (наприклад, страх перед походом в туалет самостійно).<sup>7</sup>

### **ТРАВМАТИЧНІ СТРЕС-СИНДРОМИ**

На сьогоднішній день діагностичні класифікаційні системи, як правило, не включають специфічні травматичні синдроми у дітей і підлітків. Швидше за все лікар зобов'язаний застосовувати ті ж критерії, які призначені для дорослих, хоча інколи і з невеликими корективами. Як зазначено нижче, цілком ймовірно, що деякі зміни будуть внесені до критеріїв DSM-V, специфічних для дитини.

#### **Гострий стресовий розлад**

Враховуючи, що діагностичні критерії в DSM-IV для ГСР не відрізняються в залежності від того, чи дана особа є дорослою людиною, підлітком або дитиною, ці критерії не будуть



розглядатися тут детально (див. попередній розділ з діагностичних критеріїв). Проте, взаємозв'язок між цим діагнозом і діагнозом ПТСР у молодих людей, який є фокусом багатьох досліджень у дорослих в літературі, вартий уваги. У DSM-IV діагноз ГСР вимагає, щоб людина мала три або більше дисоціативних симптомів. За винятком критеріїв тривалості (більше чотирьох тижнів) інші діагностичні критерії для ГСР аналогічні критеріям для ПТСР. Вважається, що наявність дисоціації при гострій реакції людини на травму виявляє людей, схильних до ризику довготривалого ПТСР, що означає, що однією з ключових функцій ГСР як діагнозу є допомога у прогнозуванні того, хто матиме дистрес після травми і розвинутий ПТСР.<sup>8</sup> Проте, при розпаралелюванні досліджень у дорослих (наприклад, Harvey та Bryant<sup>9</sup>), у великому дослідженні молоді у віці від 6 до 17 років, які пережили ДТП, дисоціація (якщо розглядати її ізольовано, тобто окремо від інших критеріїв ГСР) не була в змозі пояснити будь-яке унікальне відхилення в прогнозуванні ПТСР.<sup>10</sup> В результаті цього дослідження протягом усього життя в DSM-V була відкинута вимога дисоціації при ГСР.

### Посттравматичний стресовий розлад

Діагноз ПТСР був офіційно поширений на молодь вперше в 1987 році з появою DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, видання третє, перероблене). У DSM-IV критерії для ПТСР у дітей і підлітків ідентичні тим, які використовуються у дорослих, з деякими застереженнями (оскільки вони є для багатьох діагнозів за DSM-IV). Таким чином, усі діагностичні критерії у дорослих не будуть тут розглядатися (див. попередній розділ з діагностичних критеріїв). В оцінці стану дітей і підлітків, використовуючи критерії DSM-IV, клініцистів просять враховувати наступні застереження:

A2 – «У дітей це [відповідь пацієнта] може бути виражене, натомість, дезорганізованою або збудженою поведінкою».

B1 – «У дітей раннього віку можуть бути повторювані ігри, в яких виражаються теми або аспекти травми».

B2 – «У дітей можуть бути страхітливі сновидіння без впізнаваного змісту».

B3 – «У дітей молодшого віку можуть бути інсценування, пов'язані з травмою».

Дискусії з обґрунтованості та корисності критеріїв DSM-IV для ПТСР у дітей і підлітків, і особливо у дітей дошкільного віку, проходять з моменту їх публікації. Це не дивно, враховуючи, що випробування в області DSM-IV з ПТСР не включають учасників віком до 15 років. Одне з найбільш сильних критичних зауважень щодо критеріїв стосується вимог до дітей доповідати про складні внутрішні стани (наприклад, C5 – відчуття відчуженості або відстороненості від оточуючих і C7 – відчуття укороченого майбутнього), які дітям часто важко зрозуміти і дорослим, які оточують дитину, неможливо помітити. Ця дискусія була продиктована сильними емпіричними даними. Головне, було доведено, що немає ніякої різниці в плані дистресу або соціального та академічного погіршення між дітьми, які відповідають повністю критеріям (тобто, всім трьом кластерам симптомів), і дітьми, які демонструють те, що називається "частковим ПТСР" – тобто два з трьох кластерів симптомів.<sup>11</sup>

Стосовно дітей дошкільного віку – групи, щодо якої до недавнього часу існувала невпевненість щодо відповідності ПТСР – зараз існує значний обсяг роботи з документування чіткого і зрозумілого консультування симптоматики ПТСР у цій віковій групі. Дослідження показали профілі цих симптомів після катастрофи,<sup>12,13</sup> теракту<sup>14</sup> і проявів домашнього насильства.<sup>15,16</sup>

У відповідь на побоювання з приводу правильності існуючих діагностичних критеріїв були запропоновані декілька альтернативних алгоритмів при розгляді питання, як краще осмислювати й оцінювати ПТСР у дітей і підлітків. Найбільш визначними з них є метод «два з трьох»<sup>11</sup> і метод ПТСР-АА (альтернативний алгоритм).<sup>17</sup> Згідно з результатами, зазначеними вище, метод «два з трьох» вимагає, щоб діти і підлітки відповідали критеріям тільки щодо двох з трьох кластерів симптомів. Алгоритм Scheeringa і колег ПТСР-АА вимагає, щоб діти дошкільного віку мали один симптом кластера В, один симптом кластера С і два симптоми кластера D.<sup>18</sup> Такий підхід значною мірою узгоджується з широко прийнятими критеріями для часткових і субсиндромальних ПТСР у дорослих (наприклад, Mully і Maes<sup>19</sup>).

## ПЕРЕХІД ДО DSM-V

Стосовно ПТСР у дітей і підлітків була введена низка важливих змін в DSM-V. У зв'язку зі значною реструктуризацією існуючі діагнози ГСР та ПТСР були переміщені з розділу Тривожних розладів в нову категорію – Травма- і стрес-залежні захворювання.<sup>20</sup> Ця нова категорія також включає реактивний розлад прив'язаності і розгорможений розлад соціальної взаємодії (аналогічно підтипам реактивного розладу з гальмуванням і розгальмовуванням за DSM-IV, вони є важливими діагнозами в розумінні реакцій на травму у дітей з давньою історією жорстокого поводження), а також віковий підтип ПТСР – ПТСР у дітей дошкільного віку – для дітей віком до 6 років.

Як зазначалося у попередньому розділі, найбільш значною зміною щодо критеріїв ПТСР є поділ існуючого кластера С симптомів на критерій С (стійке уникнення стимулів, пов'язаних із травмою) та критерій D (негативні зміни в пізнанні і настрої). Для дітей віком від 6 років і старше діагноз ПТСР вимагає дотримання наступних критеріїв: один симптом з критерію С, два симптоми з критерію D і два симптоми з критерію E (зміни в збудженні та фізичній активності). Стосовно дітей дошкільного віку після довгих досліджень вивчення алгоритму ПТСР-АА<sup>21</sup> критерії DSM-V ПТСР для цієї вікової групи вимагають, щоб дитина мала лише один симптом з критерію С або D. В останньому дослідженні молодих людей з опіками, нові критерії DSM-V для дітей дошкільного віку показали, що вони найбільш чутливими у розвитку й обґрунтованими показниками ПТСР.<sup>22</sup>

## ПОШИРЕНІСТЬ

Кілька досліджень оцінювали поширеність ГСР у дітей та підлітків. Дослідження були зосереджені на молоді, яка зазнала ДТП та одиночного нападу з відносно низьким рівнем поширеності: 8%;<sup>23</sup> 19%;<sup>24</sup> і 9%.<sup>25</sup> У дітей дошкільного віку лише одне дослідження вивчало поширеність ГСР на сьогоднішній день. Meiser-Stedman та колеги<sup>21</sup> встановили, що 1,6% з 60 дітей у віці від 2 до 6 років відповідали критеріям ГСР після ДТП.

Щодо ПТСР, поширеність широко варіюється в залежності від досліджуваної вибірки, типу пережитої травми і методології, що використовується для встановлення діагнозу.<sup>26,27</sup> У великому (n =1035) німецькому дослідженні молоді у віці від 12 до 17 років повідомлялась поширеність ПТСР у дітей і підлітків у загальній популяції в діапазоні від 6%<sup>28</sup> до 1,6%.<sup>29</sup> У дітей дошкільного віку показники поширеності в діапазоні від 13% дітей з опіками<sup>30</sup> до 38% дітей, які зазнали війни.<sup>31</sup> Інші дослідження з фокусом на специфічні види травм повідомляли про поширеність ПТСР за короткі періоди спостереження (зазвичай трохи більше одного місяця після травми). Таким чином, 22,5% дітей, які піддаються фізичним травмам,<sup>32</sup> 34% молодих людей, які піддаються насильству в громаді в міських умовах<sup>33</sup> і 36% дітей, які піддаються жорстокому поводженню (фізичному та/або сексуальному насильству<sup>34</sup>), відповідали критеріям гострого ПТСР. За даними різних досліджень травмуючого впливу ДТП, приблизно 27% дітей і підлітків відповідають критеріям ПТСР через один-два місяці<sup>35,36,37</sup> зі зниженням приблизно на 13% у період через три-шість місяців.<sup>35,37,38</sup>

Метааналіз дітей молодшого шкільного віку і підлітків, які зазнали травм, встановив, що в цілому, 36% учасників було поставлено діагноз ПТСР.<sup>39</sup>

Можна зробити висновок, що в той час як цифри широко варіюються, очевидно, що лише у меншості дітей і підлітків, які зазнали ПТП, розвинеться ПТСР. Настільки ж очевидно, що цифри, навіть на нижній межі діапазонів, є суттєвими і підкреслюють необхідність ефективного лікування, засованого на доказах.

## СУПУТНІ ПАТОЛОГІЇ

У дітей дошкільного віку супутня патологія є поширеним явищем. Scheeringa і Zeanah<sup>40</sup> повідомили про наступні супутні патології серед дітей дошкільного віку з ПТСР після урагану "Катріна": 61% відповідали критеріям опозиційно-зухвалого розладу; 21% відповідали критеріям щодо тривожного розладу, викликаного розлукою (SAD); 33% відповідали критеріям дефіциту уваги з гіперактивністю; і 43% відповідали критеріям важкого депресивного розладу. У змішаній вибірці травмованих дошкільнят Scheeringa та колеги<sup>18</sup> повідомили аналогічно високий рівень

коморбідності. В останній вибірці дітей дошкільного віку з опіками, діти з ПТСР через один місяць мали більшу ймовірність коморбідних важкого депресивного розладу, опозиційно-зухвалого розладу, SAD і специфічної фобії; в той час як діти з ПТСР через шість місяців мали значно більшу ймовірність коморбідних дефіциту уваги з гіперактивністю, опозиційно-зухвалого розладу та SAD.<sup>30</sup>

У дітей молодшого шкільного віку ПТСР зазвичай виникає одночасно з іншими тривожними розладами, розладами настрою (найчастіше депресії) і синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.<sup>41</sup> Інші супутні проблеми менш часто спостерігаються у дітей молодшого шкільного віку, але частіше зустрічаються у підлітків і включають суїцидальні думки та залежність від психоактивних речовин.<sup>41,42</sup>

Одне з найбільших випробувань досліджувало підлітків, які вижили після катастрофи круїзного судна «Юпітер», яке затонуло в 1988 році. З усіх підлітків на борту 217 погодилися взяти участь в оцінці, яка проводилася через п'ять і вісім років після події.<sup>43</sup> Виявлено, що у цих молодих людей розвинувся широкий спектр психічних розладів на додаток до ПТСР після потоплення.<sup>44</sup> Більше 40% вибірки відповідали критеріям "тривожного розладу" зі специфічною фобією (24%), панічного розладу (12%), SAD (7%) і генералізованого тривожного розладу (6%), які є найбільш поширеними тривожними розладами. За винятком генералізованого тривожного розладу, ризик цих захворювань був значно вищим у тих, хто вижив, в порівнянні з контролем. Аналогічно, 38% вибірки відповідали критеріям для "будь-якого афективного розладу" з 34%, які відповідали критеріям важкого депресивного розладу. Знову ж таки, ризик будь-якого афективного розладу або важкого депресивного розладу для тих, хто вижив, був значно вищим порівняно з контролем. Більшість з цих станів були супутніми до ПТСР. Коли ті, хто вижив, були розподілені на тих, у кого ПТСР є і немає, показники інших психіатричних діагнозів в осіб без ПТСР не відрізнялися від показників контролю. Mueser і Taub<sup>45</sup> також повідомили, що підлітки з ПТСР більш схильні до ризикованих форм поведінки, таких як втеча з дому, самоушкодження і вживання психоактивних речовин.

Важливо, що, хоча це питання значною мірою ігнорувалося, нещодавно був продемонстрований зв'язок між розвитком ПТСР і якістю життя дітей, пов'язаною зі здоров'ям, (тобто вплив хвороби та терапії на життя людини), як в короткостроковій, так і довгостроковій перспективі. Був виявлений широкий спектр несприятливих для здоров'я наслідків для дітей від дошкільного віку до підлітків,<sup>46</sup> в тому числі гірше дотримання медичних протоколів.<sup>47</sup>

## **ПЕРЕБІГ І ПРОГНОЗ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

У дітей дошкільного віку симптоми ПТСР мають тенденцію з часом стати стійкими.<sup>48,49</sup> Scheeringa і колеги<sup>50</sup> повідомили, що середня вираженість ПТСР у дітей дошкільного віку не зменшилася за дворічний період. Важливо, що ПТСР у дітей молодшого віку також асоціюється з поганим розвитком,<sup>51</sup> що в свою чергу негативно позначається на дитячих напрямках розвитку.

Недавно було повідомлення про два довготривалі спостереження дітей, які стали жертвами зсуву і лісової пожежі. McFarlane та Van Hooff<sup>52</sup> повідомили показники ПТСР та інші психічні розлади у дорослих, які пережили руйнівну лісову пожежу 20 років тому. Цю групу порівнювали з відповідними контрольними групами, набраними на момент первинного дослідження. Не було виявлено відмінностей у поширеності ПТСР протягом життя між групою, яка зазнала впливу лісової пожежі в дитинстві (середній вік на момент первинної оцінки = 8,44), і відповідною контрольною групою. По суті, різниця лише в показниках окремого розладу була в специфічних фобіях (екологічний підтип), більш поширених у вибірці з впливом катастрофи. Цікаво, що 30% вибірки, яка зазнала лісової пожежі, вважали її найгіршим досвідом у їх житті. На відміну від McFarlane, Morgan і колеги<sup>53</sup> провели 33-річне спостереження дітей, які пережили зсув Aberfan (діти були у віці від 4 до 11 років на момент аварії) і повідомили, що 29% дорослих, з якими можна було зв'язатися, продовжували відповідати критеріям ПТСР. З вибірки, яка зазнала катастрофи, 46% відповідали критеріям пожиттєвого ПТСР, у порівнянні з 20% у відповідній контрольній групі.

Повертаючись до тривалого спостереження тих, хто вижив після катастрофи судна «Юпітер»<sup>43</sup>, у 52% підлітків (середній вік 14,7 років на момент катастрофи; середній вік 21,3 роки на момент спостереження) розвинувся ПТСР, найчастіше у перші кілька тижнів після катастрофи. Було кілька випадків пізнього настання ПТСР. Приблизно одна третина молоді одужала спонтанно протягом року від початку захворювання, а 34% продовжували відповідати критеріям ПТСР між 5 і 8 роками після катастрофи судна.

### **ФАКТОРИ РИЗИКУ**

Стосовно дітей дошкільного віку були визначені наступні фактори ризику щодо розвитку ПТСР у немовлят і дітей молодшого віку, які зазнали травм, пов'язаних з війною: дитячий вік, материнська психопатологія, соціальна підтримка сім'ї, поведінка, пов'язана з близькістю матері і дитини.<sup>31</sup> Було показано, що батьківські і сімейні фактори (наприклад, психопатології, соціальна підтримка) можуть бути більш важливими для дітей молодшого віку щодо розвитку ПТСР, враховуючи, що вони більше залежать від своїх батьків та родини у задоволенні їхніх потреб.

Недавній метааналіз, проведений Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell і Field,<sup>54</sup> надає найбільш сучасний і детальний аналіз факторів ризику розвитку ПТСР у дітей періоду початкової школи і підлітків. Trickey і співавт. у 64 дослідженнях встановили у дітей і підлітків віком від 6 до 18 років фактори, пов'язані з суб'єктивним досвідом подій, і посттравматичні змінні (зокрема, низьку соціальну підтримку, страхи, які передували травмі, загрозу життю, десоціалізацію, психіатричну коморбідність, погані родинні стосунки, використання когнітивних стратегій, таких як відволікання і придушення думки, і діагноз ПТСР на момент більш ранньої оцінки після травми), які мали популяційний ефект від середнього до великого розміру. Ефект низької і середньої величини було виявлено щодо наступних факторів ризику: жіноча стать, низький інтелект, низький соціально-економічний статус, пре- і посттравматичні життєві події, попередні травми, низька самооцінка, претравматичні психологічні проблеми дітей та батьків, батьківські посттравматичні психологічні проблеми, важка втрата, час, що пройшов з моменту травми, події, тяжкість травми, а також вплив ЗМІ на подію. Ефект малої величини спостерігався щодо молодшого віку і раси. Цікаво, що фактор ризику, щодо якого лише недавно було зроблено припущення про важливість для розвитку ПТСР у дитини, а саме, методи виховання, не міг бути вивчений в даному метааналізі через відсутність досліджень, які б вивчали цей потенційний фактор ризику.

### **МОДЕЛІ ВІДНОСИН ПРИ ПТСР: ЗНАЧЕННЯ БАТЬКІВ**

В метааналізі, зазначеному вище,<sup>54</sup> спостерігалось, що погані родинні стосунки мають ефект від середньої до великої величини, хоча стерігалось, що пре- і посттравматична психопатологія має популяційний ефект від низької до середньої величини у прогнозуванні ПТСР у дитини. Ці фактори є лише деякими з багатьох змінних, включених в метааналіз, очевидно, вони не враховують всі фактори, чи навіть більшість, які прогнозують, у яких дітей і підлітків розвинеться ПТСР. Проте, вони мають важливе значення, не в останню чергу тому, що вони одні з небагатьох факторів, перерахованих вище, які можуть впливати на зміни. Через всі роки дитинства і підліткового віку батьки чи особи, які здійснюють догляд, та сімейна система відіграють унікальну роль взаємного впливу (іншими словами, вплив поведінки батьків на дітей і підлітків і навпаки). Ці системні фактори можуть мати вирішальне значення щодо пошуку та отримання психологічної допомоги після травми. Діти і підлітки дуже рідко самі вирішують, що їм потрібна професійна допомога у вирішенні психологічних проблем (за винятком шкільного консультування). Навіть якщо вони і роблять це, майже неможливо дітям і підліткам самостійно отримати доступ до такої допомоги. Як правило, діти і підлітки потребують прийняття рішення батьками чи особами, які здійснюють догляд, стосовно професійної допомоги. Коли батьки і особи, які здійснюють догляд, не приймають такі рішення, діти та підлітки не отримують лікування. Серед багатьох причин, чому батьки і сім'я є важливими в оцінці і лікуванні дітей і підлітків, є той факт, що вони вирішують, чи лікування буде отримане, чи ні.

У 2001 році Scheeringa і Zeanah<sup>13</sup> запропонували три структури реляційного ПТСР для опису ситуації, в якій посттравматичний стрес існує як у дорослої людини, так і у маленької дитини (травматичний стрес може бути відносно одних і тих самих подій або різних подій). Реляційні структури ілюструють, як симптоматика одного члена цієї діади (як правило, батьки або особи, які надають допомогу) посилює симптоми іншого члена сім'ї. Хоча ці структури були запропоновані для випадків, коли особа, яка здійснює догляд, також демонструє симптоматику ПТСР, існує значний збіг між цими структурами і змістовним оглядом літератури з вивчення структури взаємних впливів між батьками і їх дітьми з тривожними розладами. Показано, що структури, описані нижче, слід враховувати при роботі з дитиною будь-якого віку з ПТСР, незалежно від того, чи особа, яка здійснює за нею догляд, демонструє симптоми ПТСР чи ні (хоча, очевидно, вони більш помітні, коли особа, яка здійснює догляд, теж переживає посттравматичний стрес). Також показано, що другий тип (гіперопіка), швидше за все, буде носити взаємний характер. Як добре продемонстровано в літературі з дитячої тривожності, коли батьки відповідають надмірною опікою, коли дитина в тяжкому стресі, ця відповідь сприяє підтримці дистресу і випрошує продовження гіперопіки. Розуміння цих взаємних відносин є важливим, щоб уникнути попадання в пастку звинувачення один одного членами діади.

Ці три структури такі:

#### 1. Відхилення/ Відсутність відповіді/Недоступність

Маючи власні травмо-індуковані порушення, дорослі менш доступні для дитини. Їх вміння читати, розпізнавати і відповідати чутливо дитині істотно порушені.

#### 2. Гіперопіка/ Стиснення

Після травматичної події батьки можуть більше захищати і менше надавати автономію. Хоча таку відповідь часто рухає страх, що дитина може бути травмована знову, тривала гіперопіка може надсилати негативні повідомлення дитині, в тому числі, "світ не безпечний" і "є ще чого боятися".<sup>55</sup>

#### 3. Реконструювання/ Небезпека/ Страх

Травмовані дорослі можуть бути стурбованими нагадуванням про травматичну подію і намагатися обговорювати її неодноразово зі своєю дитиною. (Звичайно, можливо і те, що не травмовані особи, які здійснюють догляд і переживають за дитину, можуть бути втягнутими у такий тип – розмовляти докладно про травматичну подію і те, як вони себе почувають. Уникнення цієї теми взагалі не допомагає, важливо знайти баланс і не дозволяти, щоб це питання постійно домінувало у взаєминах з дитиною).

Завершуючи обговорення даних реляційних структур, Scheeringa і Zeanah<sup>13</sup> рекомендують, щоб симптоматика осіб, які здійснюють догляд за маленькими дітьми, які пережили посттравматичний стрес, була оглянута в першу чергу. Дана рекомендація буде більш детально обговорюватися нижче.

## ДІАГНОСТИКА

Відзначимо, що багато питань скринінгу, оцінки і діагностики, які обговорювалися в попередньому розділі стосовно дорослих, актуальні для дітей і підлітків також. Очевидно, що потрібне клінічне судження для внесення коректив у міру необхідності. У цьому розділі висвітлені деякі конкретні питання, які слід враховувати при роботі з цією віковою групою.

### До кого звернутися? Низький рівень згоди між батьками і дітьми

Існує довга історія досліджень, які показують низький рівень згоди між батьками і дітьми, коли справа доходить до інтерналізації симптомів.<sup>56</sup> Багато досліджень показали, що ця закономірність вірна і для впливу травми і симптомів посттравматичного стресу, коли батьки занижають симптоматику і травмування дітей і підлітків.<sup>57,58-60</sup> На жаль, як зазначили Stover та колеги,<sup>60</sup> при гострих наслідках травматичної події служби екстреного реагування, як правило, ставлять питання про благополуччя дитини батькам, а не дитині. Навіть коли діти включені в їх власну оцінку, клініцисти часто віддають пріоритет повідомленням батьків, ґрунтуючись на припущенні, що батьки будуть більш точними у відповідях.<sup>61</sup> Коли справа стосується дошкільнят, клініцисти традиційно покладаються виключно на відповіді батьків.

Схильність батьків не завжди повністю повідомляти про дитячі травми і симптоми посттравматичного стресового впливу викликає занепокоєння з низки причин:

- Встановлено, що сімейна і соціальна підтримка є важливим захисним фактором з точки зору того, чи вплив ПТП переходить в посттравматичні психічні розлади у дітей та підлітків.<sup>62,63</sup> Проте, якщо батьки не усвідомлюють того, що їх діти піддавалися ПТП (або вони стривожені цим), вони не в змозі забезпечити належну підтримку.

- Як вже зазначалося, батьки для своїх дітей є вартовими щодо доступу до психологічної допомоги. Якщо вони не бачать, що є проблема, вони навряд чи будуть просити втручання своїм дітям.

- Аналогічним чином, якщо батьки не знають про схильність своїх дітей до ПТП, вони не можуть бути належним чином захищені (наприклад, у разі фізичного або сексуального насильства).

Простий висновок, який можна зробити з наведеної вище інформації, полягає в тому, що, навіть у випадку дітей дошкільного віку, не тільки важливо, але й необхідно отримати інформацію від дитини, а не тільки від батьків. Shemesh та колеги<sup>59</sup> звернули увагу, що повідомлення батьків про симптоматику дитячих травм часто дають важливу інформацію про батьків та їх власний рівень посттравматичного стресу.

### **Коли оцінювати вплив травми і симптоми**

У своїх Практичних параметрах Американська академія дитячої та підліткової психіатрії<sup>27</sup> (AACAP) рекомендує в якості мінімального стандарту включення питань про вплив ПТП в будь-якій психіатричній оцінці дітей і підлітків. Ця рекомендація базується на високому ступені травмуючого впливу, з яким стикаються діти і підлітки, і важливості виявлення симптомів на ранній стадії. Таким чином, настанова говорить, що "навіть, якщо травма не є причиною для направлення, лікарі повинні регулярно запитувати дітей про травматичні події... і якщо такий вплив буде мати місце, дитину слід обстежити на наявність симптомів ПТСР".

Виходячи з цієї рекомендації, важливо коротко розглянути місце скринінгу у виявленні дітей та підлітків групи ризику розвитку ПТСР. Вплив травми є діагностичною вимогою для ПТСР. І ще, як уже обговорювалося, не у всіх дітей і підлітків з ПТП може розвинути ПТСР. Застосування скринінгових інструментів для виявлення дітей з груп ризику після травмуючого впливу, в принципі, здається хорошою ідеєю тому, що це потенційно забезпечує раннє виявлення та лікування цієї групи. На жаль, для виявлення ПТСР у дітей існує дуже мало економічно ефективних та доступних інструментів скринінгу.<sup>64</sup> Загально використовувані інструменти скринінгу включають: University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA PTSD-RI)<sup>65</sup>, Child Trauma Screening Questionnaire (CTSQ)<sup>66</sup> та PTSD subscale of the Child Behaviour Checklist (CBCL).<sup>67</sup> Хоча є відносно мало літератури, яка розглядає суть скринінгових обстежень дітей і підлітків на ПТСР, у відповідності з літературою у дорослих, досягнення консенсусу полягає у тому, що скринінг груп високого ризику, на відміну від скринінгу нецільових популяційних груп (наприклад, усі молоді люди громади, які зазнали впливу катастрофи), може бути більш корисним підходом. У той час як скринінг усього населення, можливо, виявляє дітей, які інакше не могли б бути виявлені, існують ризики, пов'язані з ризиком хибно позитивних результатів, і фінансові наслідки для послуг.

### **Як оцінити вплив травми і симптоми**

Опублікован низка оглядів із заходів при ПТСР у дітей і підлітків.<sup>64,68</sup> Ці огляди надають корисну інформацію щодо оцінки ПТСР у дітей і підлітків на рівні деталей, які виходять за рамки даного розділу. Багато найбільш часто використовуваних інструментів оцінки відкриті для наступних критичних зауважень:

- вони представляють спад розширення заходів, спочатку призначених для дорослих, які часто не пройшли систематичної психометричної оцінки у переглянутій формі;

- вони часто не враховують міркування розвитку, а шкали зазвичай призначені для широких вікових діапазонів, наприклад від 8 до 16 років;

- їм не вистачає різних версій для різних інформантів – необхідність отримання інформації від дитини і батьків вже обговорювалася, проте, багато найбільш широко використовуваних критеріїв не мають паралельних версій, які дозволяють лікарям зробити це;
- вони можуть вимагати інтенсивної підготовки у виконанні і є дуже тривалими (стосується тільки інтерв'ю).

**Таблиця 3.1. Інструменти оцінки для дітей і підлітків**

Інструмент	Вік	Інтерв'ю/опитувальник	Опис	Психометричні характеристики
Психіатрична оцінка дітей дошкільного віку – Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) <sup>69</sup>	2-5 років	Структуровані діагностичні інтерв'ю осіб, які здійснюють догляд	Дозволяє діагностувати найбільш поширені дитячі психічні розлади (опозиційно-зухвалий розлад, SAD, дефіцит уваги з гіперактивністю, важкий депресивний розлад та ПТСР). Включає емпірично перевірені модифікації розвитку за критеріями ПТСР. Забезпечує вимір ступеня погіршення або інвалідності, спричинені симптомами.	Хороша надійність повторного тестування. Адекватні внутрішньокласові коефіцієнти для категорії ПТСР. <sup>70</sup>
Діагностична оцінка дітей дошкільного віку – Diagnostic Infant Preschool Assessment (DIPA) <sup>71</sup>	1-6 років	Структуровані діагностичні інтерв'ю осіб, які здійснюють догляд	Перше інтерв'ю повинно бути оцінено з дітьми у віці до 2 років. Дозволяє діагностувати більшість дитячих психічних розладів. Включає емпірично перевірені модифікації розвитку за критеріями ПТСР. Забезпечує оцінку дитячого дистресу і функціональних порушень, викликаних симптомами.	Прийнятна надійність і достовірність. Адекватна-відмінна достовірність тестування – повторного тестування.
Опитувальник щодо симптомів впливу травми – повідомлення батьків – переглянутий – The Trauma Exposure Symptom Inventory – Parent Report Revised (TESI-PRR) <sup>72</sup>	0-6 років	Перелік заповнюють особи, які здійснюють догляд	Перелік ПТП, яким дитина може піддатися, наприклад, нещасні випадки, насильство, свідцтво насильства в сім'ї і громаді, тероризм. Особа, яка здійснює догляд, вказує вік дитини, коли відбулася подія і чи дитина має реакцію на кожну подію.	На даний час немає наявних психометричних даних.
Контрольний список симптомів травми маленьких дітей – Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) <sup>73</sup>	3-12 років	Опитувальник заповнюють особи, які здійснюють догляд	Оцінює відповіді після травми. Представляє дев'ять клінічних шкал і загальну шкалу (за умови попереднього діагнозу ПТСР). Дані кількох шкал призначені для встановлення обґрунтованості звітів особи, які здійснюють догляд. Розроблено спеціально для травмованих дітей в цьому віковому діапазоні.	Встановлені норми і клінічні кінцеві точки, засновані на вибірці стандартизації (містить тільки невелику кількість 3-4-річних). Прийнята шкала внутрішньої узгодженості, помірна ковергентна і дискримінантна валідність щодо переліку симптомів травми, заповненого 8-12 річними. <sup>74</sup> Відмінна одночасна валідність продемонстрована іншими вимірами, зробленими батьками.
Опитувальник щодо симптомів впливу травми – повідомлення батьків – The Trauma Exposure Symptom Inventory – Parent Report (TESI-PR) <sup>76</sup>	3-18 років	Перелік заповнюють особи, які здійснюють догляд	Оригінальний вимір впливу травми. Особа, яка здійснює догляд, вказує, чи дитина зазнала будь-якої травми з діапазону подій (від випадкової травми до сексуального насильства). Особа, яка здійснює догляд, вказує вік своєї дитини при кожній події, а також реакції дитини у відповідь на травму.	Адекватна надійність тестування - повторного тестування.
Шкала для дітей і підлітків, за якою оцінює клініцист – The Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) <sup>77</sup>	8-15 років	Опитувальник заповнює молода людина	Низхідна модифікація шкали ПТСР, за якою оцінює лікар (CAPS). <sup>78</sup> Оцінює існуючі за життя впливи травм + частоту та інтенсивність симптомів ПТСР у зв'язку з цими подіями.	Виражені психометричні характеристики <sup>11,41</sup>



Дитячий опитувальник з ПТСР – The Children's PTSD Inventory (CPTSD) <sup>79</sup>	7-18 років	Опитувальник заповнює молода людина	Оцінює наявність симптомів ПТСР щодо конкретних подій. Дозволяє діагностику по DSM-IV.	
Схема опитування розладів тривоги – Версії для дітей і батьків – The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children – Child and Parent Versions (ADIS-IV-C/P) <sup>80</sup>	7-17 років	Опитувальник заповнює молода людина й особа, яка здійснює догляд, окремо (тобто паралельні версії)	Особа, яка здійснює догляд, і дитина опитуються окремо. Діагнозу досягають на основі комбінованої інформації. Дозволяє діагностувати всі тривожні розлади, депресивні розлади і поведінкові розлади за критеріями DSM-IV. Модуль ПТСР не вистачає специфічності навколо симптомів кластерів, частоти і тривалості симптомів. Дозволяє ідентифікацію впливу зазначених травматичних подій впродовж життя.	Сильні психометричні властивості для інтерв'ю в повному обсязі. Психометричні дані про модуль ПТСР гірше описується з існуючими даними, пропонуючи належну узгодженість між оцінювачем і батьками дитини
Схема афективних розладів і шизофренії у дітей шкільного віку – Версія для батьків і пожиттєва версія – The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Parent and Lifetime Version (K-SADS-PL) <sup>81</sup>	7–17 років	Опитувальник заповнює молода людина й особа, яка здійснює догляд, окремо	Оцінює широке використання критеріїв психопатології за DSM-IV. Дозволяє оцінку впродовж життя і теперішнього ПТСР, впливу травми і відмінності між повним і частковим ПТСР.	Сильні психометричні властивості загальної шкали. Проте, модуль ПТСР має погану надійність тестування-повторного тестування.
Перелік симптомів травми для дітей – The Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) <sup>82</sup>	8-16 років	Опитувальник заповнює молода людина	Зазвичай використовується для оцінки симптомів ПТСР після травми, пов'язаної з сексуальним насильством, хоча може використовуватися і для загальних цілей. Створює шість клінічних шкал (депресія, гнів, тривога, стрес, посттравматичний стрес, сексуальна стурбованість і дисоціації).	Один з найбільш ретельно перевірених вимірів, з сильними психометричними характеристиками.
Індекс реакцій дітей на ПТСР та UCLA індекс ПТСР для DSM-IV – Child PTSD Reaction Index (CPTSD-RI) <sup>85</sup> та UCLA PTSD Index for DSM-IV (UPID) <sup>86</sup>	6-18 років	Опитувальник заповнює молода людина. UPID має паралельні версії для дітей, молоді і батьків	The UPID – це перегляд CPTSD-RI. Обидва оцінюють частоту і тривалість посттравматичних симптомів. Перегляд необхідний, оскільки CPTSD-RI не розглядає всі симптоми ПТСР. UPID оцінює вплив 26 різних типів травм і оцінює всі діагностичні критерії DSM-IV.	Оригінальна CPTSD-RI має сильні психометричні характеристики. На сьогоднішній день мало досліджень UPID.
Шкала симптомів ПТСР у дітей – The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) <sup>87</sup>	8-18 років	Опитувальник заповнює молода людина	Низхідна модифікація посттравматичної діагностичної шкали у дорослих. Оцінює наявність, частоту і тяжкість симптомів ПТСР за DSM-IV протягом минулого місяця. Може генерувати діагноз. Дозволяє оцінювати функціональні порушення, пов'язані з симптоматикою ПТСР.	Сильні психометричні характеристики.

У таблиці 3.1 наведено основні відомості, що стосуються найбільш часто використовуваних і психометрично сильних інструментів оцінки. Загалом, хоча багато клінічних інтерв'ю вимагають підготовки і часу, структуроване інтерв'ю вважається більш точною оцінкою для діагностичних цілей, ніж опитувальник.<sup>26,27</sup> З іншого боку, опитувальники можуть бути дуже корисними для повторних оцінок при спостереженні за ходом лікування з плином часу. Шкала ПТСР для дітей і підлітків (CAPS-CA) є, мабуть, найбільш часто використовуваним діагностичним інтерв'ю, хоча найкраще підходить для дослідження параметрів і може бути громіздкою для використання в рутинній клінічній практиці. Діагностична оцінка дітей дошкільного віку (DIPA)<sup>71</sup> – це недавно опубліковане інтерв'ю для дітей дошкільного віку, яке повинно стати золотим стандартом в оцінці цієї вікової групи. Серед анкет самозвіту Child PTSD Reaction Index (CPTSD-RI)<sup>85</sup> і його перегляд, UCLA PTSD Index for DSM-IV (UPID),<sup>86</sup> а також Child PTSD Symptom Scale (CPSS),<sup>87</sup> мають тенденцію бути найбільш часто використовуваними вимірюваннями. Більш загальні оцінки, такі як Child Behavior Checklist (CBCL),<sup>88</sup> також часто використовуються на додаток до більш спеціалізованої оцінки травматичних симптомів.

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

GPP30 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.

GPP31 Діти і підлітки, як правило, залежать від дорослих, які звернулися за допомогою дитині. Це означає, що однаково важливо залучати та підтримувати відповідну мотивацію дорослих продовжувати допомогу дитині або підлітку.

GPP32 Оцінка дітей і підлітків повинна включати оцінку системи (зазвичай сім'ї), в якій вони живуть, так як їх симптоми будуть впливати і будуть перебувати під впливом того, що відбувається в системі.

GPP33 Рівень злагодженості між батьками/ особами, які здійснюють догляд, та дітьми щодо інтерналізації симптомів посттравматичних психічних проблем може бути дуже низьким. Практикуючі лікарі не повинні покладатися виключно на розповідь дорослих про симптоми дитини – навіть якщо дитина дошкільного віку. У тих випадках, коли діагностики потребують дуже маленькі діти (у віці 0-3 роки), вона повинна включати оцінку поведінки дитини з приділенням особливої уваги стадії розвитку і рівню прив'язаності. Деякі симптоми ПТСР, такі як почуття укороченого майбутнього і нездатність згадати деякі аспекти травми, навряд чи корисно відслідковувати в цій віковій групі.

GPP34 У дітей коло потенційних посттравматичних психічних проблем включає в себе поведінкові проблеми і проблеми із зосередженням уваги (такі як опозиційний розлад і синдром дефіциту уваги з гіперактивністю), а також тривожні розлади (такі як тривожні розлади сепарації та афективні розлади).

GPP35 Для дітей і підлітків застосування структурованого клінічного інтерв'ю користується більшою перевагою як спосіб діагностики, ніж опитувальник для постановки діагнозу.

## **ПЛАНУВАННЯ ВТРУЧАННЯ**

### **Доступ до психологічної допомоги**

Багато з проблем, виявлених в розділі Планування втручання, в рівній мірі відносяться до роботи з дітьми і підлітками. Проте, в цьому розділі викладені також деякі додаткові міркування щодо роботи з дітьми та підлітками.

Хоча існують ефективні методи лікування ПТСР у дітей і підлітків, тільки меншість дітей з посттравматичними проблемами психічного здоров'я отримують лікування. Наприклад, з травмованих дітей і підлітків, які живуть в міських умовах, до 90% рано припинили лікування.<sup>89</sup> Після події, наприклад, стихійного лиха, вже не раз зазначалося, що діти і сім'ї не користуються існуючими методами допомоги (наприклад, послуги психічного здоров'я для дітей і підлітків). Однією з найбільш перспективних стратегій для залучення і підтримки дітей, підлітків та сімей є надання послуг в школах.<sup>90</sup> Це обговорюється більш докладно нижче.

### **Чим відрізняється робота з дітьми та підлітками?**

Хоча основні принципи кожного з основних терапевтичних підходів, що використовуються, дуже схожі у дітей, підлітків або дорослих, які пережили посттравматичний стрес, є кілька міркувань, які необхідно враховувати при роботі з дітьми і підлітками.

- Батьки/особи, які здійснюють догляд, повинні бути залучені в певній мірі. Є багато причин для цього:

- Як обговорювалося раніше, важливою функцією дорослих щодо дітей і підлітків в якості охоронців є доступ та подальша участь в терапії. В цілях забезпечення того, що діти і підлітки повернуться до сеансів терапії, батьки/ особи, які здійснюють догляд, повинні бути переконані в тому, що запропонована робота варта того. Особливо це стосується ТФ-КПТ, де один з основних елементів (розповідання та переказ про травму) часто здається нелогічним для батьків, які, як правило, стурбовані тим, що це буде тільки повторно травмувати дитину. Час, витрачений на обґрунтування такого роду стратегії, а також відповіді на будь-які запитання батьків, можливо, є важливими для успішної взаємодії родини.

- Більшість дітей і підлітків (очевидно, що це залежить від віку і темпераменту дитини) матимуть користь від наставництва батьків щодо використання стратегій, які вони засвоюють під час терапії. Таким чином, батьки або особи, які здійснюють догляд, можуть зіграти вирішальну роль у наданні допомоги дітям і підліткам в узагальненні і підтриманні будь-яких здобутків в ході терапії.

- Багато із задач домашнього завдання, наданого у терапевтичних підходах, таких як ТФ-КПТ, вимагають активної участі одного з батьків/ особи, яка здійснює догляд (наприклад, ієрархії впливу *in vivo*, системи винагород та поведінкові експерименти).

- Незважаючи на задокументовану тенденцію, коли батьки не завжди повідомляють про дитячі травми і симптоматику, вони часто можуть надати важливу інформацію, яку діти, можливо, забули, не знали чи не вважають важливою. Важливо також регулярно отримувати від батьків думки про те, як в цілому функціонує сім'я.

- Як вже обговорювалося, батьки і діти впливають один на одного. Важливо для клініцистів регулярно (якщо неформально) оцінювати, як батьки працюють. (Це особливо важливо після контакту з громадою, що зазнала травм, таких як стихійне лихо, але дослідження також показали, що значна частина батьків самі розвивають симптоматику травм після того, як їх дитина піддається ПТП – наприклад, автомобільна аварія, в якій вони самі не брали участь).

- Батьки є експертами, коли справа доходить до їх дітей (хоча, як обговорювалося раніше, цей досвід може бути скомпроментований, якщо батьки самі борються). Прекрасним прикладом цього є спосіб, коли батьки можуть інтерпретувати або перекладати мову їх дитини дошкільного віку терапевтам.

- Програми мають бути адаптовані для задоволення потреб розвитку особистості дитини. Це, як правило, не доцільно просто взяти протокол лікування для дорослого і спробувати модифікувати його для дитини чи підлітка. Зараз існують добре валідовані протоколи, розроблені спеціально для дітей і підлітків різного віку, і вони повинні використовуватися замість того, щоб спробувати змінити протокол для дорослого. У всі часи повинна враховуватися стадія розвитку і можливості дитини – слід пам'ятати, що хронологічний вік не обов'язково дорівнює рівням когнітивного функціонування та розвитку майстерності.

- Діти, як правило, добре реагують на наочні матеріали. Освітняти також рекомендують використання різних ЗМІ в роботі з підлітками, які використовуються для впливу на щоденній основі для різних медіа.

### **Роль батьків/осіб, які здійснюють догляд, у лікуванні**

Деяко незвичними в області психічного здоров'я дітей і підлітків є кілька видів травмуючого впливу в результаті ПТСР (сексуальне і фізичне насильство), де історично лікування пропонувалося тільки батькам без залучення дітей. При інших видах травмуючого впливу (наприклад, випадкові травми, стихійні лиха), лікування історично зосереджується на дитині. Таким чином, існують різні питання, які будуть розглянуті в залежності від виду досліджуваного травмуючого впливу. В літературі із сексуального і фізичного насильства акцент робиться на тому, що порівнюються три різні типи лікування (тільки батьки, тільки дитина і батьки + дитина).

В іншій літературі акцент робиться на тому, що залучення батьків до лікування покращує результати у дітей і підлітків. На жаль, ця область не досить добре вивчена на сьогоднішній день. Проте, рання робота з дітьми, які пережили сексуальне насильство,<sup>91</sup> показала, що лікування батьків у відриві від своїх дітей не може бути кращим способом допомоги дітям у подоланні ПТСР. У цьому дослідженні, Deblinger і співавт.<sup>91</sup> надавали ТФ-КПТ батькам, дітям поодиночі або батькам+дітям. Ці три умови потім порівняли з лікуванням громади як зазвичай. Результати показали, що поєднання батьків та дітей продукує хороші результати. Runyon, Deblinger та Steer<sup>92</sup> порівняли групу КПТ тільки батьків з групою КПТ батьки+дитини у 60 дітей віком від 7 до 13 років, які піддавалися фізичному насильству. Встановлено, що комбіноване втручання показало краще поліпшення посттравматичних симптомів та методів виховання дітей у порівнянні з групами тільки батьків.

Дослідження також показали, що батьківський дистрес негативно пов'язаний,<sup>93,94</sup> а підтримка з боку батьків позитивно пов'язана<sup>95</sup> з результатами у дітей (якщо судити за симптоматикою ПТСР) після ТФ-КПТ. У цих дослідженнях травмуючим впливом був терористичний акт або сексуальне насильство.<sup>94,95</sup>

Проте, в останньому дослідженні<sup>96</sup> встановлено, що посттравматичні симптоми у дорослих не впливали на результати лікування дітей. Таким чином, в обставинах, коли дорослі теж переживають посттравматичні проблеми щодо психічного здоров'я, краще лікувати спочатку дорослих перш, ніж лікувати дітей, але якщо немає такої можливості, є докази, які підтверджують користь від лікування спочатку дитини.

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

Все частіше методи лікування ПТСР дитини пропонуються в шкільному середовищі, часто шкільними фахівцями.<sup>97</sup> У важливому документі Jaуsoх і співавт.<sup>98</sup> продемонстрували значимість місця надання допомоги. Дане дослідження розподілило дітей з посттравматичним стресом, які не зверталися за допомогою через 15-24 місяці після урагану «Катріна», на отримання одного з двох активних методів лікування: ТФ-КПТ індивідуально в клініці проти групової КПТ у школах. Обидва методи були безкоштовними в рамках проекту Fleur-de-lis.<sup>99</sup> Середній вік дітей склав 11,6 років. Хоча обидва методи показали порівнюване і значне зниження симптомів ПТСР, принципова різниця була в розумінні. При умові групової КПТ у школах 98% і 91% дітей почали і завершили лікування, відповідно. При умові ТФ-КПТ тільки 37% дітей відвідували початкову оцінку. З цих дітей 32% не відповідали критеріям ПТСР у K-SADS. Таким чином, 23% розподілених дітей розпочали лікування у такому стані, з 15% тих, хто завершив лікування. Автори зазначили, що, групова КПТ у школі набагато більш доступна для сімей, які не хочуть або не можуть брати участь в індивідуальному лікуванні на основі клініки.

Зрозуміло, що не завжди можливо або доречно пропонувати лікування в шкільному середовищі, особливо там, де травматична подія дитини знаходиться в центрі уваги. В ситуації, коли багато дітей в тій же школі теж зазнали впливу, такого як стихійне лихо або теракт, групове втручання на базі школи повинно бути серйозно розглянуте у першу чергу.

### **Рекомендації з належної практики**

GPP36 Як зазначалося вище, діти і підлітки зазвичай є залежними від дорослих, які мають забезпечити їх доступ до лікування і переконатися, що вони виконують призначення. Це означає, що однаково важливо залучатися підтримкою дорослих та підтримувати їх мотивацію у необхідності продовжувати надання допомоги, як у випадку дитини, так і підлітка.

GPP37 Для дітей і підлітків лікування повинно здійснюватися з урахуванням потреб розвитку особистості. Переважно треба використовувати протоколи, які були розроблені спеціально для дітей і підлітків, аніж намагатися модифікувати протоколи лікування, призначені для дорослих.

GPP38 У випадку, коли доросла особа, яка здійснює догляд за дитиною з ПТСР, також переживає посттравматичний психічний розлад, їх симптоми можуть посилювати один одного. З цієї причини може бути кращим лікувати особу, яка здійснює догляд, в першу чергу або паралельно.

GPP39 Під час лікування дітей і підлітків батьки/ особи, які здійснюють догляд, повинні бути в певній мірі залучені не тільки тому, що вони виконують роль посередників в плані доступу та

продовження участі в терапії, але також через їх роль у наданні допомоги по узагальненню та підтримці результатів лікування, безпосередній участі у виконанні домашніх завдань (наприклад, система винагород) і забезпеченні важливої інформації, яку дитина могла забути, не усвідомлює або не визнає її важливість.

GPP40 Надання послуг на базі шкіл може бути ефективною стратегією для залучення і утримання дітей, підлітків та сімей в процесі лікування.

GPP41 Участь батьків/ осію, які здійснюють догляд, в оцінці та лікуванні дітей і підлітків з ГСР або ПТСР є бажаною.

GPP42 Практичні лікарі, які надають психіатричну допомогу дітям, підліткам і дорослим з ГСР та ПТСР, незалежно від професійного досвіду, повинні пройти відповідну підготовку, щоб забезпечити адекватні знання і компетенції з метою надання рекомендованого лікування. Це вимагає підготовки фахівців понад базової психіатричної або консультативної кваліфікації.

## **РОЗДІЛ 4. ВТРУЧАННЯ**

Зверніть увагу, що в цьому розділі описані заходи, на які є посилання в систематичному огляді літератури; не всі з них є рекомендованими заходами лікування.

Існує ряд психологічних і фармакологічних засобів втручання, який в даний час використовується для лікування осіб з ГСР та ПТСР. Мета цього розділу – надати короткий огляд найбільш поширених втручання. Зазвичай, в повсякденній клінічній практиці ці заходи проводяться не ізольовано, а в контексті довірчих терапевтичних відносин і, в багатьох випадках, в доповненні з більш широким колом лікувальних заходів для лікування проблем, пов'язаних з посттравматичними психічними розладами. Крім того, вони також не виключають (використання) один одного і, в цілому, лікування може включати в себе кілька з цих засобів втручання на різних етапах лікувального процесу.

Систематичний огляд наукових даних, що лежать в основі створення даної настанови, досліджував весь спектр сучасних методів проведення втручання, які використовуються для лікування осіб з ПТСР та ГСР, і загальнозживаних методів лікування осіб після впливу травматичної події. У цьому розділі буде описано основні заходи, з особливою увагою тим з них, які зазначені у більшості рекомендацій настанови. Опис абсолютно усіх методик лежить за межами сфери даної настанови.

Перш ніж перейти до обговорення методів психологічного, фармакологічного впливу, психосоціальної реабілітації та фізичної терапії, цей розділ розпочинається з короткого опису профілактичних заходів із забезпечення готовності до надзвичайних подій та засобів втручання, які використовуються для всіх категорій населення. Проте, ці відмінності дещо умовні. Наприклад, у той час як перша психологічна допомога вважається засобом втручання, який використовуються для всіх категорій населення, також може бути використана (і використовується) в якості заходів із забезпечення готовності до надзвичайних подій. Аналогічно, в той час як стрес-менеджмент нижче розглядається як психологічне лікування ПТСР, він також може бути використаним у якості засобу із забезпечення готовності до надзвичайних подій або методу втручання, який використовується для всіх категорій населення.

## **ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНИХ ПОДІЙ**

### **Забезпечення готовності до надзвичайних подій**

Дуже невелика кількість джерел описує методи забезпечення готовності до надзвичайних подій і, як зазначається у систематичному огляді, існує мало наукових доказів того, які елементи можуть бути, а які не можуть бути корисними для подібних заходів. Тим не менш, вони, як правило, передбачають широкий спектр стратегій, спрямованих на посилення позитивної спрямованості і проведення просвітницьких заходів щодо адаптивних копінг-стратегій для зменшення негативного впливу травматичного досвіду.

## **ІНТЕРВЕНЦІЇ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ВСІХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ ПІСЛЯ ВПЛИВУ НАДЗВИЧАЙНИХ ПОДІЙ**

### **Психологічний дебрифінг**

Терміни «психологічний дебрифінг» і «дебрифінг стресу критичних інцидентів» часто використовуються як взаємозамінні. Перший описує клас втручань, які надаються безпосередньо після отримання травми (зазвичай, протягом 24 і 72 годин), і спрямований на зменшення рівня страждань і сприяння швидкому поверненню до нормальної життєдіяльності, тим самим попереджуючи або знижуючи рівень довгострокових психопатологій. Психологічний дебрифінг діє на принципах обговорення почуттів (можливість говорити про отриманий досвід), нормалізації дистресу і просвітницької діяльності щодо передбачуваних симптомів. З іншого боку, дебрифінг стресу критичних інцидентів є специфічною формою дебрифінгу, розробленою в 1980-х роках. Він, в основному, базується на груповій терапії для вторинних жертв, таких як персонал екстрених служб, а не для безпосередніх жертв надзвичайних подій. Хоча частіше всього дебрифінг стресу критичних інцидентів проводиться на груповій основі, його також можливо проводити індивідуально. Він значною мірою спирається на процеси реконструкції травматичної події, обговорення почуттів та переживань і нормалізації психологічного стану і включає в себе структурований освітній компонент. Зовсім недавно, дебрифінг стресу критичних інцидентів був об'єднаний в рамках заходів із самопомоги та структурованих організаційних процесів і названий управлінням стресом в критичних ситуаціях. Зауважимо, що дебрифінг стресу критичних інцидентів і психологічний дебрифінг відрізняються від дебрифінгу, який проводиться після виконання певної професійної діяльності – групового процесу, що здійснюється у сферах з високим ризиком для розгляду конкретної події або діяльності. Його метою є аналіз події і процесів, що були задіяні під час проведення певної діяльності, та використання отриманих уроків у майбутньому. Він вважається хорошим методом для сфер з високим ризиком.

### **Перша психологічна допомога**

Перша психологічна допомога спрямована на зниження рівня дистресу і направлена на забезпечення базових потреб після впливу ПТП за допомогою проведення простих заходів, таких як надання підтримки (заспокоєння), інформації і практичної допомоги. Існує вісім основних компонентів першої психологічної допомоги:

1. налагодження контакту і взаємодії з потерпілим у ненав'язливій, співчутливій і чуйній формі;
2. негайне забезпечення постійної безпеки, а також фізичного та емоційного комфорту;
3. стабілізація постраждалих, які приголомшені і вбиті горем, шляхом заспокоєння і підтримки;
4. збір інформації для визначення нагальних потреб і проблем, а також адаптація різних видів втручань і першої психологічної допомоги у відповідності до ситуації;
5. надання практичної допомоги потерпілим у вирішенні нагальних потреб і проблем;
6. залучення постраждалого до соціальної підтримки за допомогою налагодження контакту з особами та/або організаціями, що надають первинну допомогу;
7. надання інформації про копінг-стратегії, включаючи просвіту щодо реакцій на стрес і шляхи їх подолання (найчастіше, в письмовому вигляді);
8. спрямування постраждалих до відповідних служб, а також надання інформації про послуги, які їм можуть знадобитися в майбутньому.

Таким чином, основна мета першої психологічної допомоги є вдосконалення індивідуальної природної психологічної стійкості та адаптивних механізмів в умовах впливу психотравми.

### **Ступінчастий догляд**

Модель ступінчастої допомоги визнає, що не у всіх постраждалих від травм розвинулися розлади, які можливо діагностувати; багато будуть відчувати тільки підпорогові симптоми, а інші не будуть мати значні симптоми взагалі. Таким чином, ступінчаста допомога спрямована на забезпечення осіб допомогою залежно від тяжкості та складності їх потреби. Даний підхід передбачає постійний моніторинг людей, які є найбільш проблемними та/або з підвищеним

ризиком поганої психологічної адаптації, з більш інтенсивним втручанням, яке виконується за показаннями.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ГСР ТА ПТСР**

### **Коротка психодинамічна психотерапія**

Опирання на традиційні психотерапевтичні підходи психодинамічної терапії підштовхує людину використовувати сприятливі взаємини з терапевтом і вербалізувати та обмінюватися досвідом за рахунок переносу, що виникає в цих відносинах. Цей процес дозволяє несвідомо приводити думки, мотиви та емоції у свідоме розуміння, що в свою чергу дозволяє когнітивним, емоційним і соціальним аспектам досвіду інтегруватися в значущу структуру, яка допомагає людині прийняти й адаптувати їх досвід. Короткі моделі психодинамічної психотерапії були розроблені для лікування ПТСР після нещодавніх травматичних подій. Коротка психодинамічна терапія фокусується на емоційних конфліктах, спричинених конкретною травмуючою подією. Пацієнту рекомендується озвучувати свій досвід і перевіряти значення, з яким події і навколишні обставини впливають на них. Через цей переніс терапевт допомагає людині інтегрувати події та встановити сенс мети і сенс життя.

### **Десенсибілізація та переробка рухом очей**

Іншим типом травмофокусованого психологічного втручання є ДПРО – лікування ПТСР, розроблене Шапіро в кінці 1980-х років. ДПРО заснована на припущенні, що під час травматичної події надмірні емоції або дисоціативні процеси можуть втручатися в обробку інформації. Це призводить до того, що досвід зберігається 'необроблено', відключено від існуючих мереж пам'яті. При ДПРО людину просять зосередитися на образі травми, негативних думках, емоціях і відчуттях в тілі, одночасно переміщаючи свої очі, слідуючи за рухами пальців терапевта вздовж поля зору протягом 20-30 секунд або більше. Цей процес може повторюватися багато разів. Передбачається, що ця подвійна увага значно полегшує переробку травматичної пам'яті в існуючі мережі знань, хоча точний механізм не відомий. (Також використовувалися інші форми білатеральної стимуляції, крім слідування за пальцями терапевта, такі як постукування, світлові полоски або слухові стимуляції. Вони не будуть розглядаються тут, оскільки вони не були протестовані в РКД, які повідомлялися в систематичному огляді літератури).

З плином часу, ДПРО включає в себе все більше компонентів лікування, які можна порівняти із заходами КПТ, описаними нижче. Вони включають когнітивні переплетіння (аналог когнітивної терапії), імагінальні шаблони (репетиція майстерності або копінг-відповіді на очікувані подразники) і стандартний вплив *in vivo*. У поєднанні з його первинним включенням імагінального зосередження на травматичних образах, ДПРО зараз включає більшість основних елементів стандартних ТФ-КПТ. Крім того, протокол розвинувся від одного сеансу лікування до восьми етапів лікування з вищезгаданими елементами в комплекті, що можна порівняти по тривалості зі стандартною ТФ-КПТ. Унікальною особливістю ДПРО є використання руху очей в якості основного і фундаментального компонента протягом усього курсу лікування.

### **Групова терапія**

Групова терапія, звичайно, не є втручанням як таке, а швидше є засобом проведення втручання. Групова терапія ПТСР включає підтримувальні, психодинамічні і когнітивно-поведінкові підходи (в тому числі експонування, когнітивна терапія переробки, вирішення проблем та ін). Загальні риси включають: порівняно однорідну групу учасників, надання взаємної підтримки, визнання і підтвердження травматичного досвіду і нормалізація травматичної відповіді. Присутність інших людей з подібним досвідом може допомогти подолати переконання, що терапевт не може бути корисним, тому що він або вона не зазнали конкретної травми. Група може також бути використана для просування неупередженості підходу до поведінки, необхідної для виживання під час травматичної події.

### **Гіпноз**

Гіпнотерапія є терапевтичним застосуванням гіпнозу для різних проблем психічного здоров'я. Гіпноз досягається через процес індукції і може бути прирівняний до однієї з форм дисоціації. Гіпнотичний стан характеризується підвищеною сугестивністю і ментальною

концентрацією, дозволяючи терапевту робити навіювання, що допомагає особистості краще контролювати її зовнішні прояви. Важливо визнати, що гіпноз – це не втручання само по собі; скоріше він є індукцією стану розслаблення і сприйнятливості, що (ніби-то) дозволяє легше реалізувати втручання.

Таким чином, гіпноз при ПТСР може бути використаний в якості попередника деяких втручань, в тому числі візуалізації, методів управління стресом, зміцнення розмови з самим собою та експозиції.

### **Повторення образів**

Терапія повторенням образів є когнітивно-поведінковим підходом для лікування хронічних жахів, пов'язаних з травмою. Терапія повторенням образів змушує особу згадати сон, а потім змінити образи сновидіння таким чином, щоб нова версія не засмучувала, і це підвищує їх самооцінку або контроль. Потім пацієнт повторює змінені образи в своїй уяві, особливо перед сном.

### **Інтернет-терапія**

Інтернет-терапія – це широкий термін, який застосовується до низки інтернет-опосередкованих методів терапії. Хоча деякі веб-втручання працюють як підходи чисто самопомоги без участі терапевта, в більшості випадків існує деякий обмежений контакт між терапевтом і пацієнтом з ПТСР за допомогою комп'ютера. Цей підхід може виявитися особливо корисним для людей, які живуть у віддалених районах, для тих, хто має фізичні вади й обмеження рухливості, або для тих, хто не бажає особистої терапії через тривогу або страх стигматизації. Веб-опосередковане лікування ПТСР зазвичай включає психологічну освіту, управління симптомами, експозицію та когнітивну переоцінку, кожна з яких включає структуроване письмове завдання, яке може бути представлене терапевту в якості зворотного зв'язку.

### **Міжособистісна терапія**

Міжособистісна терапія – це обмежена за часом терапія, яка спочатку була розроблена для лікування депресії. Міжособистісна терапія вважає, що міжособистісні відносини є важливими для формування та ведення психологічних проблем через сильний взаємозв'язок між симптомами і соціальним середовищем, тобто взаємодія з іншими людьми впливає на психологічне благополуччя і навпаки. Міжособистісна терапія фокусується на виявленні конкретних проблем і типів особистих відносин, і на формування навичок для поліпшення міжособистісного функціонування і збільшення соціальної підтримки. Вона може включати опанування печалі з приводу втрачених стосунків, різних очікувань у стосунках, змін ролей у стосунках і поліпшення соціальних навичок.

### **Терапія з акцентом на увазі та концентрації**

Терапія з акцентом на увазі та концентрації вважається частиною 'третьої хвилі' когнітивної і поведінкової психотерапії, і включає терапію прийняття і прихильності, КПТ з акцентом на увазі та концентрації і медитацію. Хоча вона відносно нова для західних підходів, увага і концентрація мають довгу історію практики в східних філософіях (наприклад, Буддизм, даосизм і йога). Увагу й концентрацію можна визначити як «приділення уваги певним чином: на цілях, теперішньому моменті і неосудливості»<sup>5</sup>.

### **Наративна експозиційна терапія**

Наративна експозиційна терапія (НЕТ) – це стандартизоване короткострокове втручання, адаптоване з терапії свідчень (традиційно використовується з жертвами тортур та цивільних жертв війни), а також з основних підходів експозиції. Спочатку вона була розроблена для лікування для тих, хто вижив, і документування порушення прав людини. При НЕТ людину просять скласти розповідь про своє життя від раннього дитинства до сьогодення, фокусуючись на травмуючих подіях і виробляючи відповідні думки та емоції. Передбачається, що НЕТ працює в двох напрямках: сприяння звиканню до травмуючих спогадів через експозицію та реконструкція індивідуальної автобіографічної пам'яті.

### **Стрес-менеджмент**



Термін "стрес-менеджмент" використовується, щоб охопити широке коло нетравмофокусованих когнітивних, поведінкових і фізіологічних методів, спрямованих на зниження проявів збудження та зміну особливостей способу життя, які впливають на рівень стресу або тривожності індивіда. Застосування стрес-менеджменту при ПТСР спрямоване на зниження рівня симптомів збудження, а також на вплив симптомів тривожності та уникнення на спосіб життя особистості. Основні компоненти стрес-менеджменту, що використовуються при ПТСР, можуть включати: а) фізичні стратегії, такі як релаксаційний тренінг, контрольоване дихання (на противагу гіпервентиляції), аеробні вправи, гігієна сну і харчування; б) когнітивні стратегії, такі як самостійні алгоритми дій (допінг-стратегії) для опанування при зіткненні зі страхами або ситуаціями уникнення, техніки відволікання уваги та зупинки думок; і в) поведінкові стратегії, такі як структурування повсякденного життя, збільшення кількості занять, що приносять задоволення, і використання соціальної підтримки.

### **Підтримуюче консультування і терапія центрована на сьогодні**

Підтримуюче консультування є ще одним нетравмофокусованим підходом, що зосереджується на аспектах поточної життєвої ситуації людини з метою розгляду та вирішення поточних питань або проблем. При ПТСР підтримуюче консультування усуває проблеми, що виникають у зв'язку з посттравматичною психопатологією, а також у зв'язку з іншими обставинами життя. Воно спрямоване на покращення розуміння ситуації і на самодопомогу шляхом застосування практичного вирішення проблем та копінг-стратегій. Рівень спрямовування терапевта та надання порад при підтримуючому консультуванні варіюється. Одним з напрямків підтримуючого консультування є терапія, спрямована на сьогодні. Ці підходи часто використовуються в якості порівнянь в РКД.

### **Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія**

Термін травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) є підгрупою травмофокусованої психологічної терапії. Хоча вона часто включає психологічну освіту і стратегії управління симптомами (зокрема, зниження збудження), два ключових втручання під рубрикою ТФ-КПТ при ПТСР є експозиція та когнітивна переробка. Таким чином, стратегії ТФ-КПТ є похідними від поведінкових і когнітивних теорій. Це короткотривалі структуровані психологічні втручання, спрямовані на задоволення емоційних, когнітивних і поведінкових наслідків впливу травматичних подій.

Хоча наступні типи втручання описані окремо, існує багато збігів, і досвідчені клініцисти часто використовують комбінації в рутинній клінічній практиці. Загальний підхід, наприклад, буде використовувати психологічну освіту, управління тривожністю, вплив, когнітивну реструктуризацію і профілактику рецидивів для лікування ПТСР. ДПРО також включає багато з цих елементів і лікарі, що практикують ДПРО, часто додають вплив *in vivo* до їх втручань.

### **Експозиційна терапія**

Експозиційна терапія вже давно визнана ефективним методом лікування цілої низки тривожних розладів. Основна мета експозиційної терапії – це допомога людині протистояти предмету її тривоги. Фундаментальний принцип, що лежить в основі процесу експозиції, полягає в у *звиканні*, концепції, що якщо людина може перебувати в контакті з тривожно-провокуючими стимулами досить довго, їх тривожність неминуче знизиться. Це може відбутися протягом експозиційного сеансу (звикання в межах сеансу) або через низку сеансів (звикання між сеансами). Більш сучасні моделі підкреслюють, що обробка інформації є ключовим механізмом. Експозиційна терапія, починаючи з початкової процедури десенсибілізації у ветеранів, яка проводилася Кеане і колегами, потім розширена групою Гоа в пролонговану експозицію (ПЕ), стала наріжним каменем психологічної корекції ПТСР. Експозиційна терапія ПТСР передбачає конфронтування в пам'яті досвіду травмування у контрольованому і безпечному середовищі (вплив уявлення), а також протистояння унікаючим травми ситуаціям і активності через вплив *in vivo*. Важливість оцінки експозиції (часто з використанням ієрархії), пролонгації експозиції до тих пір, поки тривожність не знизиться, і повторювання експозиції до тих пір, поки не буде мінімального занепокоєння, є центральними в підходах до традиційної експозиції.

### **Когнітивна терапія**

Beck ввів когнітивну терапію як метод лікування депресії у 1970-х роках, а інші сприяли поширенню аналогічних підходів приблизно в той же період (наприклад, Ellis, Meichenbaum). З тих пір вона успішно застосовується в лікуванні цілої низки інших емоційних розладів, включаючи тривожні розлади і, в деякій мірі, психози та розлади особистості (див. Beck<sup>6</sup>). У лікуванні ПТСР когнітивна терапія допомагає людині визначити, оскаржити і змінити будь-які упереджені або спотворені думки і спогади про свій травматичний досвід, а також будь-які наступні неадекватні або непотрібні переконання про себе і світ, який вони створили.

### **Когнітивна терапія переробки**

Особливою формою когнітивної терапії, розробленою спеціально для лікування ПТСР, є когнітивна терапія переробки.<sup>7</sup> Когнітивна терапія переробки з'явилася як метод з 12-сеансної КПТ ПТСР, який систематично розглядає ключові посттравматичні теми, включаючи безпеку, довіру, силу, контроль, самооцінку й інтимність. Лікування допомагає людині виявити безпорадні думки та переконання ('теми'), кинути їм виклик і замінити їх на раціональні альтернативи в адаптації стандартних підходів когнітивної терапії. Систематичний спосіб, за допомогою якого когнітивна терапія переробки визначає ключові теми і питання, пов'язані з реакціями на травму, робить її надзвичайно придатною для вирішення більш складних психіатричних наслідків недавніх військових конфліктів. Вона має менший експозиційний компонент, ніж терапії впливу уявлення (обмежена описом досвіду) і тому потенційно більш прийнятна для ветеранів чи практиків, які шукають альтернативи суто експозиційно орієнтованій терапії. Вона також має перевагу, допомагаючи вирішувати пов'язані проблеми, такі як депресія, почуття провини і гнів.

### **Альтернативні підходи**

Кілька нових методів лікування ПТСР сприяли значно швидшому проведенню терапії, ніж стандартні процедури, хоча належним чином контрольовані дослідження, як правило, відсутні на даний момент. Вони іноді разом відомі як "силова терапія". Найбільш відомими з них є метод звільнення емоцій. Метод звільнення емоцій вимагає від пацієнта зосередитися на травматичній пам'яті, коли терапевт (або пацієнта) злегка торкається різних традиційних акупунктурних точок меридіани на обличчі, верхній частині тулуба і рук. Базовим методом звільнення емоцій є припущення, що емоційні розлади, пов'язані з травмуючими подіями, є причиною порушень в організмі енергетичного поля (система меридіанів), які можуть бути відновлені за допомогою цієї техніки. Інші супутні підходи включають терапію під назвою «Thought Field Therapy», візуально-кінестетичну дисоціацію і скорочення травматичного інциденту. Ще одним альтернативним підходом є метод рахунку, розроблений Ochberg.<sup>4</sup> Цей метод передбачає, що терапевт рахує вголос від 1 до 100, в той час як пацієнт проходить через травматичні переживання від початку до кінця в думках. Рахунок сам по собі вважається засобом допомоги хворому не відхилятися від травматичної пам'яті і перешкоджає розриву. Читачам, зацікавленим в якомусь з цих підходів, рекомендується вивчити відповідну літературу.

### **ФАРМАКОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПТСР**

Фармакологічне лікування, яке використовується при ПТСР, призначене для полегшення симптомів і, як наслідок, поліпшення функціонування. Коли людина менш симптоматична, може бути простіше "відпрацьовувати" або протистояти травматичним спогадам одночасно з нормальними процесами одужання. Ліки часто використовуються в комбінації з психотерапією. Був розглянутий широкий спектр психотропних (що впливають на психічний стан людини) препаратів, які використовуються в клінічній практиці для лікування ПТСР. З них більшість знаходяться в центрі тільки одного дослідження (якщо це так), з єдиною групою лікарських засобів, які мають значний обсяг доказів, це СІЗЗС.

### **Антидепресанти**

Є багато різних класів антидепресантів і повний опис виходить за рамки даного розділу. Коротке описання буде зроблене тільки для тих класів, які були використані в лікуванні ПТСР.

СІЗЗС, які часто згадуються як "антидепресанти нового покоління", є найбільш широко використовуваним класом при ПТСР (і в цілому) і класом, який має сильну науково-дослідну базу.

Загальні засоби включають флуоксетин, сертралін, пароксетин і есциталопрам, але є кілька інших. Хоча у них є кілька можливих побічних ефектів, вони, як правило, мають їх менше, ніж більш старі антидепресанти, вони відносно прості у використанні і є відносно безпечними при передозуванні.

З моменту, коли СИЗС поступили на ринок, з'явилися кілька інших антидепресантів нового покоління. Інші загальні класи: інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (наприклад, венлафаксин); селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну; інгібітори зворотного захоплення норадреналіну-дофаміну; і норадренергічні і специфічні серотонінергічні антидепресанти.

Антидепресанти інгібітори моноаміноксидази (ІМАО) застосовувалися протягом довгого часу. Найвідоміший антидепресант старого покоління ІМАО фенелзин – препарат, який застосовується при ПТСР. Основна проблема з ІМАО полягає у тому, що вони дуже складні у використанні і вимагають суворих дієтичних обмежень. Зовсім недавно був розроблений новий тип ІМАО, відомий як зворотній інгібітор моноаміноксидази (наприклад, моклобемід), який простіший у використанні і не вимагає обмежень у харчуванні.

Інший найбільш поширений старіший клас антидепресантів – трьохядерні антидепресанти (ТЦА, наприклад, іміпрамін). Вони були використані з деяким успіхом при ПТСР в минулому, але рідше використовуються в даний час і, як правило, є небезпечними при передозуванні.

### **Атипові антипсихотичні препарати**

Антипсихотичні препарати нового покоління, як правило, відомі як «атипові антипсихотичні препарати», іноді використовуються в якості додаткової фармакотерапії ПТСР на додаток до інших ліків в комплексі і лікування резистентних випадків. Часто використовувани антипсихотичні препарати в Австралії включають оланзапін, кветіапін, клозапін, рисперидон. Вони призначені для лікування збудження, яке часто спостерігається в хронічних і більш складних проявах ПТСР.

### **Гіпноседативні агенти**

Інший тип психотропних препаратів, які можуть бути використані для лікування ПТСР і пов'язаних симптомів, включає гіпноседативні засоби, які призначені, щоб зменшити занепокоєння і лікування безсоння. Отже, вони є препаратами, які мають як седативний (заспокійливий), так і гіпнотичний (снодійний) ефекти. До групи входять бензодіазепіни (наприклад, діазепам, темазепам, алпразолам), барбітурати (в даний час використовуються тільки в рідкісних випадках) та інші снодійні ліки.

### **Коментар робочої групи:**

*Станом на 01.01.2016 Алпразолам, Моклобемід, Темазепам не зареєстровані в Україні в якості лікарського засобу.*

### **Інші ліки**

Хоча не підтвержені емпіричними даними, кілька інших класів ліків часто використовуються при ПТСР. Стабілізатори настрою використовуються для лікування інтенсивних і стійких порушень настрою; біполярні розлади є основним прикладом, але деякі люди з хронічним ПТСР також показують інтенсивні зміни в настрої. Загальні стабілізатори настрою в Австралії включають карбамазепін і топірамат. Хоча спочатку розроблені для лікування епілептичних припадків, антиконвульсанти мають також властивість стабілізації настрою й іноді використовуються при ПТСР.

Ліки, які традиційно не розглядаються як психотропні, також були запозичені з інших областей медицини для полегшення деяких специфічних симптомів ПТСР. Найчастіше використовуються препарати, які змінюють адренергічні функції. Вони включають бета-блокатори (наприклад, пропранолол), альфа-адренергічні агоністи 1 (наприклад, празозин) та альфа-2 адренергічні агоністи (наприклад, клонідин). Ці препарати можуть бути корисні у зниженні фізіологічного збудження. Останнім прикладом з непсихотропних препаратів, які використовувалися для лікування симптомів ПТСР, є старі антигістамінні препарати.

## **ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПТСР**

Традиційно, психосоціальна реабілітація використовується для полегшення самотійного життя, соціалізації та ефективного управління життєвими ситуаціями осіб, які мають хронічні захворювання психічного характеру, включаючи ПТСР. Психосоціальні втручання допомагають людині компенсувати негативні наслідки недієздатності/інвалідності шляхом зниження прояву деяких проблем, пов'язаних з ПТСР, таких як відсутність навичок догляду за собою/самотійного життя, безпритульності, ризикована поведінка, взаємодія з сім'єю і друзями, які не розуміють що таке ПТСР, соціальна неактивність, безробіття та інші перепони, які перешкоджають отриманню різних форм лікування/реабілітації. Компоненти психосоціальної реабілітації включають навчання соціальним навичкам, навичкам роботи, допомогу з житлом, професійну реабілітацію, управління справами і підтримку сім'ї.

Психосоціальна реабілітація часто застосовується разом з іншими процедурами. Метою такої реабілітації скоріше є інтеграція в суспільство і поліпшення функціонування, а не зменшення проявів симптомів.

Зростає визнання того, що заходи з реабілітації, які сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатися на перших етапах лікування, а не відкладатись до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан. Для людини з ПТСР така реабілітація включатиме психоосвіту пацієнта і членів сім'ї, максимізацію існуючої соціальної підтримки або створення нової професійної підтримки для збереження оптимальних трудової/освітньої продуктивності.

### **Соціально-емоційна реабілітація**

Соціально-емоційна реабілітація була спеціально розроблена як терапевтичний захід для ветеранів і складається з трьох компонентів. Перша складова – це навчання соціальним навичкам, а саме базовим навичкам спілкування, особливо тим, що є важливими для створення і підтримання соціальних зв'язків. Другий компонент – управління гнівом і тренінг розвитку навичок вирішення проблем, який був розроблений для зменшення рівня проявів вибуховості шляхом впровадження альтернативних способів вираження гніву, навчання вирішенню проблем і навичкам регуляції емоцій, а також навчання ветеранів технікам впевненого, доброзичливого спілкування без використання погроз. Третій компонент спрямований на вирішення проблем, пов'язаних з військовим минулим. Ветеранів вчать, як розмовляти з цивільними особами про бойові травми та інші військові питання таким чином, щоб сприяти розумінню цих питань важливими для них людьми. Їх також навчають виявляти та долати прояви негативного та дихотомічного мислення (наприклад, твердження, що всі цивільні особи не розуміють їх і що їм не можна довіряти, тому що вони не були на війні), що обмежує їх соціальні зв'язки з іншими людьми.

### **Професійна реабілітація**

Загальною спрямованістю психосоціальної реабілітації є професійна реабілітація, яка допомагає людині з ПТСР повернутися до оптимального рівня функціонування. Хоча метою для багатьох буде отримання оплачуваної роботи, це не повинно бути самоціллю. Волонтерська робота, навчання та інші ключові ролі у житті суспільства, такі як виховання дітей, все це є центром уваги професійної реабілітації.

В залежності від поточного рівня функціонування, втручання можуть включати підтримку особи у нинішній її ролі або на нинішньому місці роботи та/або поступове повернення до ролі або місця роботи, які вона мала. В інших випадках, це може бути більш тривалий процес, потенційно пов'язаний з перепідготовкою та пошуком іншого змістовного заняття для людини. Психосоціальна реабілітація допомагає людині відновити максимально можливий рівень соціального функціонування і професійної роботи, які мають важливе значення для якості життя.

## **ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПТСР**

### **Голковколювання**

Голковколювання є альтернативною медициною, яка лікує пацієнтів, маніпулюючи тонкими твердими голками, які вставляються в акупунктурні точки на шкірі. Згідно з традиційною китайською медициною стимулювання цих точок може скорегувати дисбаланс у потоці енергії

через канали, відомі як меридіани. Використання голковколювання для певних умов (наприклад, кілька типів болю, нудота, остеоартроз колінного суглоба) було схвалене Національним інститутом охорони здоров'я США, Національною службою охорони здоров'я Сполученого Королівства і ВООЗ. Існує загальна згода, що голковколювання є безпечним при проведенні навченими фахівцями з використанням стерильних голок і несе дуже низький ризик серйозних побічних ефектів.

### **Повторювані транскраніальні магнітні стимуляції**

Інноваційний і відносно новий метод лікування, який показав деяку перспективу при депресії, був також розглянутий для лікування ПТСР. Повторювані транскраніальні магнітні стимуляції (ТМС) передбачають застосування пульсуючого струму високої інтенсивності з допомогою електромагнітної котушки, розташованої на бічних сторонах голови. Хоча безпосередні порівняння можуть бути зроблені за допомогою електросудомної терапії, ці дві процедури абсолютно різні в застосуванні й ефекті на пацієнта. ТМС – це безболісний, неінвазивний метод стимуляції коркових нейронів, які можуть допомогти зменшити симптоми різних станів, у тому числі ПТСР.<sup>11</sup>

### **ВТРУЧАННЯ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

Більшість з перерахованих вище втручань застосовні також у дітей і підлітків, іноді з незначними змінами, хоча деякі з них були предметом ретельної оцінки у цієї популяції. Мета даного розділу – надати додаткову інформацію, визначену для даної вікової групи.

#### **Когнітивно-поведінкові втручання при травмах в школах**

Когнітивно-поведінкові втручання при травмах у школах включають більшу частину компонентів практики ТФ-КПТ програми Cohen і співавт. (див. нижче).<sup>12</sup> Їх можна проводити в будь-якому груповому чи індивідуальному форматі, який не включає батьківський компонент, і, мабуть, найголовніше, реалізується в школах. Вони включають десять групових занять і від одного для трьох окремих сеансів, спеціально розроблених для використання в школах. Когнітивно-поведінкові втручання при травмах у школах надають вчителю компонент, призначений для навчання педагогів щодо потенційного впливу травм на дитячу поведінку і навчання. Когнітивно-поведінкові втручання при травмах у школах, розповідь про травму, розроблені і застосовуються на індивідуальних сеансах.

#### **Психодинамічні травмофокусовані види психотерапії**

Призначена для дітей молодшого віку (від трьох до п'яти років у випробуваннях, проведених до теперішнього часу) дитячо-батьківська психотерапія<sup>13</sup> – це лікування на основі відносин, розроблене для маленьких дітей, які піддаються насильству в сім'ї. Дитячо-батьківська психотерапія поєднує елементи психодинамічної, коригувальної, травмофокусованої, когнітивно-поведінкової і соціальної теорій навчання. Дитячо-батьківські відносини розглядаються як ключовий механізм для зміни в бік покращення у дитини емоційного, соціального та когнітивного функціонування. Терапія фокусується на безпеці, спільному конструюванні між батьком і дитиною оповідання травми, впливає на регуляцію і поведінкову активацію. Діти і батьки спостерігаються разом, індивідуальні заняття з матір'ю плануються в міру необхідності. Втручанням направляються такі домени функціонування: гра; сенсомоторна дезорганізація і порушення біологічних ритмів; лякливність; безрозсудність, самозагрозлива поведінка; агресія; каральне та критичне виховання; відносини дитини з винуватцем насильства і/або відсутнім батьком; і питання розлучення, пов'язані з припиненням терапії.<sup>14</sup>

#### **Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія**

Silverman і колеги<sup>15</sup> розглянули психологічні методи лікування молоді, яка зазнала травматичної події, використовуючи критерії для встановлення емпіричних методів лікування, розроблених Chambless і колегами.<sup>16,17</sup> ТФ-КПТ була єдиним методом лікування, що відповідає цим усталеним критеріям.

Хоча існує багато різних програм і протоколів, версія ТФ-КПТ, яка є найбільш відомою, є втручанням, розробленим Cohen і співавт.<sup>12</sup> Ця програма була широко досліджена і поширена на міжнародному рівні (у тому числі через веб-інтерфейс програми навчання, яка ведеться медичним

університетом Південної Кароліни; це високоякісна безкоштовна програма тренінгу ТФ-КПТ). Ця програма стала посібником і складається з високо структурованого втручання, при якому батьки і діти спостерігаються спільно на 90-хвилинних щотижневих сеансах. Лікар працює за вісьмома стандартними компонентами з батьком і дитиною, пристосовуючи темп і фокус для задоволення потреб пацієнта. Втручання засноване на скороченні практики, що включає вісім компонентів:

**1. Психологічна освіта:** освітні заходи для батьків і дітей про тип травматичної події (наприклад, яким є загальний вплив такого роду втручання), загальні реакції травми і підхід ТФ-КПТ, а також батьківські навички (наприклад, використання ефективних батьківських втручання, таких як позитивна увага, похвала, селективна увага, тайм-аут тощо).

**2. Релаксації:** контрольоване дихання, прогресивна м'язова релаксація.

**3. Навички афективної модуляції:** ідентифікація почуттів, позитивна розмова з самим собою, припинення думок, позитивні образи, вирішення проблем і саморегуляція негативних афективних станів.

**4. Когнітивна адаптація та обробка:** розпізнання взаємозв'язку між думками, почуттями і поведінкою; моніторинг та зміна неточних, безпорадних думок.

**5. Виклад подій щодо травми й обробка:** створення оповідання дитиною про травму і допомога дитині виправити когнітивні спотворення, пов'язані з цим досвідом.

**6. *In vivo* вплив:** поступовий вплив подразників, пов'язаних з травмою, які викликають страх.

**7. Спільні сеанси для батьків і дітей,** на яких дитина ділиться своїм оповіданням про травму з батьками, а також вирішуються інші сімейні питання.

**8. Підвищення безпеки/подальший розвиток:** вирішення проблем, пов'язаних з профілактикою майбутніх травм, і повернення до нормальної траєкторії розвитку.

Заповнення модуля ПТСР Кідді з афективних розладів та шизофренії у дітей шкільного віку – версія інтерв'ю для батьків і позитивна версія (K-SADS-PL)<sup>18</sup> – теж частина протоколу ТФ-КПТ.

Scheeringa і колеги нещодавно повідомили про розробку та оцінку програми ТФ-КПТ для 3-6-річних дітей з ПТСР.<sup>19</sup> Програма описується як високо структурована і складається з 12 сеансів. Конкретні терапевтичні стратегії включають психологічну освіту з ПТСР, розпізнання почуттів, навички когнітивної адаптації, поступовий вплив нагадування про травми за допомогою трьох механізмів (малювання, уявлення та *in vivo*) та планування безпеки. Особа, яка здійснює догляд, присутня на сеансах 1, 2 і 12. Особа, яка здійснює догляд, спостерігає інші сеанси на ТВ-моніторі з метою ознайомлення з матеріалом, якому буде вчити дітей. Сеанси 3-11 діляться на дві половини, при цьому терапевт працює з дитиною в першій половині (спостерігає особа, яка здійснює догляд), а і у другій половині сеансу терапевт працює з особою, яка здійснює догляд. Ця друга половина сеансу використовується терапевтами для отримання допомоги від особи, яка здійснює догляд, в тому, щоб зрозуміти дитячі слова і мову тіла, а також разом обговорити і вирішити проблеми щодо домашніх завдань.

### Підсумки

Як зазначалося вище, багато підходів, описаних в цьому розділі з посиланням на дорослих, також використовувалися у дітей. Вони включають ДПРО, управління стресом і фармакотерапію, і це лише декілька. У більшості випадків, однак, ці методи лікування не були систематично вивчені щодо лікування ПТСР у дітей і підлітків, а деталі підходу – настільки, щоб його можна надійно повторити – не були передбачені.

## РОЗДІЛ 5. ОГЛЯД ДОКАЗІВ І РЕКОМЕНДАЦІЇ З ЛІКУВАННЯ

Метою цього розділу є представити огляд процесу систематичного огляду з подальшим коротким викладом ключових наукових доказів в кожній області разом з Рекомендаціями щодо клінічної практики (що позначаються як "P", класи A-D), Рекомендації з досліджень (RR), Пункти консенсусу (CP) і Рекомендації з належної практики (GPP). Критерії, використовувані для позначення типу рекомендації та класу, детально описані в розділі "Оцінка доказів і підготовка рекомендацій" нижче. Повні деталі огляду доказів можна знайти в Додатку 3.

## ПІДХІД ДО СИСТЕМАТИЧНОГО ОГЛЯДУ

Систематичні огляди літератури використовують чіткі систематичні методи, щоб обмежити відхилення і зменшити вплив випадковості в огляді, тим самим забезпечуючи найбільш надійні та стабільні результати, на яких можна робити висновки і розробити настанову клінічної практики. Національна рада з охорони здоров'я та медичних досліджень (NHMRC) опублікувала процедури та вимоги для задоволення стандарту NHMRC 2011 для клінічних настанов, щоб допомогти розробникам з процесом розробки і поширення настанови в клінічній практиці.<sup>1</sup> Документ містить обов'язкові й бажані вимоги до компоненту огляду доказів при розробці настанови. NHMRC також випустила інші ресурси для розробників настанов, які були використані в систематичному огляді, в тому числі, Посібник з розробки, оцінки та імплементації клінічних настанов<sup>2</sup>, довідники, такі як «Як розглядати докази: систематичне виявлення і огляд наукової літератури».<sup>3</sup>

Настанови, засновані на доказах, повинні включати:

- розробку і затвердження певного досліджуваного питання або гіпотези;
- прозорий методичний процес визначається апіорі (тобто, протокол огляду);
- вичерпний пошук відповідних первинних (і вторинних) досліджень з теми;
- застосування критеріїв включення і критичної оцінки досліджень;
- спробу відповісти на питання дослідження і вирішити конфлікти в літературі;
- виявлення центральних питань у майбутніх дослідженнях з цієї теми і практичне застосування результатів;
- розробку настанови і рекомендацій, які засновані на цих доказах (дослідженнях) і застосовні до цільової популяції або групи пацієнтів.<sup>2-8</sup>

### Питання досліджень

Питання досліджень для систематичного огляду літератури були розроблені робочою групою і пройшли доопрацювання в ході обговорень з мультидисциплінарною радою. При вивченні результатів систематичного огляду були визначені прогалини у доказовій базі, де на питання не можна дати (або можна тільки частково дати) відповідь існуючими дослідженнями. У таких випадках були отримані пропозиції щодо подальших досліджень і представлені у всьому документі настанови.

З кожного з цих питань дослідження докази були зібрані окремо для дітей у віці до 6 років, дітей від 7 до 13 років, підлітків від 14 до 18 років і дорослих.

Питаннями досліджень, які систематичний огляд доручив досліджувати, були:

1. Чи навчання попередньо інциденту дає якісь переваги порівняно з іншими у людей, які перенесли травми?
2. Чи раннє психологічне втручання поліпшує результати порівняно з відсутністю втручання у людей, які перенесли травми?
3. Чи раннє психологічне втручання поліпшує результати в порівнянні з іншими ранніми психологічними втручаннями у людей, які перенесли травми?
4. Чи раннє психологічне втручання дає якісь переваги над іншими ранніми психологічними втручаннями у людей, які перенесли травми?
5. Чи раннє фармакологічне втручання поліпшує результати у людей, які перенесли травми?
6. Чи раннє фармакологічне втручання дає якісь переваги над іншими ранніми фармакологічними втручаннями у людей, які перенесли травми?
7. Чи раннє втручання більш ефективне, ніж множинні ранні втручання у людей, які перенесли травми?
8. Чи будь-яке втручання, проведене в школі, поліпшує результати у дитини порівняно з відсутністю втручання у дітей, які зазнали впливу травми?
9. Чи будь-яке втручання, проведене в школі, поліпшує результати у дитини порівняно з будь-яким іншим втручанням, проведеним у школі, у дітей, які зазнали впливу травми?
10. Чи психологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручання у людей з ПТСР?
11. Чи будь-яке психологічне втручання дає якусь перевагу над іншими психологічними втручаннями у людей з ПТСР?

12. Чи індивідуальна терапія більш ефективна, ніж групова терапія у людей з ПТСР?

13. Чи поєднання індивідуальної терапії і груповою терапією більш ефективно, ніж поодиноці у людей з ПТСР?

14. Чи встановлені втручання для ПТСР ефективні при самостійному проведенні чи самостійному проведенні з підтримкою практикуючого лікаря, порівняно з втручанням, проведеними практикуючим лікарем, або відсутністю втручання?

15. Чи фармакологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з плацебо у людей з ПТСР?

16. Чи фармакологічні втручання дають якусь перевагу над іншими фармакологічними втручаннями у людей з ПТСР?

17. Чи психосоціальна реабілітація поліпшує результати в порівнянні з відсутністю втручання у людей з ПТСР?

18. Чи фізичні вправи поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручання у людей з ГСР або ПТСР?

19. Чи фізичні вправи дають перевагу над психологічними чи фармакологічними втручаннями у людей з ГСР або ПТСР?

20. Чи одне втручання більш ефективно, ніж декілька втручань у людей з ПТСР?

21. Чи будь-яке втручання (фармакотерапія, психотерапія або психосоціальна реабілітація) більш ефективно, ніж будь-яке інше втручання (фармакотерапія, психотерапія або психосоціальна реабілітація) у людей з ПТСР?

22. У контексті ПТСР та супутньої патології, чи є послідовні втручання на діагнози більш ефективними, ніж одночасні втручання з приводу обох діагнозів?

23. Чи включення батьків/осіб, які здійснюють догляд, поліпшує результати у порівнянні з відсутністю батьків/осіб, які здійснюють догляд, у дітей з ПТСР?

24. Чи будь-які психологічні втручання, які включають батьків/осіб, які здійснюють догляд, поліпшують результати в порівнянні з будь-яким іншим психологічним втручанням, яке включає батьків/осіб, які здійснюють догляд, у дітей з ПТСР?

### **Огляд методології**

Цей систематичний огляд був розроблений, щоб оновити систематичний огляд, проведений для Австралійської настанови з лікування дорослих з ГСР і ПТСР 2007 року. Цей і нинішній огляд були проведені Adelaide Health Technology Assessment (АНТА). Огляд за 2007 рік включав дослідження, визначені у настановах Національного інституту охорони здоров'я та клінічної досконалості (NICE)<sup>9</sup> та у настановах Veterans Affairs/Department of Defense (VA/DoD).<sup>10</sup> Даний огляд також включив дослідження, виявлені в попередньому систематичному огляді, де науково-дослідні питання були такими ж, за умови, що вони відповідали критеріям включення. Нинішній огляд також розглянув дослідження з більш широкого кола питань і вперше включав дітей і підлітків.

### **Критерії включення**

Критерії для включення досліджень в оновленому систематичному огляді літератури наведені у вставках 1-190 Додатка 3. З метою забезпечення того, аби у відборі досліджень, щоб відповісти на конкретні питання, не було відхилень, ці критерії були позначені до зіставлення літератури. Тип популяції пацієнтів, втручання (лікування), компаратор (проти якого вимірюється ефективність лікування) та результати інтересу були чіткі – це, як відомо, критерії PICO, і вони безпосередньо пов'язані з питанням дослідження, які розглядаються. Додаткові обмеження на пошук літератури були також чіткими, наприклад, обмеження пошуку в дослідженнях певного дизайну (наприклад, швидше за все, для забезпечення неупереджених і більш надійних результатів), певним періодом пошуку або певною мовою.

Дослідження були виключені, якщо вони:

- не відповідали критеріям включення;
- не могли забезпечити адекватні дані про результати (наприклад, дані, що надаються тільки в графічному форматі, відсутню інформацію, формат або тип даних не можуть бути використані);



- були оновлені тією ж дослідницькою групою того ж питання дослідження у тих же пацієнтів, без іншої наданої інформації;
  - не можуть бути розміщені;
  - використовують аналог для травматичної події (наприклад, випадкові вибірки студентів).
- Дослідження, що оцінюють переваги втручань у дорослих, були включені, якщо:
- були виміряні симптоми ПТСР;
  - головна мета лікування була ГСР або ПТСР, або запобігання розвитку цих захворювань;
  - з питань, що належать до ПТСР, принаймні, 70% учасників мають ПТСР, а інші учасники мають симптоми ПТСР після травматичної події;
  - безперервні дані, принаймні, 50% вибірки наміру лікувати були оцінені у відповідній точці часу.

Критерії включення для дітей і підлітків були такими ж, як і для дорослих, за винятком критеріїв включення, що 70% учасників в дослідженні вимагають, щоб ПТСР не застосовувався в якості діагностичних критеріїв, оскільки діагностичні критерії ПТСР у дітей і підлітків все ще розробляються і відносно недостатньо розроблені.<sup>9</sup> Всі дослідження, проте, були зобов'язані включати виміри симптомів ПТСР дитини.

### **Літературні джерела**

Щоб відповідати заснованим на доказах настановам, у тому числі попереднім настановам NICE і VA/DoD і попереднім австралійськими настановам, пошук проводили в наступних базах даних: Medline, Excerpta Medica Database (EMBASE), PsychINFO, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), the Dartmouth College Published International Literature on Traumatic Stress (PILOTS) catalogue та Cochrane Library (Див. таблицю 200 в Додатку 3). Щоб відповідати Мінімальним вимогам стандартів (NHMRC), провели пошук в Clinical Evidence та Інтернеті (Google Scholar і веб-сайтах організацій за спеціальністю) (Див. таблицю 201 та Додаток Е в Додатку 3), і були відскановані бібліографічні списки всіх включених потенційно актуальних досліджень. В січні 2012 року провели пошук в Австралійських і Новозеландських Реєстрах клінічних випробувань і, якщо відповідне дослідження було визначено як завершене, зв'язувалися з відповідними дослідницькими групами, щоб дізнатися, чи були вони недавно опубліковані в пресі, щоб забезпечити, щоб рекомендації засновувалися на самих останніх наявних доказах.

Крім того, щоб відповідати попереднім заснованим на доказах настановам, пошук літератури був обмежений англійською мовою або систематичними оглядами/метааналізами РКД (рівень I доказів), або РКД (рівень II доказів), якщо було виявлено менше двох РКД, які відповідають на конкретне питання, в цьому випадку більш низькі рівні доказів були оцінені для включення.

### **Стратегія пошуку**

Була проведена серія з шести окремих пошуків, щоб витягти порівняльні дослідження, що стосуються психологічних втручань, фармакологічних втручань, психосоціальної реабілітації, фізіотерапії і фізичних вправ, і супутніх захворювань, з яких відповідні документи були визначені з кожного питання дослідження. Якщо питання залишилося таким же, як у настанові 2007 року, а нові рівні доказів не були областю пошуку, то докази, отримані з попереднього пошуку 1996-2004 років, були збережені й окремий пошук провели з 2005 по жовтень 2011 року. Проте, окремий пошук щодо дітей і підлітків провели з 1996 по жовтень 2011 року, оскільки вони не були включені в попередній пошук. Використовувана термінологія пошуку перерахована в Таблиці 202 Додатку 3. Терміни пошуку були розроблені на платформі PubMed. Аналогічні стратегії пошуку були використані для різних бібліографічних баз даних, з тим же текстом слів, використовуваних разом з відповідними альтернативними MeSH заголовками.

### **Оцінка валідності**

Всі дослідження, визначені за допомогою нових пошуків, і ті, що визначені за попередніми оглядами (АНТА, NICE та VA/DoD), були критично оцінені з точки зору внутрішньої і зовнішньої валідності, і була визначена статистична та клінічна значимість і застосовність результатів з використанням параметрів доказів NHMRC (2000a; 2000b) NHMRC і недавно розроблених NHMRC проміжних рівнів і класів доказів (табл. 205 в Додатку 3). Критична оцінка визначених

досліджень проводилась з використанням якісного контрольного переліку<sup>3</sup> NHMRC (див. Додаток В в Додатку 3). Контрольний перелік для оцінки якості інтервенційних досліджень був розроблений, щоб оцінити особливості рандомізованих випробувань. Тільки ті випробування, які повідомляли правильний засліплений метод рандомізації і мали високі показники спостереження з проведенням аналізу наміру до лікування, вважалися такими, що мають низький рівень відхилень. Цей показник був застосовний до дуже небагатьох досліджень, виявлених у систематичному огляді, в результаті чого більшість досліджень розглядаються як такі, що мають помірний або високий ризик відхилень. Для когортних досліджень був прийнятий протокол змін та був використаний перелік Downs and Black (див. Додаток В в Додатку 3).

Відхилення публікацій були оцінені за допомогою графіків (funnel plots). Порівняння в рамках огляду з трьома або більше дослідженнями оцінювали на відхилення публікації за первинними результатами (діагноз ПТСП і тяжкість).

Таблиці доказів NHMRC (Таблиця 204 в Додатку 3) розглядають три основні аспекти, які мають вирішальне значення для оцінки доказів: силу доказів, розмір ефекту та актуальність доказів. Перший домен виводиться безпосередньо з літератури, яка інформує про конкретне втручання. Останні два вимагають експертного клінічного внеску в якості частини їх визначення.

**Таблиця 5.1.** Шкала доказів

Сила доказів	Визначення
Рівень	Дизайн дослідження, використаний в якості індикатора ступеня, в якому відхилення усунено завдяки дизайну *
Якість	Методи, використані дослідниками, щоб мінімізувати відхилення в межах дизайну дослідження
Статистична точність	p-значення або, альтернативно, точність оцінки ефекту. Вона відображає ступінь впевненості про існування істинного ефекту
Розмір ефекту	Відстань оцінки дослідження від «нульового» значення і включення тільки клінічно значущих ефектів в довірчий інтервал
Актуальність доказів	Корисність доказів в клінічній практиці, зокрема, доцільність використовуваних вимірів результатів

\*Див. Таблицю 205 в Додатку 3

### Отримання та аналіз даних

Процес відбору досліджень пройшов шість етапів, і була зареєстрована низка отриманих та збережених на кожному етапі посилань на літературу (табл. 203 у Додатку 3).

Таблиці доказів були використані в якості керівництва для узагальнення вилучених даних з окремих досліджень (див. Додаток G у Додатку 3).<sup>11</sup> Аналіз наміру до лікування повинен використовуватися на противагу комп'ютерним даним, оскільки вони обмежують вплив відхилення відбору на результати. Таким чином, дані наміру до лікування були використані на противагу комп'ютерним даним, коли це було доступно. Проте, коли такі дані не були доступні, використовували комп'ютерні дані.

Метааналіз специфічних питань досліджень був проведений спочатку в настанові NICE<sup>9</sup> і оновлений в належних випадках в попередній настанові АСРМН. Ці метааналізи були знову оновлені, коли це доречно, за результати нових РКД, визначених для цього документу. Метааналіз проводили з використанням моделі фіксованих ефектів, коли дослідження були однорідні ( $p > 0,05$ ), або моделі випадкових ефектів при наявності неоднорідності між дослідженнями (де така неоднорідність не може бути пояснена). Вимірювання ефекту, які були отримані або розраховані для окремих або об'єднаних результатів, включали відносний ризик (ВР; для розрахунку даних) і

стандартне середнє відхилення (SMD; Hedges g) для безперервних даних. Відповідно до методології, використовуваної NICE, середні оцінки після лікування (або бали спостереження) були об'єднані із середніми змінами від базової оцінки, де бали були в тому ж вимірі результату.

Слід зазначити, що метод SMD не коригувався щодо відмінностей у напрямку шкали. Для метааналізів, де деякі шкали збільшуються з тяжкістю захворювання, а інші зменшуються, середні значення з одного набору досліджень були помножені на -1, щоб переконатися, що всі шкали вказують у тому ж напрямку. Неоднорідність в метааналізі оцінювали за допомогою статистики Кокран Q, і відхилення публікації були перевірені за допомогою воронкоподібної діаграми Бега. Де метааналіз не може бути проведений, був проведений якісний синтез даних. Розміри ефекту були інтерпретовані з використанням методології, розробленої NICE (див. нижче), і були використані позначення рівня доказів NHMRC (Додаток В у Додатку 3).

*«Для кожного результату був розроблений клінічний опис знайдених доказів. Для оцінки клінічної значущості, де було отримано статистично значуще резюме (після врахування неоднорідності), Група встановила порогові значення для визначення клінічної значущості, на додаток до врахуванням популяції дослідження і характеру результату.*

*Були встановлені два окремі порогові значення для визначення клінічної значущості. Для порівняння одного активного лікування проти списку очікування або неактивних втручань, застосовувалися більш високі порогові значення для порівняння одного активного лікування проти іншого.*

*Для порівняння одного активного лікування проти іншого лікування були застосовані наступні порогові значення: для дихотомічних результатів BP 0,80 або менше/1,25 або більше вважаються клінічно важливими, а для безперервних результатів розмір ефекту приблизно 0,5 ('середній' розмір ефекту Cohen, 1988) або більше (або менше -0,5); вважається клінічно важливим.*

*Для порівняння активного лікування проти списку очікування були застосовані наступні порогові значення: для дихотомічних результатів BP 0,65 або менше /1,53 або більше вважаються клінічно важливими, а для безперервних результатів розмір ефекту приблизно 0,8 ("великий" розмір ефекту; Cohen, 1988) або більше (або менше -0,8) вважається клінічно важливим.*

*У випадках, коли точка оцінки ефекту вважалася клінічно важливою, подальший розгляд було зроблено щодо точності даних шляхом аналізу діапазону оцінок, визначених ДІ [довірчий інтервал]. Якщо величина ефекту вважалася клінічно важливою для всього діапазону ймовірних оцінок, результат був описаний як доказ на користь втручання X у порівнянні з втручанням Y (тобто, заява 1 або S1). У ситуаціях, коли оцінка була клінічно важливою, але ДІ включав клінічно неважливі ефекти, результат був описаний як обмежений доказ на користь втручання X у порівнянні з втручанням Y (тобто S2). Якщо точкова оцінка вважалася клінічно неважливою і ДІ не включав будь-яких клінічно важливих ефектів, результат був описаний як наврядчи клінічно важливий (тобто S3). В якості альтернативи, якщо діапазон оцінок, що визначаються ДІ, включав клінічно важливі переваги, а також не включав впливу або шкідливих наслідків, результат був описаний як не доведений (тобто, S4).*

*S1 = Існує доказ на користь X у порівнянні з Y стосовно...*

*S2 = Існує обмежений доказ на користь X у порівнянні з Y стосовно...*

*S3 = Існує доказ того, що наврядчи буде клінічно важлива різниця між X і Y стосовно...*

*S4 = Докази є непереконаливими і тому не представляється можливим визначити, чи є клінічно значуща різниця між X і Y стосовно... ». (Адаптовано з NICE, 2005 с.45)*

Такий же підхід до отримання та аналізу даних був прийнятий для всіх випробувань, розглянутих щодо настанов, незалежно від характеру втручання. Визнано, що це робить пряме порівняння між дослідженнями психологічних втручань і дослідженнями фармакологічних втручань складним, оскільки вони, як правило, використовують різні контрольні групи. (Якщо такі порівняння представляють інтерес, найкращий підхід – це дизайн «прямого порівняння»; на жаль, лише деякі такі дослідження існують на даному етапі). Проте, це найбільш виправданий підхід і він зазвичай використовується в систематичних оглядах такого роду. Подальше обговорення деяких з цих складнощів наведено нижче в «Резюме літератури» в підрозділі «Фармакологічні втручання у дорослих з ПТСР».

Всі статистичні розрахунки і випробування були проведені з використанням біостатистичного комп'ютерного пакету Stata версії. Розрахунки величини ефекту (Hedges g) для окремих досліджень були виконані з використанням The Effect Size Generator версії 4.1.13

### Оцінка сукупності доказів і підготовка рекомендацій

Після оцінки кожного включеного дослідження за трьома параметрами доказів була розроблена матриця заяви про докази для кожної групи досліджень, сфокусованих на конкретній темі (див. повний систематичний огляд літератури в Додатку 3). Ця матриця оцінювала кожну сукупність доказів за п'ятьма компонентами: доказова база, відповідність, клінічний вплив, узагальненість і застосовність. Кожному з цих компонентів було присвоєно клас від А до Е (або "не застосовно") з коротким описом того, як був отриманий клас. З тих матриць заяв про докази можна визначити клас сукупності усіх доказів, що підтверджують кожну рекомендацію (див Додаток В у Додатку 3). Як описано вище, робоча група потім розглянула силу доказів в кожній області і виробила відповідні рекомендації. На додаток до рекомендацій робоча група повинна була забезпечити клас сили рекомендації. Цей клас засновується на силі доказів, але не обов'язково її прямо транслює.

Класи рекомендації NHMRC надаються, щоб допомогти користувачам клінічних настанов у прийнятті клінічних рішень і вказати на силу рекомендації. Рекомендації класу А і В, як правило, засновані на сукупності доказів, яким можна довіряти, щоб вести клінічну практику, в той час як рекомендації класу С і D мають бути застосовані обережно в окремих клінічних та організаційних обставинах, і їм треба слідувати з обережністю.<sup>11</sup>

Клас	Опис
А	Сукупність доказів, яким можна довіряти, щоб вести практику
В	Сукупність доказів, яким можна довіряти, щоб вести практику в більшості ситуацій
С	Сукупність доказів, які дають деяку підтримку рекомендаціям, але їх слід дотримуватися з обережністю
Д	Сукупність доказів, які є слабкими, і рекомендації повинні застосовуватися з обережністю

Існує багато сфер клінічної практики, де просто немає доказів з досліджень. Краще, ніж не давати ніяких рекомендацій в цих сферах, робоча група виробила Пункти консенсусу (CP – використовуються, коли немає даних досліджень; це часто відбувається тому, що робоча група впевнена, що ніяких доказів не існує).

### Обмеження огляду

Цей систематичний огляд методів лікування ГСР і ПТСР обмежений такими чинниками. Огляд:

- не охоплює питання, що відносяться до оцінки деяких додаткових множинних методів лікування в порівнянні з плацебо / листком очікування для популяцій огляду;
- не дозволяє оцінити рівень доказів нижче РКД (докази рівня II) з багатьох питань;
- не забезпечує комплексний огляд потенційних питань безпеки (тобто, дослідження занадто малі, щоб виявити багато побічних ефектів, зокрема, рідкісних побічних ефектів) – це особливо стосується розділу фармакологічних методів лікування;
- виключає деякі повідомлення, якщо вони були оновленнями раніше опублікованих досліджень і спостереження пацієнтів складало менше 50%.

Ця настанова засновувалася частково на систематичному огляді NICE і настанові VA/DoD, обидві з яких мають свої власні обмеження. При оновленні цієї настанови деякі з цих обмежень мають бути визнані, незважаючи на використання майже ідентичної методології.

- Деякі дослідження, які потенційно задовольняють критеріям включення, можливо, були упущені.

- Були розраховані розміри ефекту на основі різниці балів після лікування між групами, припущення полягає в тому, що рандомізація заперечує будь-які потенційні базові відмінності між групами. Це припущення може бути справедливим для великих випробувань, але не обов'язково відповідати невеликим випробуванням.

- Деякі з досліджень, включених в огляд, представляють статистичне тестування на великому діапазоні результатів без корекції для множинних порівнянь в їх аналізі. Це збільшує ймовірність того, що буде виявлена статистично значуща різниця просто через шанс.

Повний огляд доказів можна знайти в Додатку 3.

### **ДОСЛІДНИЦЬКІ ПИТАННЯ, РЕЗЮМЕ ДОКАЗІВ І РЕКОМЕНДАЦІЇ З ЛІКУВАННЯ**

Як було зазначено в кількох інших пунктах цієї настанови, Пункти консенсусу та Рекомендації з належної практики в цій настанові представлені на припущенні, що вони будуть імплементовані практикуючими лікарями з відповідною кваліфікацією та досвідом. Вони також представлені на припущенні, що вони будуть імплементовані в контексті належної клінічної практики в більш широкому сенсі. У цьому світлі перша Рекомендація з належної практики для цього розділу наступна:

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

GPP43 Найкращі практичні процедури повинні бути прийняті при використанні психологічних, психосоціальних або фармакологічних методів лікування, у тому числі надання інформації перед початком, моніторингом і лікуванням побічних ефектів, моніторингом ризику суїциду і в разі фармакологічного втручання, відповідного припинення та скасування процедур.

### **Ранні психологічні втручання для дорослих, які зазнали впливу потенційно травматичної події**

У цьому розділі розглядається надання психологічних втручань всім тим, хто піддається впливу травми, а не тільки тим, хто має проблеми адаптації. Він охоплює варіанти як до інцидентів, так і безпосередньо після інцидентів для всіх, перш ніж продовжувати спостерігати за тими, у кого розвиваються стани, які діагностуються. Ці "втручання для всіх" можуть забезпечуватися персоналом, багато з якого (наприклад, персонал швидкого реагування або капелани) можуть бути не медичними працівниками.

#### **Навчання готовності до інциденту**

##### **Дослідницькі питання 1 і 2**

1. Чи навчання готовності до інциденту поліпшує результати в порівнянні з відсутністю втручання у схильних до травм людей?

2. Чи навчання готовності до інциденту дає якісь переваги над іншим навчанням готовності у схильних до травм людей?

#### **Критерії відбору**

Популяція	Люди, схильні до травми (у тому числі підгрупи з ГСР)
Втручання	Навчання готовності до інциденту, надане будь-яким методом
Компаратор	1. Немає підготовки 2. Інші навчання готовності до інциденту навчання
Результат	Первинний результат: симптоми ПТСР або ГСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами / соціальні та професійні функції / якість життя / відмова від лікування/ відсів протягом 12 місяців/ побічні ефекти/ посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн	Систематичні огляди РКД; якщо знайдено менше двох досліджень рівня II,

дослідження	розглянути наступні питання: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані дослідження, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З 1966 по жовтень 2011 року для дорослих, дітей і підлітків <sup>a</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup>Питання нових досліджень

### Резюме літератури

Є дуже мало контрольованих досліджень стосовно підготовки людей до стресу ПТП. Навчання готовності може включати набір стратегій з підвищення очікувань відновлення, а також забезпечення навчання з адаптивних стратегій подолання з метою зменшення негативного впливу досвіду травми. Тільки одне дослідження було відзначено в огляді доказів.<sup>14</sup> В цьому дослідженні навчання перед штурмом призвело до зменшення ПТСР. Проте, досліджень на цьому етапі знаходиться в зародковому стані, і систематичне втручання для навчання готовності не може бути підкріплене даними.

### Пункти консенсусу

CP1 У дорослих, схильних до ПТП, навчання готовності до інциденту сприятиме психологічній адаптації після випадку.

### Рекомендації з досліджень

RR3 Існує нагальна необхідність в ретельно контрольованих дослідженнях з вивчення змісту і можливої користі від навчання готовності перед впливом травми.

### Ранні психологічні втручання для всіх

#### Питання досліджень 3, 4 і 7

3. Чи ранні психологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручання у схильних до травм людей?

4. Чи ранні психологічні втручання мають якусь перевагу над іншими ранніми психологічними втручаннями у схильних до травми людей?

### Критерії відбору

Популяція	Люди, які піддаються травмам, у тому числі підгрупа пацієнтів з ГСР
Втручання	Раннє психологічне втручання (наприклад, дебрифінг, травмофокусоване консультування, навчання – здійснюється протягом одного місяця травми)
Компаратор	Немає втручання (наприклад, тільки оцінка)
Результат	Первинні результати: симптоми ПТСР і ГСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальні та професійні функції/якість життя/відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше двох досліджень рівня II, розглянути наступні питання: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані дослідження, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; 3 1966 р по жовтень 2011, якщо потрібні <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup>оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup>розширений період пошуку, якщо знайдено менше, ніж два дослідження Рівня II

<sup>c</sup> нові питання досліджень

7. Чи одне раннє втручання більш ефективне, ніж кілька ранніх втручань у схильних до травм людей?

### Критерії відбору

Популяція	Люди, які піддаються травмам, у тому числі підгрупа пацієнтів з ГСР
Втручання	Одне раннє психологічне втручання
Компаратор	Раннє комбіноване психологічне або комбіноване фармакологічне втручання (протягом одного місяця травматичної події)
Результат	Первинні результати: симптоми ПТСР і ГСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальні та професійні функції/якість життя/відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад/соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше двох досліджень рівня II, розглянути наступні питання: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані дослідження, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011, якщо потрібні <sup>b</sup> і з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup>оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше, ніж два дослідження Рівня II  
<sup>c</sup> Нові питання досліджень

Дослідження, які вивчають питання 3, наступні:

- одне дослідження порівнювало освітнє втручання з контролем<sup>15</sup>
- сім досліджень (вісім публікацій) порівнювали психологічні результати з їх відсутністю у дорослих<sup>16-23</sup>
- одне дослідження порівнювало травмофокусовані консультації з контролем моніторингу
- одне дослідження порівнювало надання допомоги у денному відділенні інтенсивної терапії з контролем листка очікування.<sup>25</sup>

Дослідження, які вивчали питання 4, наступні:

- два дослідження порівнювали програму спільного догляду зі звичайним<sup>26,27</sup>
- одне дослідження порівнювало невідкладну психологічну допомогу з відстроченою<sup>28</sup>
- одне дослідження порівнювало емоційні результати з освітніми<sup>29</sup>
- два дослідження порівнювали КПТ зі звичайною допомогою<sup>30,31</sup>
- одне дослідження порівнювало щоденник інтерактивної самопомоги з інформаційним буклетом.<sup>32</sup>

Дослідження, які вивчають питання 7, наступні:

- одне дослідження порівнювало освітнє втручання з дебрифінгом плюс освітою<sup>15</sup>
- три дослідження порівнювали ТФ-КПТ зі стимуляцією акурунктурних точок або тільки з КПТ.<sup>33-35</sup>

### Резюме літератури

Якість досліджень універсальних ранніх втручань у всіх потерпілих від ПТП обмежена, зокрема, через труднощі у розробці дизайну випробувань в безпосередній фазі після ПТП. Слід зазначити, що втручання в групах рідко тестували у випробуваннях, хоча це був початковий формат втручань з дебрифінгу.

В огляді доказів були виявлені 12 порівнянь, які досліджували ефективність психологічного дебрифінгу в запобіганні ПТСР і пов'язаних з ним станів.<sup>15-23,28,29</sup> На даний час немає доказів

користі зниження симптомів травматичного стресу від ранніх індивідуальних або групових втручань з дебрифінгу. Хоча дослідження обмежене, є деякі докази того, що ті, хто отримав дебрифінг, були схильні до підвищеного ризику діагнозу ПТСР, зміни роботи і порушення повсякденної діяльності в порівнянні з контролем. Дослідження Gamble<sup>18</sup> показало, що два сеанси інформації та підтримки з боку предметно-орієнтованого експерта через 4-6 тижнів після травматичних пологів може мати (обмежену) користь. Одне дослідження<sup>28</sup> показало, що ранній дебрифінг з жертвами злочинів був кращим, ніж відстрочений, але не було ніякого порівняння з контрольною групою. Є суперечливі результати, що стосуються різних версій "дебрифінгу" при порівнянні один з одним (навіть у межах одного дослідження).

<b>Рекомендація</b>	<b>Клас</b>
P1 У дорослих, які зазнали впливу ПТП, один сеанс структурованого психологічного втручання в гострій фазі, наприклад, психологічний дебрифінг, не повинні пропонуватись на регулярній основі для запобігання ПТСР <sup>15-35</sup>	<b>B</b>

### **Рекомендації з належної практики**

GPP44 У дорослих, які зазнали впливу ПТП, при необхідності, забезпечте практичну і емоційну підтримку, сприяйте способам управління дистресом і доступу до соціальної підтримки, а також сприяйте позитивним очікуванням.

GPP45 Дорослі, які зазнали впливу ПТП, які бажають обговорити досвід і продемонструвати здатність перенести пов'язаний дистрес, повинні бути підтримані в цьому. При цьому, практикуючий лікар повинен пам'ятати про потенційні негативні наслідки надмірного обговорення у тих, у кого дистрес.

GPP46 У дорослих, які зазнали впливу ПТП, рекомендується ступінчастий підхід допомоги з урахуванням індивідуальних потреб. Він повинен включати постійний моніторинг людей, які у більш тяжкому стані і/або в зоні підвищеного ризику несприятливого впливу на психічне здоров'я, з цілеспрямованою оцінкою та втручанням, коли показано.

GPP47 Для дорослих, у яких розвивається надмірний рівень стресу або які піддаються ризику заподіяння шкоди собі або іншим, рекомендується ретельна діагностична оцінка і відповідні втручання.

### **Рекомендації з досліджень**

RR4 Зважаючи на важливість забезпечення кращої відповіді втручань для дорослих, які зазнали впливу ПТП у роботі з високим ризиком і суспільстві в цілому, майбутні дослідження повинні вивчити найбільш ефективну стратегію адаптації для всіх тих, хто піддається травматичній події.

### **Психологічне лікування дорослих з ГСР або гострим ПТСР**

Цей розділ охоплює втручання у людей, в яких розвиваються діагностовані стани – ГСР або гострий ПТСР – відразу після впливу травми (протягом перших чотирьох тижнів).

#### **Питання дослідження 3, 4 і 7**

Зверніть увагу, що ті ж самі питання дослідження були використані для генерування даних для цього розділу і розділу «Ранні психологічні втручання у всіх» – див. вище стосовно деталей.

3. Чи ранні психологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручання у людей, які зазнали травми?

4. Чи ранні психологічні втручання дають якісь переваги над іншими ранніми психологічними втручаннями у людей, які зазнали травми?

7. Чи поодинокі ранні втручання більш ефективне, ніж комбіновані ранні втручання у людей, які зазнали травми?

Наступні дослідження повідомили про ранні психологічні втручання в осіб, які зазнали травматичних подій протягом останнього місяця і розвили ГСР або гострий ПТСР:

- п'ять досліджень (шість публікацій) порівнювали КПП з підтримуючим консультуванням<sup>36,33,34,37-39</sup>



- одне дослідження порівнювало КПТ з оцінкою стану<sup>39</sup>
- одне дослідження порівнювало КПТ з ПЕ<sup>38</sup>
- два дослідження порівняли когнітивні і ПЕ компоненти КПТ зі списком очікування<sup>40,41</sup>
- одне дослідження порівнювало ПЕ з підтримуючим консультуванням<sup>38</sup>
- одне дослідження порівнювало оцінку стану з підтримуючим консультуванням<sup>39</sup>
- одне дослідження порівнювало ДПРО з контролем листка очікування<sup>142</sup>
- одне дослідження порівнювало буклет із самопомоги з відсутністю інформації.<sup>43</sup>

### Резюме літератури

Було визначено десять досліджень в огляді доказів з ранніх втручань у дорослих з ГСР або раннім ПТСР,<sup>33,34,36-43</sup> шість з яких були опубліковані з моменту виходу настанови 2007 року.<sup>34,39-43</sup> Хоча це нова галузь досліджень з хронічного ПТСР, є значний об'єм доказів середньої якості, які вказують, що ТФ-КПТ, що включає ПЕ і когнітивну реструктуризацію, є корисною у зменшенні наступних симптомів ПТСР у людей, які звертаються з ГСР або гострим ПТСР. Важливо відзначити, що ці дослідження відрізняються від програм дебрифінгу, які забезпечують втручання всім людям, які перенесли травми, тому що підходи КПТ приймають показані втручання, які направлені на полегшення симптомів у людей з діагнозом ГСР або раннього ПТСР.

Хоча є кілька досліджень на користь ПЕ порівняно з когнітивною реструктуризацією, як правило, проводяться обидва втручання. В цілому, забезпечення експозиційної терапії є важливим у плануванні лікування. ТФ-КПТ виявилася корисною в порівнянні з листком очікування і недирективним підтримуючим консультуванням. Слід зазначити, що дослідження переважно прийшли з обмеженої кількості центрів і, отже, необхідні подальші дублювання.

Сеанси, які включають вплив уявлення, вимагають 90 хвилин, щоб гарантувати, що терапія адекватна на цих сеансах. Після діагностики, оцінки та планування лікування достатньо від п'яти до десяти сеансів травмофокусованої терапії. Тривале лікування може знадобитися, якщо симптоми не вщухають під час лікування.

Рекомендація	Клас
R2 У дорослих з симптомами ГСР або ПТСР в перші чотири тижні після ПТП слід розглянути індивідуальну ТФ-КПТ, у тому числі експозиційну терапію та/або когнітивну реструктуризацію, якщо показана після ретельного клінічного обстеження. <sup>33,34,36-43</sup>	C

## Психологічні втручання для дорослих з ПТСР

### Питання досліджень 10 і 11

10. Чи психологічні втручання порівняно з відсутністю втручання поліпшують результати у людей з ПТСР?

11. Чи будь-яке психологічне втручання дає переваги над іншими психологічними втручаннями у людей з ПТСР?

### Критерії відбору

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Психологічне втручання (наприклад, ТФ-КПТ, терапія управління стресом, ДПРО, НЕТ, підтримуюча консультація, інтернет-терапія)
Компаратор	1. Немає втручання (наприклад, тільки оцінка) 2. Інше психологічне втручання
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/лікування/відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад /

	соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше двох досліджень рівня II, розглянути наступні питання: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані дослідження, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 року по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 року по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

Наступні дослідження були визначені з питання 10:

- двадцять дев'ять досліджень порівнювали ТФ-КПТ зі списком очікування / контролем у дорослих<sup>44-72</sup>
- одне дослідження порівнювали терапію регулювання впливу травми проти листка очікування у дорослих<sup>73</sup>
- шість досліджень порівнювали ДПРО з листком очікування у дорослих<sup>65,68,74-76</sup>
- два дослідження порівнювали терапію вирішення проблем з листком очікування у дорослих<sup>62,73</sup>
- одне дослідження порівнювало міжособистісну психотерапію з листком очікування у дорослих<sup>77</sup>
- одне дослідження порівнювало психодинамічну терапію листком очікування у дорослих<sup>48</sup>
- одне дослідження порівнювало гіпнотерапію з листком очікування у дорослих<sup>48</sup>
- два дослідження порівнювали підтримуюче консультування з листком очікування у дорослих<sup>47,56</sup>
- два дослідження порівнювали групову КПТ з листком очікування у дорослих<sup>78,79</sup>
- одне дослідження порівнювало групову та індивідуальну КПТ з листком очікування у дорослих<sup>80</sup>
- одне дослідження порівнювало групову терапію уявлення з листком очікування у дорослих<sup>81</sup>
- чотири дослідження порівнювали управління стресом з листком очікування у дорослих<sup>55,56,71,82</sup>
- два дослідження порівнювали НЕТ з листком очікування у дорослих<sup>83,84</sup>
- два дослідження порівнювали втручання, засновані на духовній базі, з листком очікування.<sup>85,86</sup>

Наступні порівняння обговорюються стосовно питання 11:

- шістнадцять досліджень порівнюють ТФ-КПТ зі звичайним лікуванням у дорослих<sup>87-102</sup>
- три дослідження (чотири цитати) порівнювали ДПРО зі звичайним лікуванням у дорослих<sup>82,95,103,104</sup>
- одне дослідження порівнювало вплив НЕТ зі звичайним лікуванням у дорослих<sup>99</sup>
- одне дослідження порівнювало "метод підрахунку" зі звичайним лікуванням у дорослих<sup>94</sup>
- дев'ять досліджень порівнювали ТФ-КПТ з управлінням стресом у дорослих<sup>55,56,62,71,105-109</sup>
- шість досліджень (сім цитат) порівнювали ТФ-КПТ з підтримуючим консультуванням у дорослих, у тому числі одне дослідження, де обома станами управляли через інтернет<sup>47,56,110-114</sup>
- одне дослідження порівнювало ТФ-КПТ з психоосвітою у дорослих<sup>115</sup>
- одне дослідження в порівнювало ТФ-КПТ з гіпнотерапією у дорослих<sup>48</sup>
- одне дослідження порівнювало ТФ-КПТ з психодинамічною терапією у дорослих<sup>48</sup>
- одне дослідження порівнювало ТФ-КПТ з методом підрахунку у дорослих<sup>94</sup>
- одне дослідження порівнювало НЕТ з підтримуючим консультування у дорослих<sup>116</sup>

- два дослідження порівнювали НЕТ з короткою психоосвітою у дорослих<sup>116,117</sup>
- одне дослідження порівнювало НЕТ з навчанням переборенню стресу<sup>118</sup>
- одне дослідження порівнювало НЕТ з когнітивною терапією, включаючи НЕТ<sup>119</sup>
- одне дослідження порівнювало НЕТ з когнітивною терапією без НЕТ<sup>119</sup>
- одне дослідження порівнювало письмовий емоційний виклад з контролем листка очікування у дорослих<sup>120</sup>
  - одне дослідження порівнювало підтримуюче консультування з короткою психоосвітою у дорослих<sup>116</sup>
  - одне дослідження порівнювало КПТ (не травмофокусовану) з поточною терапією<sup>73</sup>
  - три дослідження (чотири цитати) порівнювали КПТ з експозиційним компонентом з КПТ без експозиційного компоненту у дорослих<sup>105,119,121,122</sup>
  - два дослідження порівнювали ТФ-КПТ з "іншими" методами лікування дорослих: навчання навичкам плюс вплив; навчання навичкам плюс підтримуюче консультування і підтримуюче консультування плюс вплив<sup>123</sup>; і вплив уявлення, вплив *in vivo*, вплив уявлення плюс *in vivo* і вплив уявлення і *in vivo* плюс когнітивна терапія<sup>124</sup>
  - шість досліджень порівнювали ДПРО з ТФ-КПТ у дорослих<sup>65,68,71,95,106,125</sup>
  - три дослідження порівнювали ДПРО з управлінням стресом у дорослих<sup>71,82,106</sup>
  - одне дослідження порівнювало ДПРО з підтримуючим консультуванням у підлітків/дорослих<sup>126</sup>
    - одне дослідження порівнювало ДПРО з "методом підрахунку" у дорослих<sup>95</sup>
    - одне дослідження порівнювало ДПРО з технікою звільнення емоцій у дорослих<sup>127</sup>
    - одне дослідження порівнювало управління стресом з підтримуючим консультуванням<sup>56</sup>
    - одне дослідження порівнювало групову КПТ (травмофокусовану) з групою КПТ (не травмофокусованою) у дорослих<sup>128</sup>
    - одне дослідження порівнювало групову КПТ (відеоконференція) проти групової КПТ (у тому ж кабінеті)<sup>129</sup>
      - одне дослідження порівнювало групову не травмофокусовану КПТ з групою психоосвітою<sup>130</sup>
      - одне дослідження порівнювало групову уявну терапію проти групового управління сном і нічними кошмарами<sup>131</sup>

### Резюме літератури

Огляд доказів визначив 29 досліджень, які порівнювали ТФ-КПТ з листком очікування або контролю станів,<sup>44-72</sup> і ще 38 досліджень, які порівнювали ТФ-КПТ зі звичайним лікуванням або іншим втручанням.<sup>47,48,55,56,62,71,87-102,105-115,119,122-124</sup> Шість досліджень порівнювали ДПРО з листком очікування<sup>65,68,74-76</sup> і ще 9 досліджень порівнювали ДПРО зі звичайним лікуванням або з іншим втручанням.<sup>71,82,95,103,104,106,126,127</sup> Більшість досліджень терапії дорослих з ПТСР – це травмофокусована терапія, яка включає прямий контакт з травматичною пам'яттю. Є варіанти травмофокусованої терапії, які по-різному підкреслюють вплив спогадів про травми, нагадування про травми або когнітивну реструктуризацію. Ці втручання включають ПЕ, когнітивна терапія переробки, когнітивна терапія, НЕТ, ДПРО. Вони показують значні позитивні ефекти лікування дорослих з ПТСР методом КПТ, яка включає вплив уявлення та вплив *in vivo*, а також когнітивну реструктуризацію, що отримало найбільшу увагу. Кілька досліджень показують, що травмофокусована терапія (включаючи експозиційну та/або когнітивну реструктуризацію, які зачіпають пам'ять про травму) призводить до більшого зниження ПТСР, ніж підтримуюче консультування, тим самим забезпечуючи переконливі докази, що вона є відносно сильнішим втручанням, ніж психотерапевтична підтримка. Щодо ваги доказів, більше випробувань було проведено з КПТ, ніж з іншими методами травмофокусованої терапії.

Неодноразово було показано, що ДПРО є ефективним у зниженні симптомів ПТСР в порівнянні з листком очікування, а також з ненаправленим консультуванням. Є шість досліджень, які порівнюють безпосередньо КПТ з ДПРО,<sup>65,68,71,95,106,125</sup> і докази свідчать про те, що два варіанти травмофокусованої терапії статистично не відрізняються. Цей висновок зроблений на основі

прямого порівняння. Із серйозних дебатів отримано, що рухи очей є активним компонентом лікування при ДПРО.

Хоча було показано, що навчання переборенню стресу має деякі успіхи в лікуванні дорослих з ПТСР, ці ефекти не настільки великі, як експозиційна або когнітивна реструктуризація.

Останні дослідження вивчали ефективність методів КПТ в інтернет форматі. У той час як кількість випробувань обмежена, вони показують деякі переваги в зниженні симптомів ПТСР. Знову ж таки, залучення пам'яті про травму займає центральне місце в лікуванні.

Сеанси, які включають вплив уявлення, вимагають 90 хвилин, щоб гарантувати, що терапія адекватна на цих сеансах. Після діагностики, оцінки та планування лікування, як правило, достатньо від восьми до дванадцяти сеансів травмофокусованого лікування. Більше сеансів, швидше за все, буде потрібно у випадках множинних травм.

Важливо відзначити, що при інтерпретації вище наведених результатів дослідження слід зазначити, що учасники випробувань психологічного лікування часто одночасно приймали ліки. Внесок цих ліків до результатів лікування в науково-дослідних випробувань не був досліджений.

В тій чи іншій мірі дослідження, проведені в цьому розділі, також включали дорослих з ПТСР в результаті тривалих і/або повторних травм (наприклад, дослідження Resick та Foa). Два дослідження<sup>49,123</sup> специфічно підтверджували ефективність ступінчастої ТФ-КПТ у дорослих, які пережили в дитинстві сексуальне насильство. Таким чином, є докази на підтримку використання травмофокусованих психологічних втручань у дорослих з ПТСР після тривалих і/або повторних травм. Питання хронічного членушкодження і суїцидальних ідей ймовірні в цій групі і, отже, можуть служити підставою для особливої уваги або розгляду. Дорослі з цими проблемами можуть мати супутні розлади особистості, які вимагають лікування. У таких випадках може потребуватися більше часу та уваги до стабілізації і взаємодії в рамках підготовки до травмофокусованої терапії, як зазначено в роботі Cloitre та колег.<sup>49,123</sup> Толерантність до дистресу і здатність впоратися з ним у деяких осіб може бути скомпроментована в періоди розвитку, тривалих або повторних травм. Особи, які не відповідають оптимально на експозиційну терапію через емоційну реактивність, можуть отримати користь від допомоги в підвищенні ресурсів подолання як практичних, так і емоційних перед подальшою експозиційною терапією. У деяких випадках, проте, люди з ПТСР можуть мати постійну схильність до суїциду, поки травматичний досвід не буде подоланий, в цьому випадку слід уникати затримки травмофокусованої терапії.

Рекомендація	Клас
P3 Дорослим з ПТСР повинна бути запропонована ТФ-КПТ або ДПРО.	A
P4 У тих випадках, коли симптоми не відповідають колу травмофокусованих втручань, необхідно розглянути інші науково-обґрунтовані не травмофокусовані засоби проведення втручання (такі як тренінг стрес-менеджменту). <sup>55,56,62,71,82,105-109,118</sup>	D

### Пункти консенсусу

CP2 На основі деяких доказів того, що експозиція *in vivo* (ступінчаста експозиція страшних / уникнутих ситуацій) сприяє користі лікування, рекомендується, щоб *in vivo* експозиція була включена в лікування.

### Рекомендації з належної практики

GPP48 У випадках, коли симптоми не відповідають жодному з першочергових травмофокусованих форм терапії (ТФ-КПТ і ДПРО на додаток до експозиції у природних умовах), практикуючий лікар може розглянути альтернативну травмофокусовану форму втручання.

GPP49 Для осіб, які страждають на ПТСР з декількома супутніми проблемами, що виникли в результаті декількох травмуючих подій, в результаті переживання травматичної реакції на втрату або у випадках, коли ПТСР є хронічним і пов'язаний зі значною недієздатністю і великою кількістю супутніх захворювань, можуть знадобитися додаткові сеанси із застосуванням специфічних методів лікування для вирішення вищевказаних проблем.

GPP50 У випадках, коли дорослі отримали ПТСР та супутні захворювання в результаті тривалої і/або повторюваної травматичної події, може знадобитися більше часу для встановлення

довірчого терапевтичного альянсу, необхідно буде приділити більше часу оволодінням навичками психоемоційного регулювання.

GPP51 Прийом призначеного медикаментозного лікування може тривати, поки пацієнти отримують психологічні методи лікування, і будь-які зміни повинні відбуватися тільки у тісній співпраці з лікарем. Проте, деякі ліки, такі як бензодіазепіни, можуть створювати перешкоди для ефективних психологічних методів лікування.

GPP52 Сеанси з використанням імагінальної терапії можуть потребувати до 90 хвилин часу для уникнення передчасного припинення терапії у той час, коли рівень тривоги все ще залишається високим і для забезпечення належного управління дистресом.

#### **Рекомендації з досліджень**

RR5 Механізми, що лежать в основі ефективних методів лікування, повинні бути предметом систематичного дослідження.

RR6 Повинні бути проведені великі і добре контрольовані дослідження нових і виникаючих втручань з приводу ПТСР.

RR7 Необхідні подальші дослідження, щоб оцінити, в якій мірі лікування демонструє ефективність і дієвість при проведенні лікування неспеціалістами в реальних умовах. Увага дослідження не повинна обмежуватися тільки результатами, а повинна включати такі чинники, як ефективність витрат, прийнятність для практиків і пацієнтів, дотримання лікування та успіх тренінгу практикуючого спеціаліста.

#### **Питання дослідження 12**

12. Чи у людей з ПТСР індивідуальна терапія більш ефективна, ніж групова терапія?

#### **Критерії відбору**

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Індивідуальна терапія (наприклад, психодинамічна психотерапія, індивідуальна КПТ, ДПРО, терапія моделювання події, підтримуюче консультування, гіпноз)
Компаратор	Групова терапія (наприклад, підтримуюча терапія, психіатрична, психодинамічна терапія, групова КПТ, така як управління занепокоєнням, навчання переборенню стресу, тренінг впевненості в собі, ПЕ, когнітивне реструктурування)
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальні та професійної функції/якість життя/лікування /відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/ посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

#### **Питання дослідження 13**

13. Чи у людей з ПТСР поєднання індивідуальної і групової терапії є більш ефективним, ніж дані терапії окремо?

**Критерії відбору**

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Індивідуальна терапія і групова терапія (див. питання дослідження 12 для прикладу)
Компаратор	Індивідуальна терапія або групова терапія (див. питання дослідження 12 для прикладу)
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/лікування/відмова від лікування/відсіву протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад /соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; з 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

**Резюме літератури**

В огляді доказів були визначені два дослідження, які порівнювали групову терапію з відсутністю втручання.<sup>78,79</sup> Не було досліджень, які порівнюють групове лікування з індивідуальним. В цілому, переважна доказова база спирається на психологічні втручання, які надаються на індивідуальному рівні, і на цій основі рекомендується індивідуальна психотерапія, а не групова.

Рекомендація	Клас
P5 Групова КПТ (травмофокусована або не травмофокусована) може бути передбачена в якості додаткової, але не повинна розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії <sup>44-72,74-76,78-80,82,87-115,123,124,126-128</sup>	<b>C</b>

**Питання дослідження 14**

14. Чи встановлені втручання при ПТСР є ефективними при самолікуванні або при самолікуванні з підтримкою практикуючого лікаря у порівнянні з втручанням, яке проводить лікар, або з відсутністю втручання?

**Критерії відбору**

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Психологічне втручання, яке проводиться самостійно з/без підтримки лікаря (наприклад, терапія через інтернет або через телефонну підтримку)
Компаратор	1. Психологічне втручання, яке проводить лікар 2. Немає лікування (наприклад, оцінка тільки)
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/лікування/відмова від лікування/відсіву протягом 12 місяців/побічні ефекти/

	посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

### Резюме літератури

Огляд доказів визначив чотири дослідження, які торкалися цього питання: три порівнювали КПТ по інтернету з листком очікування або контролем<sup>132-134</sup> і одне порівнювало буклет самопомоги в КПТ з КПТ, яку проводить лікар, і списком очікування<sup>53</sup> (у всіх цих дослідженнях принаймні у 70% учасників був діагноз ПТСР). Є мало доказів з такої невеликої кількості досліджень, що терапія по інтернету в якості єдиного лікування або за підтримки терапевта може бути корисною у зниженні симптомів ПТСР. Було показано, що інтернет-програми мали деякі помірні ефекти лікування при використанні методів КПТ у формі психоосвітнього втручання (часто у вигляді опису чиєїсь травми), управління тривогою і когнітивної реструктуризації.

Одне дослідження, яке досліджувало вплив втручання самопомоги (буклету) у дорослих з ПТСР, не знайшло підтримки щодо повторних оцінок. Таким чином, поки що немає доказів того, що підхід самопомоги на основі буклету, заснований на методах КПТ, є корисним.

Рекомендація	Клас
Р6 ТФ-КПТ може бути запропонована по інтернету, на противагу відсутності втручання.	С

### Ранні фармакологічні втручання у дорослих, які зазнали впливу потенційно травматичної події

#### Ранні фармакологічних втручання у всіх

У цьому розділі розглядається надання фармакологічних втручань всім тим, хто зазнав травм, а не тільки тим, хто звертається з проблемами адаптації.

#### Питання дослідження 5 і 6

5. Чи ранні фармакологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручання у людей, які зазнали травми?

6. Чи будь-які ранні фармакологічні втручання дають якісь переваги над іншими ранніми фармакологічними втручаннями?

#### Критерії відбору

Популяція	Люди, які зазнали травм, у тому числі підгрупа пацієнтів з ГСР
Втручання	Раннє фармакологічне втручання (наприклад, іміпрамін, пропранолол бензодіазепіни, інші симпатолітики, антидепресанти, інші протисудомні засоби, нейролептики, хлоралгідрат, які призначають протягом одного місяця після травми)
Компаратор	Ніякого втручання (наприклад тільки оцінка)
Результат	Первинні результати: симптоми ПТСР або ГСР

	Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами / соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/ посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

**Коментар робочої групи:**

Станом на 01.01.2016 Хлоралгідрат не зареєстрований в Україні в якості лікарського засобу.

**Резюме літератури**

Що стосується втручання у всіх, огляд доказів визначив тільки два дослідження фармакотерапії як профілактичного втручання у всіх дорослих, які зазнали впливу ПТП. В одному невеликому дослідженні з високим ризиком відхилення не знайдено ніяких клінічно важливих відмінностей між пропранололом і плацебо у людей, які зазнали ПТП.<sup>135</sup> Ще одне невелике дослідження знайшло обмежені докази на користь гідрокортизону в порівнянні з плацебо, хоча це був нетиповий пацієнт відділення невідкладної допомоги, що відчув 'токсичний шок'.<sup>136</sup> Таким чином, відповідно до настанови 2007 року, недостатньо літератури, щоб підтримати використання медикаментозного лікування як профілактичного втручання невивірковано (тобто, за відсутності будь-яких симптомів) у людей, які піддаються ПТП. Враховуючи ризик шкоди, пов'язаної із застосуванням ліків у широкій популяції тих, хто зазнав травматичної події, ця настанова проти того, щоб рекомендувати цей підхід.

Рекомендація	Клас
P7 У дорослих, які зазнали впливу ПТП, медикаментозне лікування не повинно використовуватися як профілактичне втручання <sup>135,136</sup>	C

**Рекомендації з належної практики**

GPP53. Де значне порушення сну не виникає у відповідь на підбадьорення, гігієну сну і відповідні психологічні втручання, може бути корисним обережне обмежене за часом використання відповідних снодійних ліків у дорослих.

**Медикаментозне лікування у дорослих з ГСР або гострим ПТСР**

У цьому розділі розглядаються фармакологічні втручання у людей з діагнозом ГСР або гострого ПТСР відразу після впливу травми (протягом перших чотирьох тижнів).

**Питання дослідження 5 і 6**

Зверніть увагу, що ті ж самі питання дослідження були використані для генерації даних для цього розділу і для розділу «Ранні фармакологічних втручання у всіх» – див. вище для деталей.



5. Чи рані фармакологічні втручання поліпшують результати у людей, які зазнали травми, порівнянно з відсутністю втручання?

6. Чи будь-яке раннє фармакологічне втручання дає якісь переваги над іншими ранніми фармакологічними втручаннями у людей, які зазнали травми?

### Резюме літератури

Що стосується втручань у людей з ГСР (або ПТСР протягом чотирьох тижнів впливу), огляд доказів знайшов одне невелике дослідження з низьким ризиком відхилення, опубліковане після публікації останньої настанови. Це дослідження є частиною великого випробування належного дизайну, проведеного Shalev і колегами в Ізраїлі. Воно не встановило клінічно важливих відмінностей між есциталопрамом (СІЗЗС, антидепресант) і плацебо у пацієнтів, які нещодавно зазнали травми.<sup>41</sup> Жодне інше рандомізоване випробування не вивчало використання фармакотерапії при ГСР або ПТСР протягом чотирьох тижнів травми. Таким чином, відповідно до настанови 2007 року, є недостатньо літератури, щоб давати будь-які позитивні рекомендації щодо застосування ліків в якості раннього втручання при ГСР або пов'язаних з ними станами. Проте, ми визнаємо переваги фармакологічних втручань з точки зору управління поточними гострими симптомами в деяких випадках. Оскільки це є відносно поширеним сценарієм для практиків, ми надаємо кілька рекомендацій з належної практики в цій області.

Рекомендація	Клас
P8 Рутинне застосування фармакотерапії для лікування ГСР або раннього ПТСР (тобто протягом чотирьох тижнів після появи симптомів) у дорослих не рекомендується.	<b>D</b>

### Рекомендації з належної практики

GPP54 Фармакотерапія може бути показана, якщо тяжкість дистресу людини не може управлятися за допомогою лише психологічних засобів особливо, коли є тип крайнього гіперзбудження, порушення сну або нічні кошмари.

GPP55 У людей з попередніми психіатричними проблемами в анамнезі, які добре відповіли на лікування, призначення відповідних ліків повинно бути розглянуто, якщо поступово починають з'являтися клінічно значущі симптоми, такі як стійкі нав'язливі стани із збільшенням афективного дистресу.

GPP56 У дорослих з ГСР або раннім ПТСР, де значне порушення сну не усувається у відповідь на підбадьорення, гігієну сну і відповідні психологічні втручання, обережне й обмежене в часі використання відповідних снодійних засобів може бути корисним у дорослих.

### Рекомендації з досліджень

RR8 Ефект медикаментозного лікування ГСР на подальший стан ПТСР і тяжкість після припинення ліків повинні бути досліджені. Ці дослідження можуть виходити за рамки загальних психотропних препаратів, щоб включати інші препарати, які показали ефективність, такі як наркотичні анальгетики, кортизол та алкоголь.

## Фармакологічні втручання у дорослих з ПТСР

### Питання досліджень 15 і 16

15. Чи фармакологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з плацебо у людей з ПТСР?

16. Чи фармакологічні втручання мають якісь переваги над іншими фармакологічними втручаннями у людей з ПТСР?

### Критерії відбору

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Фармакологічне втручання (наприклад, СІЗЗС, інші антидепресанти другого покоління, ТЦА, інгібітори моноаміноксидази, бензодіазепіни, стабілізатори настрою, протисудомні засоби і деякі небензодіазепінові)

	снодійні та заспокійливі препарати)
Компаратор	1. Плацебо 2. Інше фармакологічне втручання
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами / соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/ посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

Дослідження, які розглядають питання 15, наступні:

- чотири дослідження порівнюють пароксетин з плацебо<sup>137-140</sup>
- вісім досліджень порівнюють сертралін з плацебо<sup>141-148</sup>
- шість досліджень порівнюють флуоксетин з плацебо<sup>149-154</sup>
- одне дослідження порівнює циталопрам з плацебо<sup>147</sup>
- одне дослідження порівнює амітриптилін з плацебо<sup>155</sup>
- одне дослідження порівнює брофаромін з плацебо<sup>156</sup>
- одне дослідження порівнює міртазапін з плацебо<sup>157</sup>
- два дослідження порівнюють венлафаксин з плацебо<sup>146,158</sup>
- одне дослідження порівнює нефазодон з плацебо<sup>159</sup>
- одне дослідження порівнює оланзапін з плацебо<sup>160</sup>
- чотири дослідження порівнюють рисперидон з плацебо<sup>161-164</sup>
- одне дослідження порівнює топірамат з плацебо<sup>165</sup>
- одне дослідження порівнює тіагабін з плацебо<sup>166</sup>
- одне дослідження порівнює дівалпроєкс з плацебо<sup>167</sup>
- одне дослідження порівнює гуанфацин з плацебо<sup>168</sup>
- два дослідження порівнює празозин з плацебо<sup>169,170</sup>
- одне дослідження порівнює езопіклон з плацебо<sup>171</sup>
- одне дослідження порівнює селективний антагоніст рецептора нейрокініну-1 GR205171 з плацебо<sup>172</sup>
- одне дослідження порівнює метилендіоксиметамфетамін (МДМА) з плацебо<sup>173</sup>
- одне дослідження порівнює китайські трав'яні формули з плацебо<sup>174</sup>
- одне дослідження порівнює гідрокортизон натрію сукцинат з плацебо<sup>175</sup>
- одне дослідження порівнює іміпрамін плюс психотерапія з плацебо<sup>176</sup>
- одне дослідження порівнює фенелзин плюс психотерапія проти плацебо плюс психотерапія.

Дослідження, які розглядають питання 16, наступні:

- одне дослідження порівнює пароксетин 20 мг проти пароксетину 40 мг<sup>139</sup>
- одне дослідження порівнює флуоксетин 20 мг проти флуоксетину 40 мг<sup>177</sup>

- одне дослідження порівнює флуоксетин з моклобемідом<sup>178</sup>
- одне дослідження порівнює флуоксетин з тіанептином<sup>178</sup>
- одне дослідження порівнює ребоксетин з флувоксаміном<sup>179</sup>
- одне дослідження порівнює амітриптилін з пароксетином<sup>180</sup>
- одне дослідження порівнює міртазапін з сертраліном<sup>181</sup>
- одне дослідження порівнює міртазапін з пароксетином<sup>182</sup>
- одне дослідження порівнює венлафаксин з проти сертраліном<sup>146</sup>
- одне дослідження порівнює нефазодон з сертраліном<sup>183</sup>
- одне дослідження порівнює тіанептин з моклобемідом.<sup>178</sup>

### **Коментар робочої групи:**

*Станом на 01.01.2016 Брофаромін, Дівалпроекс, Езопіклон, Метилендіоксиметамфетамін, Ребоксетин, Гідрокортисон натрію сукцинат не зареєстровані в Україні в якості лікарського засобу.*

### **Резюме літератури**

При розгляді доказової бази з використання фармакотерапії в лікуванні ПТСР деякі застереження є виправданими. По-перше, фармакологічні випробування зазвичай призначені для порівняння активного лікарського засобу з плацебо. В даний час значні дані показують, що втручання плацебо зазвичай призводять до істотного зменшення симптомів при багатьох хворобах. Ці значні ефекти плацебо часто роблять розмір ефекту лікарського втручання малим або незначним, незважаючи на відносно великі зміни до і після лікування (в обох групах). Таким чином, препарат може бути цінним втручанням навіть, якщо різниця від плацебо мала. При порівнянні випробувань фармакотерапії з випробуваннями психотерапії, розмір змін після лікування у контролі вимагає уваги у визначенні відносної величини ефекту, приписаної активному лікуванню.

По-друге, розумно припустити, що різні групи фармакологічних препаратів мають відносно специфічні механізми дії у зв'язку з їх біологічними ефектами, що впливає на різні медіаторні системи. Це контрастує з психологічним лікуванням, де неспецифічні ефекти представляють деякі з їх терапевтичних цінностей. ПТСР є гетерогенним розладом при абсолютно різних клінічних проявах, всі з яких відповідають критеріям діагнозу. Недавно почалося дослідження, щоб пролити світло на можливі підтипи. Дослідження на сьогоднішній день, однак, не дослідило диференційні відповіді на лікування відповідно до клінічного профілю. Може бути, наприклад, що деякі види ліків діють краще на ПТСР, який характеризується дисфорією і високим співпадінням з депресивними симптомами, тоді як інші можуть бути більш ефективними при високих проявах тривоги. Якщо це так, то, ймовірно, потенційні позитивні ефекти можуть бути втрачені в клінічних випробуваннях на гетерогенних групах пацієнтів з ПТСР.

Незважаючи на ці застереження, фармакологічні втручання при ПТСР на сьогоднішній день дещо розчаровують. Досі жоден препарат не був спеціально розроблений для лікування ПТСР, скоріше препарати, призначені для різних інших розладів, були випробувані при ПТСР, щоб встановити їх терапевтичну цінність. Відсутність ліків для ПТСР дещо дивує, враховуючи, що він є найбільш поширеним розладом здоров'я в дослідженні «National Mental Health and Wellbeing» в Австралії.<sup>184</sup> Крім того, низка нейробіологічних порушень були задокументовані і є хороші моделі на тваринах, які забезпечують належні платформи для розробки нових фармакологічних препаратів для лікування ПТСР.

Огляд доказів визначив чотири дослідження пароксетину в лікуванні ПТСР, два з яких були опубліковані після 2007 року.<sup>137-140</sup> Три мали помірний ризик і одне було високого ризику відхилення. Докази з цих досліджень не показали ніякої клінічної користі пароксетину в порівнянні з плацебо для лікування ПТСР в популяції змішаних травм. Ці дані отримано, коли використовувалися тільки дані наміру лікування. Ніяких відмінностей не було знайдено між 20 мг і 40 мг пароксетину.<sup>139</sup>

Огляд доказів виявив вісім досліджень сертраліну в лікуванні ПТСР, одне з яких було опубліковане з 2007 року.<sup>141-146</sup> Два мали низький, чотири помірний і два мали високий ризик відхилення. Тільки п'ять з них могли бути включені в метааналіз через характер представлених даних. Були досить сильні докази, які свідчать про відсутність клінічно значущої користі сертраліну в порівнянні з плацебо у лікуванні ПТСР. Одне невелике дослідження показало користь сертраліну у ветеранів з ПТСР, хоч не було різниці щодо депресії або виснаження.

Огляд доказів виявив шість досліджень флуоксетину в лікуванні ПТСР, всі з яких були опубліковані до 2007 року.<sup>146-154</sup> Два з них мали низький і чотири мали помірний ризик відхилення. Одне не було включене в метааналіз. Хоча обмежені докази були на користь флуоксетину над плацебо для лікування ПТСР, аналіз наміру лікування не показав ніякої різниці. Жодних доказів не було знайдено щодо клінічно значущого ефекту у ветеранів бойових дій і не було різниці між дозами 20 мг і 40 мг.

Було виявлено два дослідження, які вивчали венлафлаксин. Обидва були великими дослідженнями з помірним ризиком відхилення. Ніяких доказів клінічно важливої користі венлафлаксину над плацебо в лікуванні ПТСР у популяції зі змішаними травмами не було.

Огляд доказів виявив чотири дослідження респиредону в лікуванні ПТСР, одне з яких було опубліковано після 2007 року.<sup>161-164</sup> Одне (останнє дослідження з великою вибіркою ветеранів бойових дій) мало низький ризик відхилення, а два мали високий ризик відхилення. Докази з цих досліджень не показали ніякої клінічно значущої різниці між рисеперидоном і плацебо у лікуванні ПТСР у популяції зі змішаними травмами та у ветеранів бойових дій.

Огляд доказів визначив два дослідження празозину в лікуванні ПТСР.<sup>169,170</sup> Обидва були опубліковані після 2007 року й обидва мали помірний ризику відхилення. Ці дослідження не показали клінічно важливої різниці між празозином і плацебо для лікування симптомів ПТСР або депресивних симптомів, хоча одне виявило значне поліпшення загального функціонування тих, хто отримував празозин.

Велика кількість одиничних досліджень вивчали ефект різних препаратів у порівнянні з плацебо або в порівнянні з іншим препаратом при лікуванні ПТСР (наприклад, моклобемід, тіанептин, циталопрам, ребоксетін, амітриптилін, іміпрамін, брофаромін, фенелзин, міртазапін, нефазодон, оланзапін, топірамаат, тіагабін, дівалпрокс, гуанфацин, езопіклон, GR2051717, тіанептин, глюкокортикоїд і МДМА). З них вісім були опубліковані після 2007 року (два з антидепресантів,<sup>180,182</sup> три з протисудомних,<sup>165-167</sup> одне з небензодіазепіну гіпнотичного,<sup>171</sup> одне з селективного антагоніста рецептора нейрокініна-1 (GR2051717),<sup>172</sup> одне з внутрішньовенних глюкокортикоїдів<sup>175</sup> і одне з МДМА<sup>173</sup>). Хоча один або два показали ефект, результати більшості з цих випробувань були або недостатні, або не показали клінічно значущого ефекту.

Відійшовши від основної західної фармакотерапії, огляд виявив одне випробування (з помірним ризиком відхилення) китайської трав'яної формули в порівнянні з плацебо.<sup>174</sup> Це дослідження не виявило клінічно значущих відмінностей між станами.

При розгляді цих даних очевидні два висновки. По-перше, на диво мало досліджень було проведено протягом останніх років з окремих препаратів або навіть класів лікарських засобів. Цей підхід не є стратегічним, систематичним або послідовним. Швидше за все, недавні дослідження фармакотерапії характеризуються поодинокими випробуваннями широкого спектру ліків. У результаті, наші знання з фармакологічних втручань істотно не розширилися за останні п'ять років. По-друге, ці нові випробування, які з'явилися, здається, не суттєво змінили загальні докази. Переважна більшість досліджень дали невтішні результати з невеликою кількістю доказів на підтримку використання ліків у порівнянні з плацебо в лікуванні ПТСР.

В інтерпретації рекомендацій в даному розділі важливо також відзначити, що всі препарати мають потенціал негативних ефектів. Це стосується також і психологічної терапії – збільшення симптомів не є незвичайним в короткі терміни, перш ніж вони поліпшаться, хоча є більше усвідомлення потенційних побічних ефектів від ліків. В результаті, дорослі з ПТСР можуть неохоче приймати медикаментозне лікування або побічні ефекти можуть призвести до припинення лікування. Побічні ефекти, пов'язані з СІЗЗС, наприклад, включають головні болі, нудоту, втрату лібідо і збудження. Нові антипсихотичні препарати, зокрема, оланзапін, асоціюються зі значним

збільшенням ваги і ризиком розвитку діабету 2 типу. Потенціал несприятливих побічних ефектів в поєднанні з сумнівною користю повинні підвищити обережність при широкому використанні фармакотерапії при ПТСП.

В цілому, за останні п'ять років з'явилось мало доказів, щоб виправдати істотну зміну рекомендацій настанови 2007 року стосовно фармакотерапії ПТСП. Докази свідчать, що більш значущі клінічні ефекти, ймовірно, будуть отримані від травмофокусованого психологічного лікування, ніж від медикаментозного лікування у більшості людей з ПТСП. Проте, ми не вважаємо, що наявні докази підтверджують те, що негативні рекомендації дозволять уникнути фармакологічного лікування. Реальність така, що воно буде залишатися найбільш доступним методом лікування значної частини популяції. На основі (хоча і змішаних) доказів, представлених в цьому огляді, і на основі інших надійних метааналізів, таких як кокранівські огляди<sup>185</sup>, ми вважаємо, що недостатньо нових доказів, щоб виправдати зміну рекомендацій 2007 року на користь СІЗЗС в якості препаратів першого вибору для лікування ПТСП. Докази з певних типів СІЗЗС суперечливі і часто поганої якості і жоден тип СІЗЗС поступово не стає більш ефективним, ніж будь-який інший. Таким чином, ми не вважаємо, що існує достатньо даних, щоб рекомендувати один СІЗЗС над іншим, і вирішили зберегти рекомендацію 2007 року, що дозволяє клініцисту приймати остаточне рішення щодо конкретного препарату. Інші антидепресанти нового покоління (і старого покоління), як і раніше, рекомендуються в якості препаратів другої лінії, як і атипіві нейролептики, такі як рисперидон і оланзапін. Звичайно, при прийнятті рішень щодо лікування необхідно враховувати потенціал взаємодії лікарських препаратів, призначених з приводу будь-яких фізичних проблем зі здоров'ям з тими, що призначаються при ПТСП і супутніх психічних розладах. Наприклад, потенційна користь празозину при лікуванні ПТСП може виступати за його використання в лікуванні артеріальної гіпертензії у пацієнтів, які мають це соматичне захворювання.

Важливо відзначити, що при інтерпретації вищенаведених даних досліджень, діапазон популяцій з травмами, включених у вищевказані дослідження, і фармакотерапія, що надається, узагальнені для популяції з ПТСП в Австралії та в контексті австралійської охорони здоров'я.

Рекомендація	Клас
P9 Медикаментозне лікування ПТСП не повинно бути рутинним початковим лікуванням у дорослих, на противагу ТФ-КПТ або ДПРО. <sup>44-72,74-76,82,87-115,123,124,126-128,137-176</sup>	<b>B</b>
P10 Якщо розглядається медикаментозне лікування ПТСП у дорослих, такі антидепресанти, як СІЗЗС слід розглядати в якості препаратів першого вибору.	<b>C</b>

#### Рекомендації з належної практики

GPP57 Такі антидепресанти, як СІЗЗС, повинні бути розглянуті для лікування ПТСП у дорослих, якщо:

- а) особа не бажає або не в змозі займатися або не має доступу до ТФ-КПТ;
- б) особа має супутній стан або пов'язані з ним симптоми (наприклад, важка депресія і високий рівень дисоціації), де показані інгібітори зворотного захоплення серотоніну;
- в) обставини цієї особи не є достатньо стабільними, щоб почати ТФ-КПТ (в результаті, наприклад, важкого триваючого стресу, наприклад, насильства в сім'ї);
- г) особа не отримала суттєвої користі від психологічної ТФ-КПТ.

GPP58 У випадках, коли приймається рішення розпочати фармакотерапію, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб при необхідності почати допоміжне психологічне лікування. Тим часом, повинна бути запропонована підтримуюча психотерапія з істотною психолого-педагогічною складовою.

GPP59 У випадках, коли спостерігається значне порушення сну або надмірній розлад неможливо усунути завдяки заспокоєнню, може бути доцільним короткострокове застосування психологічної допомоги або іншого не медикаментозного втручання, чи помірне застосування снодійного лікарського препарату. Якщо порушення сну триває більше одного місяця і лікарський препарат може допомогти впоратися з ПТСП, необхідно розглянути можливість призначення

відповідного антидепресанту. Ризик розвитку звикання і залежності є відносними протипоказаннями до застосування снодійних протягом періоду більш ніж один місяць, за винятком випадків, коли їх використання носить непостійний характер.

GPP60 Якщо симптоми адекватно не відповідали на фармакотерапію, повинні бути проведені додаткові консультації з фахівцем в цій області, щоб визначити доцільність:

- а) збільшення дози в межах затверджених лімітів
- б) переключення на альтернативний антидепресант
- в) додавання празозину, рисперидону або оланзапіну в якості додаткових засобів
- г) перегляду потенціалу для психологічного втручання.

GPP61 У випадку, коли у пацієнта з ПТСР спостерігається позитивна відповідь на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше 12 місяців до проведення поступової відміни.

## Втручання з психосоціальної реабілітації

### Питання дослідження 17

17. Чи психосоціальна реабілітація поліпшує результати в порівнянні з відсутністю втручання у людей з ПТСР?

#### Критерії відбору

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Психосоціальна реабілітація (наприклад, навчання самопомозі і навичкам незалежних методів життя, забезпечуючи підтримку житла; навчання навичкам сімейного життя, навчання соціальним навичкам, професійній реабілітації та управлінню справами) на додаток до психологічної допомоги або фармакологічного втручання
Компаратор	1. Немає втручання (наприклад, тільки оцінка)
Результат	Первинний результат: функціональне покращення, якість життя. Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами / соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/ посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

## Резюме літератури

Огляд доказів визначив два дослідження, які порівнювали результати психосоціальної реабілітації з результатами відсутності втручання. Одне дослідження середньої якості порівнювало надання психологічної групової підтримки з лише оцінкою психічного здоров'я матерів.<sup>186</sup> Інше випробування, яке мало високий ризик відхилення, оцінювало користь сімейного групового психоосвітнього втручання з лише оцінкою за низкою візитів на предмет психічного здоров'я, зроблених учасниками і їх сім'ями.<sup>187</sup> Існує мало доказів з цих досліджень щодо

підвищення звернень за медичною допомогою і поліпшення психічного здоров'я учасників груп психосоціальної підтримки в порівнянні з учасниками, які отримували тільки оцінку.

Специфічні для біженців з Боснії та Герцеговини докази і їх узагальненість з іншими популяціями ПТСР в Австралії можуть бути обмеженими. Тому дорослі біженці з ПТСР, які зазнали голоду і війни, можуть отримати користь від відповідної психосоціальної групової підтримки.

#### **Пункти консенсусу**

CP3 Дорослі біженці з ПТСР, які пережили війну і голод, можуть отримати користь, відвідуючи відповідні групи психологічної підтримки. (Зверніть увагу, що більш широке обговорення застосування настанови для біженців та осіб, які шукають притулку, включені в розділ "Особливі популяції" нижче в цьому документі).

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

GPP62 З самого початку лікування необхідно сфокусуватися на професійній, сімейній та соціальній реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності, пов'язаної з розладом, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

GPP63 У тих випадках, коли пацієнти з ПТСР не отримали результатів від ряду курсів науково-обґрунтованого лікування, необхідно розглянути застосування заходів психосоціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності, пов'язаної з розладом, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

GPP64 Працівники охорони здоров'я повинні бути поінформовані про потенційні переваги психосоціальної реабілітації та сприяти практичними порадами про те, як отримати доступ до відповідної інформації та послуг.

GPP65 У випадках виробничої психотравми управління процесом повернення до роботи має проводитися у контексті ретельної оцінки ризику можливості подальшого впливу чинників стресу, збалансованих з потенційною користю від повернення до роботи.

#### **Рекомендації з досліджень**

RR9 У дорослих з ПТСР повинен бути досліджений вплив психосоціальної реабілітації на ПТСР і соціальну та професійну діяльність.

### **Вправи і фізичні методи лікування**

#### **Питання досліджень 18 і 19**

18. Чи фізичні втручання або фізичні вправи поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручання у людей з ГСР або ПТСР?

19. Чи фізичні втручання або фізичні вправи мають перевагу над психологічними чи фармакологічними втручаннями у людей з ГСР або ПТСР?

#### **Критерії відбору**

Популяція	Люди з ГСР або ПТСР
Втручання	1. Фізична терапія (наприклад, електроконвульсивна терапія, ТМС, масаж, голковколуювання, точковий масаж, Цілющий дотик, КраніоСакральна терапія) 2. Лікувальна фізкультура (наприклад, йога, тайцзи, рухи під музику, ритміка, спортивні змагання, ходьба, біг, плавання)
Компаратор	1. Ніякого втручання/плацебо 2. Будь-яке психологічне чи фармакологічне втручання (наприклад, ТФ-КПТ, терапія управління стресом, ДПРО, наративна експозиційна терапія, підтримуюче консультування, інтернет-терапія, СІЗЗС, інші антидепресанти другого покоління, ТЦА, інгібітори моноаміноксидази, бензодіазепіни, стабілізатори настрою, протисудомні і деякі небензодіазепінові снодійні та заспокійливі препарати)
Результат	Первинний результат: Зникнення симптомів ГСР або ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами / соціальна та професійна функції/якість

	життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/ посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	3 серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; 3 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

### Резюме літератури

Огляд доказів визначив п'ять досліджень, які вивчали ефективність фізичних вправ і фізичної терапії у лікуванні ПТСР у дорослих, два з яких були включені в огляд настанови 2007 року. Одне дослідження помірного ризику вивчало високо- і низькочастотну повторну ТМС порівняно з плацебо, з обмеженими доказами того, що високочастотна повторна ТМС була більш ефективною впродовж 14 днів щодо низки вимірів результатів, ніж контроль.<sup>188</sup> Докази низькочастотної повторної ТМС були непереконливими. Одне дослідження помірного ризику розглядало тіло-орієнтовану терапію в порівнянні з листком очікування в жіночій популяції з історією сексуального насильства.<sup>189</sup> Хоча воно виступає на користь тіло-орієнтованої терапії, невеликий розмір і низька якість дослідження (наприклад, контроль листка очікування) означає, що результати слід інтерпретувати з обережністю щодо зниження вираженості симптомів ПТСР.

З 2007 були опубліковані три дослідження в цій області. Одне дослідження з низьким ризиком відхилення досліджувало голковколювання в порівнянні з плацебо, забезпечивши обмежені докази того, що голковколювання є більш ефективним при тримісячному спостереженні.<sup>190</sup> У цьому ж дослідженні порівнювали голковколювання з КПТ без різниці в ефективності. Одне дослідження з помірним ризиком відхилення повідомило про ефективність голковколювання на додаток до КПТ в порівнянні з тільки КПТ щодо зменшення симптомів ПТСР.<sup>35</sup> Були знайдені обмежені докази на користь КПТ плюс голковколювання. Одне дослідження з помірним ризиком відхилення, яке вивчало релаксацію в порівнянні з КПТ, представило обмежені докази на користь міорелаксації.<sup>108</sup>

В цілому, є дуже обмежені докази, на яких базується рекомендація фізичних методів терапії, тільки з одним дослідженням, що стосується більшості втручань. Єдине втручання з більш, ніж одним дослідженням було дослідження голковколювання, яке показало потенціал скромних ефектів і дозволяє зробити рекомендацію з обережністю.

Рекомендація	Клас
P11 Акупунктура може розглядатися в якості потенційного способу проведення втручання під час ПТСР для людей, які не мають позитивного відгуку на травмофокусовану психотерапію або фармакотерапію.	<b>D</b>

### Рекомендації з належної практики

GPP66 В рамках загального психіатричного лікування лікар може поінформувати осіб з ПТСР про те, що регулярні аеробні вправи можуть бути корисними для управління симптомами, і стати складовою частиною заходів самопомогі та самовідновлення. Фізичні вправи можуть



допомогти в управлінні порушеннями сну і соматичними симптомами, які є загальними супутниками ПТСР.

### Рекомендації з досліджень

RR10 Необхідні подальші дослідження в області впливу на ПТСР заходів, що базуються на фізичних вправах.

## Поодинокі чи комбіновані втручання

### Психологічні втручання у дорослих з ПТСР

#### Питання дослідження 20

20. Чи поодинокі втручання більш ефективні, ніж комбіновані втручання у людей з ПТСР?

#### Критерії відбору

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Поодинокі психологічне чи фармакологічне втручання або стратегія психосоціальної реабілітації
Компаратор	Комбіновані психологічні втручання, комбіновані фармакологічні втручання, комбіновані психосоціальні втручання або комбіновані психологічні, фізичні, психосоціальні втручання або лікувальна фізкультура
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/ посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

Дослідження, які розглядають питання дослідження 20, наступні:

- три дослідження з порівняння впливу лише експозиційної терапії з експозиційною терапією плюс когнітивною реструктуризацією<sup>105,111,191</sup>
- одне дослідження з порівняння лише когнітивної реструктуризації з когнітивною реструктуризацією плюс експозиційною терапією<sup>105</sup>
- одне дослідження з порівняння релаксації з експозиційною терапією плюс когнітивна реструктуризація<sup>105</sup>
- одне дослідження з порівняння підтримуючого консультування з експозиційною терапією плюс когнітивна реструктуризація<sup>111</sup>
- одне дослідження з порівняння впливу уявлення з впливом уявлення плюс вплив *in vivo*<sup>124</sup>
- одне дослідження з порівняння впливу уявлення проти впливу уявлення плюс вплив *in vivo* і когнітивна реструктуризація<sup>124</sup>

- одне дослідження з порівняння впливу in vivo з впливом in vivo плюс когнітивною реструктуризацією<sup>124</sup>
- одне дослідження з порівняння ПЕ з ПЕ плюс тренінг навчання переборенню стресу<sup>55</sup>
- одне дослідження з порівняння навчання переборенню стресу з ПЕ плюс навчання переборенню стресу<sup>55</sup>
- одне дослідження з порівняння експозиційної терапії з експозиційною терапією плюс соціальною емоційною реабілітацією.<sup>192</sup>

### **Резюме літератури**

Огляд доказів визначив декілька досліджень, які вивчали комбінацію стратегій КПТ, в першу чергу експозицію і когнітивну реструктуризацію. Три дослідження порівнювали адитивний ефект поєднання експозиції і когнітивної реструктуризації, але загальний висновок полягає в тому, що вони не призводять до додаткової користі. Слід також зазначити, що наявність експозиції або когнітивної реструктуризації є кращим, ніж лише навчання переборенню стресу. Таким чином, більша частина даних свідчить про те, що обидва втручання є ефективними і що їх поєднання може не збільшити користь від лікування симптомів ПТСР. Слід зазначити, проте, що це засновується на обмеженій доказовій базі.

**Рекомендація** – Немає

## **Фармакологічні втручання у дорослих з ПТСР**

### **Питання дослідження 20**

Питання дослідження в цьому розділі було те ж саме, що і в розділі «Психологічні втручання у дорослих з ПТСР» – див. вище для деталей.

20. У людей з ПТСР, чи поодинокі втручання більш ефективне, ніж комбіновані втручання?

### **Резюме літератури**

Огляд доказів визначив одне невелике дослідження (n= 19) з помірним ризиком, включене в огляд доказів 2007 року, яке виявило, що лікування СІЗС (флуоксетин, сертралін або пароксетин) плюс оланзапін більш ефективні, ніж СІЗС плюс плацебо у бойових ветеранів США з ПТСР.<sup>193</sup>

Таким чином, є деякі дуже попередні докази того, що додавання СІЗС оланзапіну може мати деяку користь при ПТСР, пов'язаному з бойовими діями. Враховуючи інтерес до допоміжної фармакотерапії, необхідно більше досліджень у цій галузі.

**Рекомендація** – Немає

### **Рекомендації з досліджень**

RR11 Враховуючи, якою мірою додаткова фармакотерапія використовується в клінічній практиці, зокрема, в лікуванні хронічних і резистентних випадків, рекомендується проведення великих добре контрольованих випробувань для уточнення переваги комбінованих препаратів.

RR12 Оскільки попередні докази показують, що комбіновані препарати можуть посилити психологічні методи лікування, майбутні дослідження повинні додатково дослідити це питання.

RR13 Необхідне подальше дослідження потенційних переваг комбінації і послідовності (фармакологічних і травмофокусованих психологічних) методів лікування.

RR14 Подальші дослідження повинні вивчати нейробіологічні та психологічні маркери, які можуть бути використані при прогнозуванні ймовірної відповіді на лікування. Ця рекомендація з дослідження стосується однаковою мірою фармакологічних і психологічних втручань.

## **Втручання з психосоціальної реабілітації дорослих з ПТСР**

### **Питання дослідження 20**

20. У людей з ПТСР, чи поодинокі втручання більш ефективне, ніж комбіновані втручання?

### **Критерії відбору**

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Поодинокі психологічне чи фармакологічне втручання або стратегія психосоціальної реабілітації
Компаратор	Комбіновані психологічні втручання, комбіновані фармакологічні

	втручання, комбіновані психосоціальні втручання або комбіновані психологічні, фізичні, психосоціальні втручання або лікувальна фізкультура
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/ посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	3 серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; 3 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

### Резюме літератури

Огляд доказів визначив одне дослідження з порівняння експозиційної терапії та соціальної емоційної реабілітації з експозиційною терапією моно щодо клінічних симптомів та якості життя у чоловіків-ветеранів бойових дій.<sup>192</sup> Дослідження було невеликим (n = 34) і було оцінене як таке, що має високий ризик відхилення. Дані цього дослідження були непереконливими.

### Рекомендації з належної практики

GPP67 Заходи психосоціальної реабілітаційних повинні використовуватися в якості додаткової терапії в поєднанні з психо- або фармакотерапією.

## Фармакологічні та психологічні втручання у дорослих з ПТСР

### Питання досліджень 20

Питанням дослідження в цьому розділі було те ж саме, що і для розділу «Психологічні втручання у дорослих з ПТСР» – див. вище для деталей.

20. У людей з ПТСР, чи поодинокі втручання більш ефективне, ніж комбіновані втручання?

### Резюме літератури

Лише фармакотерапія проти фармакотерапії плюс психотерапії

Огляд доказів визначив два дослідження, обидва з помірним ризиком відхилення, які порівнювали сертралін моно з сертраліном плюс КПТ.<sup>194,195</sup> Обидва дослідження були включені в огляд доказів 2007 року. Більше дослідження (n=65) не виявило клінічно значущих відмінностей між лікуваннями. У той час як невелике дослідження за участі камбоджійських жінок-біженців знайшло невелику перевагу сертраліну плюс КПТ над сертраліном моно, це повинно інтерпретуватися з обережністю, враховуючи невеликий розмір вибірки і специфічний контекст популяції випробування.

Таким чином, мало що показує, що додавання КПТ до сертраліну значно покращує результати.

Психотерапія плюс фармакотерапія в порівнянні з психотерапією плюс плацебо

Огляд доказів визначив два дослідження, обидва з помірним ризиком відхилення, які порівнюють ПЕ плюс пароксетин з ПЕ плюс плацебо. Обидва ці дослідження були опубліковані після розгляду доказів в 2007 році. Дослідження з більшою кількістю учасників (n=37)<sup>196</sup> знайшло обмежені докази того, що комбіновані методи лікування були більш ефективними, ніж ПЕ з

плацебо, але результати були розраховані тільки з комп'ютерних даних (аналіз наміру лікування не можливий), і тому їх слід інтерпретувати з обережністю. Менше дослідження (n=23) не виявило переконливих доказів щодо різниці.<sup>197</sup> Одне дослідження хорошого дизайну, але дуже мале пілотне дослідження з низьким ризиком відхилення знайшло, що психотерапія плюс МДМА краще, ніж психотерапія плюс плацебо у зниженні симптомів ПТСР.<sup>173</sup>

Таким чином, мало що показує, що додавання пароксетину до ПЕ значно покращує результати, і є докази того, що пробний МДМА може підвищити психотерапію, хоча й потребуються подальші дослідження.

**Рекомендація** – немає

## **Психологічні проти фармакологічних проти психосоціальних втручань**

### **Питання дослідження 21**

21. Чи будь-яке втручання (фармакотерапія, психотерапія або психосоціальна реабілітація) більш ефективно у людей з ПТСР, ніж будь-яке інше втручання (фармакотерапія, психотерапія або психосоціальна реабілітація)?

### **Критерії відбору**

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	1. фармакологічне втручання 2. психологічне втручання 3. втручання з психосоціальної реабілітації
Компаратор	1. Психологічне втручання чи психосоціальна реабілітація 2. Фармакологічне або психосоціальне втручання 3. Психологічне чи фармакологічне втручання
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	Період пошуку з 1966 по жовтень 2011 року <sup>a</sup> .
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Нові питання досліджень

### **Резюме літератури**

Огляд доказів визначив два дослідження, які оцінювали порівняння, що стосуються цього питання, одне з порівняння пароксетину з ТФ-КПТ<sup>198</sup>, а інше з порівняння флуоксетину з ДПРО.<sup>199</sup> Перше було включене в огляд доказів 2007 року, але останнє не було.

Випробування пароксетину було низької якості з невеликою кількістю учасників (n=21), і аналіз даних був заснований на учасниках, які завершили лікування (не намір лікування). У цьому типі дослідження учасників (очевидно) не маскують щодо розподілу на лікування, також не маскували експертів. Були обмежені докази на користь КПТ за самооцінками, але не за оцінками клініцистів. Враховуючи недоліки, ці результати важко інтерпретувати. Дослідження ДПРО було кращого дизайну і мало низький ризик відхилень. Було встановлено невелику перевагу ДПРО над СІЗС.

Існує недостатньо доказів, на основі яких можна зробити рекомендації, хоча подальше дослідження цього питання, в тому числі порівняння зі стандартною допомогою, є виправданим.

### Рекомендації з досліджень

RR15 Потрібні великі РКД з порівняння фармакологічного з травмофокусованим психологічним лікуванням в популяціях з різними травмами. Це може бути краще всього досягнуто шляхом скоординованих міжнародних мультицентрових досліджень.

### Узгодження супутніх захворювань

#### Питання дослідження 22

22. У контексті ПТСР та супутньої патології, чи є послідовні втручання на різні діагнози більш ефективні, ніж одночасні втручання з приводу обох діагнозів?

#### Критерії відбору

Популяція	Люди з ПТСР та супутніми захворюваннями (наприклад, горе, депресія, розлад особистості, біль і зловживання психоактивними речовинами)
Втручання	Послідовне психологічне або фармакологічне втручання на діагноз, тобто лікування ПТСР, а потім супутніх захворювань або навпаки
Компаратор	Одночасні психологічні та/або фармакологічні втручання з приводу обох діагнозів
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	3 серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; 3 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

### Резюме літератури

В систематичному огляді, який спеціально розглядав питання з послідовності лікування, не було виявлено ніяких досліджень. Проте, низка досліджень показала результати лікування людей з ПТСР і супутніми захворюваннями. Ця література була включена в розділ 2 цієї настанови. Ключові висновки повторно представлені тут, оскільки вони лежать в основі пунктів консенсусу, яких дотримуються.

Що стосується ПТСР і супутніх розладів від вживання психоактивних речовин, література показує, що лікування двох розладів одночасно може бути більш ефективним, ніж лікування розладів поодиночі. Точно так само ніякі дослідження ПТСР з супутньою депресією не розглядали послідовність лікування або моделі зміни симптомів з часом. Велика кількість доказів, проте, показує, що ефективне лікування симптомів ПТСР пов'язано з поліпшенням супутньої депресії. Проте, більшість досліджень виключили пацієнтів з дуже важкою депресією і така супутня патологія може вказувати на необхідність застосування методів лікування конкретно депресії перед травмофокусованим лікуванням.

Враховуючи вищезгадану літературу і за відсутності будь-яких спеціальних досліджень, присвячених специфічно питанню послідовності, відповідно до попередньої настанови 2007 року, для практиків пропонуються наступні пункти консенсусу.

### **Пункти консенсусу**

CP4 У контексті депресії як супутнього захворювання при ПТСР практикуючий лікар може розглядати лікування ПТСР як першочергове, оскільки рівень депресії часто зменшується під час лікуванні ПТСР.

CP5 У випадках, коли тяжкість депресії як супутнього захворювання виключає ефективну терапевтичну взаємодію та/або пов'язана з високим ступенем суїцидального ризику, практикуючим лікарям рекомендується спочатку зменшити рівень суїцидального ризику і першочергово усунути прояви депресії, аніж ПТСР.

CP6 У контексті наявності ПТСР у поєднанні зі зловживанням психотропними препаратами практикуючий лікар повинен розглянути можливість комплексне лікування обох двох станів.

CP7 У контексті наявності ПТСР у поєднанні із зловживанням психотропними препаратами компоненти травмофокусованої терапії ПТСР не повинні застосовуватися поки індивідуум, який страждає на ПТСР, не продемонструє здатність керувати розладом без застосування психотропних препаратів, а також здатність відвідувати сеанси, не перебуваючи під впливом наркотичних речовин або алкоголю.

CP8 У контексті наявності ПТСР у поєднанні із зловживання психотропними препаратами у випадку, коли приймається рішення про першочерговість лікування зловживання психотропними препаратами, клініцисти повинні бути обізнаним, що симптоми ПТСР можуть погіршуватися через відміну прийому психоактивних речовин або припинення використання психоактивної речовини в якості копінг-механізму. Лікування повинно включати інформацію про ПТСР і стратегії боротьби з симптомами ПТСР, а також інформацію про способи контролю своєї залежності.

### **Ранні психологічні втручання у дітей і підлітків, які піддаються потенційно травматичним подіям**

Відповідно до розділу «Ранні психологічні втручання у дорослих, які зазнали потенційно травматичної події», в цьому розділі розглядається надання психологічних втручань всім дітям і підліткам, які зазнали травм – не тільки тим, у кого є проблеми адаптації. Він охоплює безпосередні варіанти після інцидентів у всіх, перш ніж продовжувати спостерігати тих, у кого розвиваються стани, які можна діагностувати.

#### **Ранні психологічні впливу для всіх**

##### **Питання дослідження 3, 4 і 7**

3. Чи ранні психологічні втручання поліпшують результати порівняно з відсутністю втручання у людей, які зазнали травм?

4. Чи ранні психологічні втручання мають якісь переваги над іншими ранніми психологічними втручаннями у людей, які зазнали травм?

#### **Критерії відбору**

Популяція	Люди, які зазнали травм, у тому числі підгрупа пацієнтів з ГСР
Втручання	Ранне психологічне втручання (наприклад, дебрифінг, травмофокусоване консультування, освіта, здійснюється протягом одного місяця травми)
Компаратор	Ніякого втручання (наприклад, тільки оцінка)
Результат	Первинні результати: симптоми ПТСР і ГСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад /

	соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

### Питання дослідження

7. Чи поодинокі ранні втручання є більш ефективним, ніж комбіновані ранні втручання у людей, які зазнали травм?

### Критерії відбору

Популяція	Люди, які зазнали травм, у тому числі підгрупа пацієнтів ГСР
Втручання	Поодинокі початкове психологічне або фармакологічне втручання
Компаратор	Ранні комбіновані психологічні або комбіновані фармакологічні втручання (протягом одного місяця травматичної події) або комбіновані психологічні і фармакологічні втручання (протягом одного місяця травматичної події)
Результат	Первинні результати: симптоми ПТСР або ГСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

### Резюме літератури

Літератури з втручань у дітей, які потенційно піддаються травматичним подіям, недостатньо. Були визначені три дослідження в огляді доказів. Два дослідження середнього розміру, які використовували належну методологію,<sup>200,201</sup> визначили, що психологічний дебрифінг не був краще, ніж звичайна допомога у дітей шкільного віку, які зазнали траматичних подій. Третє дослідження<sup>202</sup> оцінювало втручання на основі інформації у дітей шкільного віку, які зазнали травм в ДТП, і деякі мали деяку користь, але без клінічного ефекту. Проте, це дослідження було низької якості і можливо недостатньої сили.

Рекомендація	Клас
P12 Дітям, які зазнали впливу ПТП, не потрібно пропонувати проведення психологічного дебрифінгу <sup>200,201</sup>	В

### Рекомендації з належної практики

GPP68 Діти, починаючи від немовлят і дошкільнят до дітей старшого віку і підлітків, можуть постраждати від впливу травмуючих подій набагато сильніше, ніж дорослі. Практикуючі лікарі повинні усвідомлювати цей ризик, повинні проявляти активність в оцінці спектру психологічних наслідків травми і повинні бути готовими надавати відповідну допомогу, включаючи направлення на отримання спеціалізованих послуг.

GPP69 Інформування часто проводиться в цілях надання допомоги дітям після впливу травматичної події. При використанні його зміст повинен бути високої якості і з урахуванням типу травматичної події і цільової аудиторії. Інформація, що надається після впливу травматичних подій, може містити: а) інформацію про можливі наслідки (найчастіше позитивні); б) посилення існуючого і нового позитивного подолання; в) консультації щодо можливості отримання подальшої допомоги у разі необхідності; та г) можливі показники потреби у подальшій допомозі. Інформація після впливу травматичної події може також включати визнання ролі і вплив на вихователів, братів, сестер і вчителів.

GPP70 Дітям, які зазнали впливу травми, психоедукатція має проводитись у рамках поетапного підходу, до якого залучаються батьки і широке коло організацій, що забезпечують надання послуг у сфері охорони здоров'я, освіти і соціального забезпечення, і включає в себе моніторинг, цільову оцінку та проведення втручання, якщо це необхідно.

GPP71 Перша психологічна допомога може бути доречною з дітьми відразу ж після отримання психотравми, однак якщо вона використовується, повинен бути забезпечений доступ до спеціалістів в області психічного здоров'я малюків, дітей та підлітків у разі їх необхідності.

GPP72 Батьки й особи, які здійснюють догляд, виконують захисну/буферну функцію проти дитячого травматичного стресу. Клініцисти повинні бути поінформовані про потенціал батьків для протистояння власному дистресу або про інші фактори, що можуть погіршити їх здатність забезпечувати захисну/буферну функцію. У разі виявлення дистресу або інших відповідних факторів, лікар повинен реагувати відповідним чином.

### Рекомендації з досліджень

RR16 Є необхідним проведення досліджень у популяції дітей та підлітків, які зазнали психотравмуючого впливу, для поліпшення розуміння ролі та ефективності раннього втручання.

### Ранні психологічні втручання у дітей та підлітків з ГСР або гострим ПТСР

#### Питання дослідження 3, 4 і 7

Питання досліджень для цього розділу такі ж, як і для попереднього розділу – див. вище щодо деталей.

3. Чи ранні психологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручання у людей, які зазнали травм?

4. Чи ранні психологічні втручання дають якусь перевагу над іншими ранніми психологічними втручаннями у людей, які зазнали травм?

7. Чи поодинокі ранні втручання більш ефективне, ніж комбіновані ранні втручання у людей, які зазнали травм?

### Резюме літератури

Огляд доказів визначив два дослідження, які оцінювали психотерапію в якості раннього втручання у дітей з симптомами ПТСР. В одному невеликому дослідженні<sup>203</sup> НЕТ асоціювалася з незначущим зниженням ймовірності ПТСР у вибірці дітей шкільного віку, які зазнали серії минулих травм. Ще одне дослідження<sup>204</sup> знайшло підтримку щодо втручання, направлено на взаємозв'язок між дитиною та особою, яка здійснює догляд, у дітей, які зазнали впливу низки травм. Проте, дослідження було середньої якості і не виявили ніяких клінічно значущих ефектів.

**Рекомендація** – Немає



### Пункти консенсусу

СР9 ТФ-КПТ може бути корисною в якості раннього психологічного втручання для дітей з діагнозом ГСР у перші чотири тижні після впливу травмуючої події, на підставі позитивних доказів для КПТ у дітей з ПТСР. Однак, ефективність цього підходу у випадках ГСР у дітей поки не встановлена.

## Психологічні втручання у дітей та підлітків з ПТСР

### Питання дослідження 10 і 11

10. Чи психологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручань у людей з ПТСР?

11. Чи будь-яке психологічне втручання має якусь перевагу над іншими психологічними втручаннями у людей з ПТСР?

### Критерії відбору

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Психологічне втручання (наприклад, ТФ-КПТ, терапія управління стресом, ДПРО, НЕТ, підтримуюче консультування, інтернет-терапія)
Компаратор	1. Немає втручання (наприклад, тільки оцінка) 2. Інше психологічне втручання
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

Дослідження, розглянуті у зв'язку з питанням 10, наступні:

- два дослідження з порівняння з ТФ-КПТ з листком очікування/контролем стану дітей<sup>205,206</sup>
- три дослідження з порівняння ДПРО з листком очікування у дітей/підлітків<sup>207-209</sup>
- одне дослідження з порівняння терапії управління стресом зі станом листка очікування у підлітків<sup>210</sup>

Наступні порівняння були визначені з питання 11:

- чотири дослідження (шість статей) порівнювали ТФ-КПТ у дітей зі звичайним лікуванням<sup>211-216</sup>
- одне дослідження порівнювало ДПРО зі стандартною допомогою у дітей<sup>217</sup>
- одне дослідження порівнювало ТФ-КПТ з психоосвітньою терапією та управлінням стресом у підлітків<sup>218</sup>
- одне дослідження (дві статті) порівнювало ТФ-КПТ з підтримуючою терапією у дітей (дитина в центрі терапії)<sup>219,220</sup>
- одне дослідження порівнювало ТФ-КПТ з психодинамічною терапією у підлітків<sup>221</sup>

- одне дослідження порівнювало ТФ-КПТ, яка проводилася різними людьми, для лікування дітей з ПТСР<sup>213,214</sup>
- одне дослідження порівнювало НЕТ з підтримуючим консультування підлітків / молодих дорослих<sup>83</sup>
- два дослідження порівнювали КПТ з експозиційним компонентом з КПТ без експозиційного компонента у дітей<sup>222,223</sup>
- два дослідження порівнювали ТФ-КПТ з ДПРО у дітей<sup>224,225</sup>
- одне дослідження порівнювало групову КПТ у батьків і дітей з груповою КПТ у дітей<sup>226</sup>

### Резюме літератури

Дослідження ТФ-КПТ у дітей та підлітків включали дослідження, які порівнюють ТФ-КПТ з контролем листка очікування (два дослідження),<sup>205,206</sup> звичайним лікуванням (чотири дослідження)<sup>211-216</sup> та іншими активними методами лікування (п'ять досліджень).<sup>218,221-223</sup> Розміри вибірок досліджень були в основному від невеликих до помірних (діапазон учасників:<sup>24-229</sup>). Учасники досліджень зазнали низки травматичних подій від ДТП та інших поодиноких травм до повторних подій, таких як вплив насильства в сім'ї або сексуального насильства. Питання дизайну були загальними; часто мали помірний або високий ризик відхилення і багато досліджень не включали аналіз наміру лікування. Узагальненість до австралійського контексту була високою у всіх дослідженнях (клас А або В). Клінічний вплив в цілому оцінювався як С; якщо наводився як тренд, то це також було на користь ТФ-КПТ. В цьому огляді було два дослідження з вивчення ефекту ДПРО в порівнянні з ТФ-КПТ при ПТСР у дітей, які демонструють еквівалентний ефект при обох станах.<sup>224,225</sup> Одне з цих досліджень, проте, дуже мале (n=9) з високим ризиком відхилення.<sup>224</sup> З урахуванням обмеженого характеру наявних доказів ми не можемо в даний момент зробити чіткі рекомендації щодо ДПРО. Проте, ми рекомендуємо, аби з урахуванням результатів цих досліджень проводилося подальше дослідження ДПРО при ПТСР у дітей.

Рекомендація	Клас
P13 У дітей шкільного віку і старше з ПТСР повинна бути розглянута ТФ-КПТ відповідно до рівня розвитку. <sup>205,206,211-216,218,221-223</sup>	С

### Рекомендації з належної практики

GPP73 При оцінці дитини чи підлітка щодо ПТСР медичні працівники повинні переконатися, що вони окремо і безпосередньо оцінюють дитину чи підлітка на наявність симптомів ПТСР. Бажано не покладатися виключно на інформацію від батьків або осіб, які здійснюють догляд, при будь-якій оцінці.

GPP74 Враховуючи, що збереження терапії та ефективність ТФ-КПТ у дітей та підлітків вимагають активної участі батька та/або особи, яка здійснює догляд, початкова фаза ТФ-КПТ в цій групі полягає в залученні батьків для поліпшення розуміння ними і підтримки цього методу лікування.

### Рекомендації з досліджень

RR17 Ефективність ТФ-КПТ при депресії та інших посттравматичних проявах (інтерналізація та екстерналізація поведінки) вимагає подальшого дослідження.

RR18 Ми рекомендуємо проведення подальших досліджень ДПРО при ПТСР у дітей.

### Питання дослідження 12

12. Чи індивідуальна терапія більш ефективна, ніж групову терапію у людей з ПТСР?

### Критерії відбору

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Індивідуальна терапія (наприклад, психодинамічна психотерапія, індивідуальна КПТ, ДПРО, НЕТ, підтримуюче консультування, гіпноз)
Компаратор	Групову терапію (наприклад, підтримуюча терапія, психоосвітня, психодинамічна терапія, групову КПТ, така як управління тривогою, навчання переборенню стресу, тренінг з впевненості в собі, ПЕ, когнітивне

	реструктурування)
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

### Резюме літератури

Ще два дослідження порівнювали групові психологічні втручання з індивідуальними. В одному дослідженні<sup>227</sup> КПТ була методом лікування, використовуваним для лікування ПТСР після стихійних лих, а в другому<sup>228</sup> порівнювали психодинамічну індивідуальну терапію з психоосвітньою груповою терапією у дітей, які зазнали сексуального насильства. Виміри оцінки використовували тільки для оцінки тяжкості ПТСР, але в обох дослідженнях, незважаючи на відмінності в моделі лікування, результати були на користь індивідуальних втручань.

### Рекомендація

R14 У дітей з ПТСР індивідуальні психологічні втручання повинні мати перевагу над груповим втручанням.

Клас

C

### Питання дослідження 13 і 14

Питання дослідження, використовувані для цього розділу були такими ж, як і питання, які використовуються в розділі "Психологічні втручання у дорослих з ПТСР" – див. вище для деталей.

13. Чи поєднання індивідуальної і групової терапії більш ефективне, ніж дані терапії окремо у людей з ПТСР?

14. Чи ефективні встановлені для ПТСР втручання при самостійному застосуванні, чи при самостійному застосуванні за підтримки лікаря, порівняно з втручанням, яке проводить лікар, або ніяким втручанням?

### Резюме літератури

В систематичному огляді не було виявлено жодного дослідження.

Рекомендації – Немає

### Ранні фармакологічні втручання у дітей і підлітків, які піддаються потенційно травматичним подіям

#### Ранні фармакологічні втручання у всіх

У цьому розділі розглядається надання фармакологічних втручань у всіх тих, хто зазнає впливу, а не тільки тим, хто має проблеми адаптації.

#### Питання дослідження 5 і 6

5. У людей, схильних до травм, чи ранні фармакологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручання?

6 У людей, схильних до травм, чи будь-яке ранне фармакологічне втручання має якісь переваги над іншими ранніми фармакологічними втручаннями?

### Критерії відбору

Популяція	Люди, які зазнали травм, у тому числі підгрупа пацієнтів з ГСР
Втручання	Раннє фармакологічного втручання (наприклад, іміпрамін, пропранолол бензодіазепіни, інші симпатолітики, антидепресанти, інші протисудомні засоби, нейролептики, хлоралгідрат, призначені протягом одного місяця після травми)
Компаратор	Ніякого втручання (наприклад, тільки оцінка)
Результат	Первинний результати: симптоми ПТСР або ГСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; З 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

### Резюме літератури

Огляд доказів визначив тільки одне невелике дослідження, яке оцінювало фармакологічні втручання із застосуванням сертраліну.<sup>229</sup> Хоча були деякі позитивні результати, зокрема, щодо депресії і симптомів ПТСР за оцінками батьків, ніяких відмінностей не було знайдено щодо симптомів ПТСР за оцінками дитини.

Рекомендація	Клас
P15 У дітей, які зазнали впливу ПТП, фармакотерапія не повинна застосовуватися в якості профілактичного втручання.	<b>D</b>

### Медикаментозне лікування осіб з ГСР або гострим ПТСР

#### Питання дослідження 5 і 6

Питання дослідження для цього розділу були такими ж, як у попередньому розділі – див. вище для деталей.

5. У людей, які зазнали травми, чи ранні фармакологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з відсутністю втручання?

6. У людей, які зазнали травми, чи будь-яке ранне фармакологічне втручання має якісь переваги над іншими ранніми фармакологічними втручаннями?

### Резюме літератури

В систематичному огляді не було виявлено жодного дослідження.

**Рекомендація** – Немає

## **Фармакологічні втручання у дітей та підлітків з ПТСР**

### **Питання дослідження 15 і 16**

15. У людей з ПТСР, чи фармакологічні втручання поліпшують результати в порівнянні з плацебо?

16. Для людей з ПТСР, чи будь-яке фармакологічне втручання має якісь переваги над іншими фармакологічними втручаннями?

### **Критерії відбору**

Популяція	Люди з ПТСР
Втручання	Фармакологічні втручання (наприклад, СІЗЗС, інші антидепресанти другого покоління, ТЦА, інгібітори моноаміноксидази, бензодіазепіни, стабілізатори настрою, протисудомні засоби і деякі небензодіазепінові снодійні та заспокійливі препарати)
Компаратор	1. Плацебо 2. Інші фармакологічні втручання
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: симптоми депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/супутні соматичні захворювання. Додаткові результати у дітей: розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розлад поведінки/опозиційно-зухвалий розлад/реактивний розлад / соціальний тривожний розлад
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	3 серпня 2005 по жовтень 2011 року для дорослих <sup>a</sup> ; 3 1966 р по жовтень 2011 року, якщо потрібно <sup>b</sup> , з 1966 по жовтень 2011 року для дітей і підлітків <sup>c</sup>
Мова	Англійська

<sup>a</sup> Оновлення пошуку з настанови 2007 року

<sup>b</sup> Розширений період пошуку, якщо знайдено менше двох досліджень Рівня II

<sup>c</sup> Нові питання досліджень

### **Резюме літератури**

Лише два дослідження фармакологічного втручання за участю дітей і підлітків відповідали критеріям включення. Дослідження Robb і колег<sup>230</sup> повідомило про порівняння антидепресанта СІЗЗС сертраліну з плацебо у 129 дітей і підлітків, які зазнали змішаних (одна подія та/або комплекс) травм. У період після лікування активне і плацебо лікування істотно не відрізнялися щодо результатів ПТСР, депресії або якості життя. Ризик відхилення в дослідженні оцінювався як високий.

Друге невелике дослідження (n=24) Cohen і колег<sup>231</sup> порівнювало ТФ-КПТ плюс сертралін з ТФ-КПТ плюс плацебо у 10-17-ти річних дітей з симптомами ПТСР, пов'язаними з сексуальним насильством. Ризик відхилення у дослідженні був оцінений як помірний, проте, результат вважався узагальнюваним до місцевого контексту. Жодних переконливих відмінностей між групами не було відзначено щодо симптомів ПТСР за самооцінкою.

<b>Рекомендація</b>	<b>Клас</b>
P16 У дітей та підлітків з ПТСР фармакотерапія не повинна використовуватися в якості рутинного першого лікування на противагу ТФ-КПТ. <sup>230,231</sup>	<b>D</b>

P17 У дітей та підлітків з ПТСР фармакотерапія не повинна використовуватися рутинно в якості додаткового лікування до ТФ-КПТ. <sup>231</sup>	<b>D</b>
--	----------

### Рекомендації з належної практики

GPP75 При призначенні антидепресантів дітям слід керуватися конкретними практичними настановами з депресії, і лікарі повинні знати про побічні ефекти, пов'язані з віком.

### Втручання на базі школи

#### В осіб, які зазнають впливу травми, або осіб з ГСР / гострим ПТСР

#### Питання дослідження 8 і 9

8. У дітей, які зазнали впливу травми, чи будь-яке втручання, проведене в школі, поліпшує результати порівняно з відсутністю втручання?

9. У дітей, які зазнали травми, чи будь-яке втручання, проведене в школі, поліпшує результати в порівнянні з будь-яким іншим втручанням, проведеним у школі?

#### Критерії відбору

Популяція	Діти, які зазнали травми
Втручання	Будь-яке втручання, проведене в школі
Компаратор	1. Немає втручання 2. Інше втручання, проведене в школі
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: припинення симптомів депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції/якість життя/ відмова від лікування/відсів протягом 12 місяців/побічні ефекти/посттравматичний ріст/ супутні фізичні захворювання
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З 1966 по жовтень 2011 року
Мова	Англійська

### Резюме літератури

Огляд доказів визначив п'ять досліджень, які проводили випробування втручання в школах, два з використанням ТФ-КПТ,<sup>232,233</sup> два з використанням комбінованої КПТ та гри,<sup>234,235</sup> й одне з використанням групового підтримуючого консультування.<sup>236</sup> Ті, які використовували ТФ-КПТ, були середньої якості і мали ефекти на користь КПТ з різним ефектом, але з деяким зазначенням клінічно значущих ефектів. Дослідження, що використовують комбіновану КПТ і гри, були відносно більші, результати в цілому були на користь комбінованої КПТ і гри, порівняно з контролем, але ефекти були невеликими і клінічно не значущими і менш імовірною була узагальненість. Дослідження групового підтримуючого консультування було низької якості, але мало достатнього розміру вибірку. Ефекти були на користь групового підтримуючого психологічного консультування порівняно з контролем, але ці ефекти не були клінічно значущими.

<b>Рекомендація</b>	<b>Клас</b>
P18 Для дітей після перенесеної травми з симптомами ПТСР, під час якої вони повторно переживали одну і ту саму подію, має розглядатися використання ТФ-КПТ на базі школи, спрямоване на зменшення симптомів посттравматичного стресу <sup>232-236</sup>	<b>C</b>

### Рекомендації з належної практики

GPP76 Рекомендується інтегрована модель між постачальниками освіти та охорони здоров'я, яка полегшує відповідну підтримку і направлення. Рекомендується, щоб школи забезпечували стимулюючу функцію при втручанні у дітей після травми, особливо після важких травм.

### Рекомендації з досліджень

RR19 Існує необхідність зрозуміти, як травми впливають на дітей в школах і яка роль шкільної спільноти в наданні підтримки постраждалим дітям і наданні допомоги в направленні в разі необхідності.

### Втручання, які включають батьків

#### Питання дослідження 23 і 24

23. У дітей з ПТСР, чи включення батьків/осіб, які здійснюють догляд, в психологічні втручання покращує результати у дитини в порівнянні з відсутністю батьків/осіб, які здійснюють догляд?

24. У дітей з ПТСР, чи будь-яке психологічне втручання, яке включає батьків/осіб, які здійснюють догляд, поліпшує результати у дитини в порівнянні з будь-якою іншою психологічною допомогою, яка включає батьків/осіб, які здійснюють догляд?

#### Критерії відбору

Популяція	Діти, які зазнали травми
Втручання	Будь-яке психологічне втручання, яке включає батьків/осіб, які здійснюють догляд
Компаратор	1. Психологічні втручання, які не включають батьків/осіб, які здійснюють догляд 2. Будь-які інші психологічні втручання, які включають батьків/осіб, які здійснюють догляд
Результат	Первинний результат: зникнення симптомів ПТСР Вторинні результати: зникнення симптомів депресії, тривоги і зловживання психоактивними речовинами/соціальна та професійна функції /якість життя / відмова від лікування/відсіву протягом 12 місяців/посттравматичного росту/ розладу з дефіцитом уваги /фізичних супутніх захворювань/ розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю /розладу поведінки/ опозиційно-зухвалого розладу/соціального тривожного розладу
Дизайн дослідження	Систематичні огляди РКД, РКД; якщо знайдено менше, ніж два дослідження рівня II, розглянути наступні: псевдо-РКД, нерандомізовані контрольовані випробування, когортні дослідження, до і після-контрольовані дослідження, дослідження випадок-контроль
Період пошуку	З 1966 по жовтень 2011 року
Мова	Англійська

### Резюме літератури

Огляд доказів визначив два документа, які повідомили про психологічні втручання у дітей з ПТСР з і без одночасного лікування батьків або осіб, які здійснюють догляд, які відповідали критеріям включення настанови. Deblinger і співав<sup>213,214</sup> порівнювали КПП тільки у дитини, КПП тільки у матері, КПП у дитини і матері з контролем листка очікування. King і співав<sup>237</sup> порівнювали КПП тільки у дитини, КПП у дітей і батьків і звичайне лікування. Розміри вибірки дослідження були невеликими (36-100) і були оцінені як помірно високого ризику відхилення. Група учасників – діти, які зазнали сексуальне насильств – вважалися дуже узагальненими до австралійського контексту.

Обидва дослідження повідомили про відсутність різниці щодо вимірів результатів в групах з і без участі батьків або осіб, які здійснюють догляд. Винятком було дослідження King і співав.<sup>237</sup>, яке повідомило про деяке поліпшення в загальному функціонуванні із включенням батьків.

### **Рекомендації з досліджень**

RR20 Необхідно дослідити вплив лікування психопатології, пов'язаної з травмами, у батьків і/або осіб, які здійснюють догляд дітей, які зазнали насильства до лікування.

## **РОЗДІЛ 6. ЕКОНОМІЧНІ МІРКУВАННЯ**

**Примітка:** Детальна економічна оцінка цієї настанови й основних рекомендацій в ній з'являється в окремому супровідному документі, який доступний для скачування з сайту АСРМН ([www.acrpth.unimelb.edu.au](http://www.acrpth.unimelb.edu.au)). Метою цього розділу є проведення широкого огляду економічних міркувань, представлених з діагностики та лікування ПТСР і ГСР з конкретним посиланням на австралійську громаду.

Спираючись на проведений економічний аналіз попередньої версії цієї настанови, короткий пошук літератури був проведений для виявлення будь-яких ключових досліджень, опублікованих з 2007 року. Ключові терміни пошуку в поєднанні з ПТСР включають: економічний, вартість, ресурс, економічна оцінку, витрати-користь, корисність витрат і економічна ефективність.

### **Резюме відібраної літератури**

У попередній (2007) настанові в пошуку були виявлені дванадцять записів, п'ять з яких вважалися потенційно корисними. Дане дослідження виявило ще сім, шість з яких вважалися потенційно корисними. Нижче наводиться короткий огляд досліджень, виявлених в обох пошуках.

#### **Тягар вартості ПТСР**

Chan et al.<sup>1</sup> вивчили економічні наслідки психічних розладів в результаті автомобільної аварії в Південній Австралії. Приблизно через дев'ять місяців після аварії 31% респондентів були визначені як такі, хто має депресію, і 62% відчували тривогу, в той час як 29% відповідали критеріям ПТСР. Chan дійшов висновку, що випадки виникнення ПТСР потребують значно вищих витрат на охорону здоров'я в порівнянні з не-ПТСР випадками ( $p < 0,001$ ), а неліковані випадки ПТСР потребують значно вищих економічних витрат, ніж ліковані випадки ПТСР і не-ПТСР ( $p < 0,05$ ).

Дослідження Walker et al.<sup>2</sup> у США розглянуло витрати на охорону здоров'я для великої групи жінок. Після коректування щодо депресії, хронічної медичної хвороби та демографічних чинників жінки з сильними симптомами ПТСР мали значно більшу ймовірність ненульових витрат охорони здоров'я, ніж жінки з слабкими симптомами ПТСР. У порівнянні з жінками, які мали слабкі симптоми ПТСР, жінки з помірними симптомами мали в середньому більше на 38% скоригованих загальних річних витрат на охорону здоров'я, а ті, хто у групі високого ПТСР, мали 104-відсоткове збільшення. Автори припускають, що втручання, запроваджені медичними послугами для поліпшення розпізнавання і лікування ПТСР в клініках первинної та спеціалізованої допомоги, можуть бути економічно ефективним підходом для зниження поширеності цього захворювання.

Виходячи за рамки ПТСР, Zatzick et al.<sup>3</sup> досліджували зв'язок між психічними розладами, тривалістю перебування в лікарні і вартістю у великій когорті стаціонарних пацієнтів з травмами в США. За оцінками авторів 29% учасників мали один або більше психіатричних діагнозів і ці пацієнти продемонстрували збільшення на 46-103% вартості перебування в лікарні ( $p < 0,01$ ). Автори підкреслили потенційні переваги щодо вартості раннього розпізнавання і втручання.

Зовсім недавно були проаналізовані дані з 26 країн, що беруть участь у проєкті Світового психічного здоров'я, щоб дослідити часткову втрату працездатності, пов'язану з низкою фізичних (наприклад, серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, раку, болю у спині) і психічних станів.<sup>4</sup> Психічні та фізичні розлади мають значний вплив на часткову втрату працездатності, на додаток до їх повної інвалідності, як на індивідуальному, так і на соціальному рівні. На індивідуальному рівні послідовно встановлено, що ПТСР призводить до найвищих рівнів часткової втрати працездатності, потім йдуть депресія і біполярний розлад. На популяційному рівні фізичні розлади призводять до більш високих рівнів непрацездатності, ніж психічні розлади через їх більшу поширеність.

Що стосується тягара охорони здоров'я, пов'язаного з ПТСР в порівнянні з іншими психічними розладами, річні витрати охорони здоров'я на пацієнта у США серед цивільного



населення склали на 4-9% вище для пацієнтів з ПТСР, ніж для пацієнтів з великим депресивним розладом.<sup>5</sup> Різниця у витратах була обумовлена збільшенням використання послуг в галузі психічного здоров'я серед пацієнтів з ПТСР.

Точно так само, американські ветерани конфліктів в Іраку та Афганістані з ПТСР і депресією ширше використовували спеціальні процедури в області психічного здоров'я, більш широко використовували антидепресанти і мали більш високі загальні витрати на охорону психічного здоров'я в попередні 12 місяців, ніж пацієнти з депресією без ПТСР<sup>6</sup>.

В економічному аналізі медичних витрат після поточних конфліктів на Близькому Сході Національне бюро економічних досліджень США встановило, що солдати в зонах бойових дій, де вони мають часті контакти з ворогом або були свідками смерті союзників або цивільного населення, мали підвищений ризик суїцидальних думок і ПТСР.<sup>7</sup> За оцінками авторів витрати на охорону здоров'я були від \$ 1,5 до \$ 2,7 млрд. на ПТСР, викликані бойовими діями

### **Ефект лікування**

Дослідження Fontana et al.<sup>8</sup> у США порівнювало результати і витрати трьох моделей Департаменту у справах ветеранів (VA/DoD) щодо стаціонарного лікування ПТСР: 1) тривале перебування в стаціонарі спеціалізованих відділень ПТСР; 2) короткострокова спеціалізована оцінка і коротке лікування у відділенні ПТСР і 3) неспеціалізовані загальні психіатричні відділення. Ветерани у відділеннях короткострокового перебування ПТСР і в загальних психіатричних відділеннях показали значно краще поліпшення протягом періоду спостереження, ніж ветерани з ПТСР у відділеннях довготривалого перебування. Відділення довготривалого перебування виявилися на 82,4% і 53,5% дорожчими на рік, ніж відділення ПТСР короткострокового перебування і загальні психіатричні відділення, відповідно. Автори рекомендували систематичну реструктуризацію стаціонарного лікування ПТСР у ветеранів, щоб підвищити ефективність послуг для більшого числа ветеранів. (Ці зміни, звичайно, мали місце деякий час тому в системі справ ветеранів США; основний акцент в даний час на лікуванні, заснованому на доказовій медицині – тривале лікування або когнітивна терапія надаються я в амбулаторних умовах).

Issakidis et al.<sup>9</sup> провели дослідження ефективності витрат, щоб визначити тягар та економічну ефективність поточного й оптимального (тобто на основі доказової медицини) лікування основних психічних розладів. За оцінками авторів, отримання втручань відповідно до доказової медицини коливалася від 32% у тих, хто має контакт із соціальними службами, до 64% з ПТСР. З погляду прямих витрат на лікування вони виявили, що вартість лікування ПТСР була вищою на випадок за рік, ніж будь-який з інших тривожних розладів. За даними цього дослідження люди з ПТСР становили одну третину людей, які отримували лікування тривожного розладу, але їх лікування становило 40% від загальної вартості лікування всіх тривожних розладів. Автори підрахували, що витрати на "роки життя з інвалідністю" від ПТСР будуть знижені на 34%, якщо лікування буде засновуватися на доказовій медицині у всіх. Автори роблять висновок, що лікування тривожних розладів на основі доказової медицини буде мати більшу користь для здоров'я населення при аналогічній вартості поточного лікування внаслідок істотного збільшення економічної ефективності лікування.

У великому аналізі переваг лікування на основі доказової медицини, Kilmer і його колеги використовували мікросимуляційне моделювання для оцінки соціальних витрат на депресію і ПТСР у 261 827 американських військових, дислокованих на 30 червня 2008 року для операцій Непохитна свобода та Свобода Іраку.<sup>10</sup> Вони вважають, що, враховуючи сучасні стандарти медичної допомоги, приблизно половину з цих людей будуть лікувати в цих умовах через два роки після їх повернення, і 30% з них будуть отримувати лікування на основі доказової медицини. За оцінками авторів дворічні соціальні витрати на депресію і ПТСР у цієї когорти будуть становити US \$ 923 млн. Політика моделювання оцінює економію, пов'язану з універсальним доступом до лікування на основі доказової медицини, на рівні US \$ 138 млн (15%).

Всупереч багатьом іншим дослідженням, дослідження, проведене в колишній Югославії, встановило, що показники відновлення у пацієнтів, які отримували допомогу з приводу пов'язаних з війною ПТСР в спеціалізованих центрах кілька років після війни, були поганими (14%), а

поліпшення симптомів було невеликим.<sup>11</sup> Показники відновлення не були пов'язані з витратами на обслуговування. Точну природу наданого лікування, проте, було важко визначити, й автори припускають, що показники відновлення можуть бути поліпшені за допомогою різних методів лікування або різних моделей послуг.

Нарешті, з дещо іншої теми Jones і його колеги досліджували переваги віддаленого скринінгу станів психічного здоров'я.<sup>12</sup> Вони виявили, що використання скринінгу психічного здоров'я за допомогою телемедицини у великій кількості солдатів у стислі терміни було дорожчим, ніж скринінгу віч-на-віч. Солдати показали явну перевагу скринінгу віч-на-віч, а телемедицина в результаті показала більше направлень (потенційно в результаті більш високих хибно негативних результатів). Автори роблять висновок, що не існує ніяких доказів економії коштів або поліпшення доступності завдяки скринінгу психічного здоров'я методом телемедицини у ветеранів.

### **Резюме**

Хоча кількість літератури високоякісних досліджень недостатня, особливо навколо економічного тягаря ПТСР і корисності витрат на лікування, заснованого на доказах, очевидно, що ПТСР є розладом, який несе в собі високий рівень інвалідності, можливо, вище ніж будь-який інший фізичний або психічний розлад. Ясно також, що люди з ПТСР, як правило, широко користуються медичними послугами, що несе високі витрати на охорону здоров'я, знову ж таки, більш високі, ніж при інших психічних розладах. Існує доказ того, що попереднє рутинне застосування заснованих на доказах методів лікування може пройти певний шлях, не тільки щодо поліпшення результатів у людей з ПТСР, але також щодо зниження пов'язаної інвалідності та витрат охорони здоров'я.

Ця область є предметом інтересу для урядів і відомств постачальників послуг. Розгортання бойових дій на Близькому Сході в останнє десятиліття з великою кількістю персоналу, що повертається з ПТСР, пов'язаним з бойовими діями, поставили тему на порядок денний охорони здоров'я у справах ветеранів як найважливішу. Вони відповіли із зобов'язанням лікування ПТСР на основі доказової медицини і, безсумнівно, аналіз успіху або інших результатів цього підходу з'явиться в літературі

### **Коментар щодо економічного тягаря**

Таким чином, незважаючи на недостатність літератури, ясно, що ПТСР асоціюється з високим рівнем використання послуг, високими витратами на охорону здоров'я і тривалою непрацездатністю. ПТСР є розладом з високим тягарем, який погіршує функціонування у багатьох, якщо не у всіх сферах життя, з наслідками, що впливають не тільки на людину, а й на членів родини і суспільство в цілому. На сьогоднішній день немає комплексної економічної оцінки ПТСР з соціальної точки зору.

Дослідження, включені в цей огляд, зосереджені головним чином на використанні медичних послуг, і є мало доказів того, що використовуються сурогатні результати тягаря, включаючи показники госпіталізації, погіршення роботи та більш високий ризик ДТП. Крім того, відносна нестача доказів стосовно вартості лікування, зокрема, в Австралії, призводить до того, що важко визначити, чи збільшення витрат на охорону здоров'я є прямим результатом ПТСР, чи непрямо обумовлене поганим фізичним здоров'ям, зазвичай пов'язаним з ПТСР.

Важливість вивчення цих питань, незважаючи на використання економічних методів в охороні здоров'я, всебічно розглядали McCrone та колеги.<sup>13</sup> Економіка охорони здоров'я надає інструменти (у тому числі аналізи економічної ефективності, витрат-користі та корисності витрат), щоб встановити відносну ефективність різних варіантів лікування. McCrone дійшов висновку, що якість життя і ресурсні наслідки ПТСР вимагають кращого розуміння економіки розладів та альтернативних способів його лікування. Цим настроєм вторять автори статей з калькуляції, визначених в попередньому розділі. Економічний тягар, пов'язаний з ПТСР, є значним, але доступне лікування, щоб полегшити цей тягар. Ці методи лікування, проте, вимагають використання дефіцитних ресурсів та існує нестача належним чином підготовлених лікарів. У контексті фінансових обмежень існує необхідність визначити ті медичні втручання, чи то

психосоціальні, чи фармакологічні, які забезпечують найбільшу користь при обмежених ресурсах охорони здоров'я.

### **Поточне фінансування лікування ГСР і ПТСР**

В австралійській системі охорони здоров'я різні лікарі надають послуги з лікування людей з ПТСР, що фінансується Співдружністю та урядами регіонів, а також третіми сторонами страховиків і самими постраждалими особами. В результаті різноманітності цих механізмів фінансування існують відмінності в доступності лікування між регіонами. На сьогоднішній день немає загальної оцінки механізмів фінансування для лікування ГСР і ПТСР в Австралії і ступінь незадоволених потреб в лікуванні не відомий. У цьому контексті важко зробити оцінку доцільності або витрат і користі рекомендацій, зроблених у цій настанові.

Цікавим в цьому контексті є той факт, що попередня (2007) настанова рекомендує 90-хвилинні сеанси травмофокусованої терапії. Деякі країни створили нові пункти, що дозволяють лікарям вимагати обмежену кількість цих розширених сеансів травмофокусованого лікування ПТСР (на момент написання статті, Департамент у справах ветеранів і кілька агенції щодо жертв злочинів, наприклад) та інші юрисдикції дозволяють розширити сеанси, якщо вони можуть бути виправдані (наприклад, Comcare). На сьогоднішній день немає опублікованих даних щодо користі вартості цих змін, але принаймні вони дають постачальникам можливість отримувати винагороду за лікування на основі доказової медицини.

Слід також підкреслити, звичайно, що багато інших структур внесків для постачальників охорони психічного здоров'я не підтримують тривалості такої консультації. Коротша за часом консультація може бути на користь короткій взаємодії з акцентом на лікування симптомів, ніж рекомендовані втручання. Рекомендація 90-хвилинних сеансів не засновується на сильній емпіричній базі даних і не обов'язково повинна перешкоджати використанню травмофокусованих втручань в більш короткі сеанси (наприклад, 1 година).

### **Потенційні наслідки**

Супровідний документ економічної оцінки забезпечує більш детальну інформацію про наслідки вищезазначеної дискусії і дає низку рекомендацій. У контексті цього короткого розділу, проте, очевидні кілька наслідків.

По-перше, існує нагальна потреба в комплексній 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, потрібне суворе дослідження для з'ясування ефективності витрат різних втручань, визначених систематичним оглядом і рекомендованих в якості методу лікування. Особливий інтерес буде представляти дослідження, яке розгляне кожен рекомендацію в якості першої, другої або третьої лінії лікування, і тоді буде можливо визначити оптимальний пакет економічно ефективних втручань. Враховуючи вплив ПТСР на захворюваність і якість життя, особливо важливо, що економічна оцінка використовує міру тягаря хвороб в якості результату (тобто, роки життя з поправкою на непрацездатність (DALY), роки життя з поправкою на якість життя (QALY), роки життя, втрачені внаслідок інвалідності).

По-третє, повинна бути проведена оцінка існуючих механізмів фінансування лікування ГСР і ПТСР, щоб гарантувати, що надаються адекватні ресурси. Ця стратегія повинна доповнювати підхід економічної оцінки для того, щоб оцінювався повний спектр варіантів лікування і витрати.

## **РОЗДІЛ 7. 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, чие 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 заповідання 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, представленої 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
- Біженці та шукачі притулку
- Військові і колишні військовослужбовці
- Персонал аварійно-рятувальних служб
- Літні люди.

До категорій травматичних подій, що розглядаються у цьому розділі, належать наступні:

- Дорожньо-транспортні пригоди
- Злочини
- Сексуальне насильство
- Стихійні лиха
- Тероризм.

## АБОРИГЕНИ І ЖИТЕЛІ ОСТРОВА ПРОТОКИ ТОРРЕСА

### **Коментар робочої групи:**

*Розділ щодо ведення ПТСР в аборигенів та жителів острова протоки Торрес було вирішено вилучити з адаптованої КН. Ознайомитися з ним можна в оригінальній клінічній настанові*

«Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder» (2013) за посиланням

<https://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>

### **БІЖЕНЦІ ТА ШУКАЧІ ПРИТУЛКУ**

Як зазначено в передмові до цього розділу спеціальної популяції, надана інформація засновується на експертному висновку щодо застосування даної настанови для цієї групи населення. Хоча у систематичному огляді зазначались декілька досліджень, де серед учасників були біженці або шукачі притулку, немає ніяких підстав припускати, що існує необхідність у кардинально відмінному підході до лікування. Швидше, це питання адаптації методичних рекомендацій до конкретних потреб цієї групи населення.

Лікарі, що працюють з біженцями і шукачами притулку, мають бути культурно обізнаними, мають бути кваліфікованими і поінформованими про різні культурні особливості і бути відкритими для різних культурних поглядів на психологічні проблеми. Це включає в себе усвідомлення існування різних цінностей, уникнення стереотипів, здатність відповідно реагувати на потенційні конфлікти між традиційними цінностями і цінностями панівної культури, вміння зрозуміти і вибрати відповідний метод лікування. Різноманітні культурні фактори впливають на рішення людини звернутися за лікуванням з подальшим залученням до терапії, що включають переконання про важливість сім'ї у сфері охорони здоров'я, причину хвороби і стигматизацію, пов'язану з психічними захворюваннями та їх лікуванням. Клініцисти повинні також визнати, що культурні фактори взаємодіють з тим, що зазвичай називають соціальними факторами – регіон походження, соціально-економічний статус, освіта, соціальний статус, міське чи сільське походження – і ці чинники представлені в рівній мірі для прогнозування симптомів ПТСР.

#### **Довідкова інформація**

Існує неминучий політичний контекст, в якому виникають травматичні переживання і подальше лікування біженців та шукачів притулку. В Австралії, а також на міжнародному рівні, політика уряду, суспільні відносини і висвітлення в ЗМІ питань, що стосуються біженців та шукачів притулку, впливають на психічне здоров'я і добробут цієї групи. Вплив може бути прямим, створюючи затишне або вороже середовище, або непрямим, потенційно впливаючи на громадську думку. Для осіб, які шукають притулку, ці фактори мають безпосередній вплив на політику уряду, що стосуються утримання під вартою, отримання візи і основних прав і свобод, таких як доступ до медичної допомоги.

Травматичний досвід біженців слід розглядати в контексті соціально-політичних чинників у країні походження. Для лікаря корисно розуміти ці фактори на обох макрорівнях – природу та історію конфлікту і його вплив на людину, його сім'ї і спільноту протягом тривалого часу, а також на рівні досвіду індивіда.

Є три визначальні характеристики біженців та осіб, що шукають притулку, спільні для більшості осіб і заснованих на навмисних і цілеспрямованих звинуваченнях в бік їхніх етнічних, культурних, релігійних чи політичних переконань або цінностей:

1. Психічна травма (ситуація, в якій людина пережила або стала свідком загрози власному життю або погроз, поранень, звалтування, тортур чи вбивства близьких їй людей).
2. Втрата (членів сім'ї, друзів і родичів, викрадення дітей, майна, засобів до існування, країни, статусу та ін).
3. Позбавлення (основних прав людини і забезпечення таких потреб, як їжа, вода, житло, освіта і медична допомога).

Частота і характер травматичного впливу неминуче варіюється, але наступні варіанти травматичного досвіду є загальними і такими, що посилюють психічне травмування:

- Крайні форми насильства, які повторювалися та/або були тривалими.
- Руйнування ідентичності та розпад сімей і громад, які можуть відбуватися умисно, шляхом систематичного порушення основних засад сім'ї, дружби, а також релігійних і культурних систем.
- Стан непередбачуваності та неспроможності щось вдіяти, які посилюють відчуття безпорадності.

- Втрата при жорстоких обставинах з виникненням таких наслідків, як тривале горе.
- Свідок звірств, таких як масові вбивства, зґвалтування, катування, ситуацій, де діти є об'єктами насильства і смерті, порушення священних цінностей, зради та неспроможності відновити правосуддя.

- Навмисне розмивання особистісної цілісності – вторгнення за межі фізичних кордонів, порушення прав недоторканості та приватного життя, суворий контроль за задоволенням таких основних потреб, як їжа та сон, зіткнення з ситуацією неможливого вибору, такою як хто повинен померти або хто потрібно залишити.

Лікар також повинен бути обізнаним про те, що в Австралії є декілька стресорів, які можуть продовжувати впливати на психічне здоров'я біженців і, в деяких випадках, вони можуть бути більш актуальними з точки зору розвитку психопатології, ніж психотравмуючий вплив, якого зазнали дані особи до міграції. Пост-міграційні стрес-фактори посилюються і виділяються в залежності від того, в якій мірі біженці та шукачі притулку, як і раніше, зберігають свою культуру чи інші традиції і наскільки вони готові адаптуватися і налагоджувати взаємодію з новим суспільством, що їх приймає. Ці фактори можуть включати:

- Турботу про безпеку родичів і друзів, які залишаються в країні їх походження, в той час, коли конфлікт все ще триває.

- Втрату або розлуку з сім'єю та друзями.

- Труднощі з переселенням, такі як вивчення іноземної мови, отримання роботи і житла.

- Ізоляцію і відсутність соціальної підтримки.

- Аккультурацію (злиття різних культур, запозичення характеристик іншої культури) (наприклад, етнічна і релігійна ідентичність; напруженість, що виникає між поколіннями, яка пов'язана зі змінами, що стосуються культурних, лінгвістичних і соціальних сфер).

- Дискримінацію, расизм та соціальну ізоляцію, пов'язану з економічними, соціальними, культурними або релігійними переконаннями у громаді, що приймає.

- Статус меншини та потенційну маргіналізацію у домінуючій австралійській культурі, втрата соціального статусу і злидні. У випадку шукачів притулку це факторі, пов'язані з середовищем та політикою, яка проводиться по їх відношенню у новій країні, а саме обов'язкове або безстрокове утримання під вартою і тимчасове надання захисту.

### **Використання перекладачів**

У роботі з біженцями та шукачами притулку часто беруть участь перекладачі. Лікарі повинні враховувати наступні проблеми, які можуть виникнути при роботі з перекладачами. По-перше, у відношенні проблеми конфіденційності, перекладач та пацієнт не повинні бути знайомими. У невеликих громадах мігрантів, перекладачами часто є освічені члени громади, часто її лідери. Люди можуть відчувати, що їх конфіденційність порушується, коли вони повинні розкривати свої переживання за допомогою знайомих їм членів своєї громади. По-друге, у тих випадках, коли перекладачі використовуються для спеціальних заходів, таких як імагінальний вплив, важливо, щоб перекладач розумів дану процедуру, а також її суть і потенційну реакцію пацієнта, так щоб втручання не було зірвано. Для терапевта і перекладача повинні бути встановлені чіткі ролі таким чином, щоб всі сторони, включаючи пацієнта, розуміли ці ролі. Нарешті, лікар повинен бути обізнаним про можливий негативний емоційний вплив на перекладача, який може виникнути внаслідок переказу травматичних переживань пацієнта. Крім того, необхідно враховувати, що перекладач також пережив подібний травматичний досвід і його потреби також мають враховуватись. Належна підготовка, проведення де брифінгу та супервізій можуть допомогти пом'якшити будь-який стресовий вплив, якого зазнають перекладачі.

### **Прояви**

Як зазначалося вище, біженці та шукачі притулку, як правило, зазнають тривалого і неодноразового травматичного досвіду. Хоча, швидше за все, будуть спостерігатися деякі відмінності в проявах (наприклад, соматизація, духовні/релігійні інтерпретації, такі як втрата душі), проте складові ПТСР проявляються подібно у різних культурах. За оцінками близько 10% дорослих біженців мають ПТСР, проте цей відсоток зростає майже до 25% серед тих, хто пережив тортури, багато з них також мають супутні захворювання, такі як:

- тривожність, депресія, зловживання психоактивними речовинами, ігроманія та короткотривалі реактивні психози;
- труднощі в міжособистісних відносинах, пов'язані з недовірою, страхом, гнівом і відстороненістю;
  - ризикована та дезадаптивна форми поведінки;
  - реакції, пов'язані з горем, такі як заціпеніння, гнів, безнадія, і відсутність сенсу;
  - сімейні конфлікти, розпад сімей, насильство в сім'ї;
  - фізичне нездужання і скарги соматичного характеру.

Крім того, мовні труднощі, присутність перекладачів, вразлива з культурної точки зору інформація про лікувальні заходи, стигматизація та інші бар'єри, що виникають при отриманні тих чи інших послуг, часто заважають біженцям та шукачам притулку задовольнити власні потреби. Отже, рівень звернень до служб охорони психічного здоров'я в перші роки переселення часто є нижчим від середнього серед даної групи населення і через подібні бар'єри біженці та шукачі притулку можуть не звертатися за допомогою до тих пір, поки не виникнуть серйозні проблеми або розлади.

У своєму прагненні зрозуміти біженців та шукачів притулку з ПТСР необхідно визначити потенційний екзистенціальний вплив цього специфічного типу травматичного досвіду. Втручання повинні виходити за рамки оцінки і лікування ПТСР та бути зверненими також і до інших форм дистресу, які можуть бути викликані повсякденними стрес-факторами або впливом насильства і втрат, пов'язаних з війною. Наприклад:

- Насильство і невизначеність, пережиті під час отримання психотравми, можуть призвести до тривожності, страху і безпорадності.
- Неможливість зробити вибір внаслідок примусу і пережитий досвід приниження можуть призводити до виникнення почуття провини та сорому.
- Порушення взаємин, розлука та ізоляції можуть призвести до горя, депресії і змін у міжособистісних відносинах (наприклад, страх відносин, залежність або крайня самодостатність).
- Руйнування цінностей людського існування внаслідок переживання психічної травми може призвести до втрати віри в людство, недовірливості, чутливості до несправедливості, ідеалізації і знецінювання інших.
- Гнів і потенційно агресивна поведінка можуть бути наслідком низького рівня терпимості до фрустрації, протесту проти втрати, реакції на несправедливість і зраду і в якості захисного механізму від почуття сорому і провини.

Важливо також розуміти, що під час впливу психотравми можуть бути задіяні внутрішні сили особистості, в результаті чого виникає психологічна стійкість та особистісний посттравматичний ріст, які також наявні у тих осіб, які мають симптоми ПТСР. Люди часто бувають досить стійкими і важливо, щоб лікарі змогли виявити і спиратися на ці сильні сторони під час проведення лікування.

### **Оцінка**

Як правило, стандартизовані засоби оцінки є придатними для використання у біженців та осіб, які шукають притулку, звертаючи при цьому увагу на необхідність враховувати культурні особливості проведення діагностики та інтерпретації результатів. Адекватна психологічна і соціальна підтримка на початковому етапі має першорядне значення. Крім того, рекомендується проводити оперативну і контекстуально обґрунтовану оцінку повсякденних стресорів, а саме пост-міграційних стрес-факторів, зазначених у попередньому розділі, які можуть бути особливо актуальними і важливими для індивідуального повсякденного функціонування та рішення яких може мати безпосередній вплив на прояв психічних симптомів.

Структурована оцінка, яка охоплює різноманітні потенційні супутні фактори ПТСР у біженців або осіб, які шукають притулку, та подібні проблеми має вирішальне значення. Наступна Таблиця підсумовує інформацію, яка повинна бути зібрана для комплексної оцінки.

**Країна походження та дата прибуття.** Ця інформація може наштовхнути консультанта на наступне: проблеми з фізичним здоров'ям, специфічні для певного регіону; походження та тривалість насилля та труднощів; доступ до охорони здоров'я.

**Наявність візи.** Наявність візи має вирішальне значення для розуміння доступних прав та норм і, таким чином, стрес-факторів, які наявні у повсякденному житті пацієнта.

**Мова.** Визначте бажану мову і країну походження перекладача, так як деякі вважають за краще, щоб перекладач не був уродженцем/вихідцем тієї самої країни.

**Культурна підоснова.** Культурні уявлення про причинно-наслідкові атрибуції, стигматизацію, пошук допомоги і поняття зцілення є важливими для оцінки, а також для знайомства з існуючими системами в Австралії. Культурні, етнічні або релігійні групи є дуже різноманітними; проведення узагальнення повинно бути обережним. Деякі, можливо, побажають залучити до прийняття рішень, пов'язаних з лікуванням, інших членів сім'ї.

**Ступінь впливу насильства та інших травматичних подій (наприклад, жорстоке поводження з дітьми, насильство з боку близької людини тощо).** Для процесу оцінки достатньо невеликої розповіді, яка забезпечить індикацію ймовірних наслідків для фізичного та психологічного здоров'я.

**Практична та соціальна підтримка з боку сім'ї.** Діти та підлітки зазнають безпосереднього впливу внаслідок переживання та/або свідництва насильства, відриву від навчання або втрати чи розлуки з важливими особами, які забезпечують опіку. Встановлення, чи потребують діти та інші члени сім'ї підтримки, включає активне та обережне дослідження, зокрема, в контексті насильства в сім'ї.

**Пост-міграційні умови, включаючи наявність житла, працевлаштування, мовні бар'єри, соціальну ізоляцію та ін.** Це є потенційним джерелом як стресу, так і сил.

**Міграційна правова ситуація, пов'язана з процесом визначення статусу біженця або фінансування сім'ї.** Проблеми, пов'язані з фінансування сім'ї та процесом визначення статусу біженця, є великим джерелом стресу та проблем з психічним здоров'ям.

**Оцінка фізичного здоров'я.** Розгляд включає:

- фізичні травми або болі, які є результатом тортур/фізичної травми;
- соматизація психологічних проблем;
- потреба у стоматологічній допомозі;
- у жінок – проблеми пов'язані з репродуктивним здоров'ям;
- у дітей – проблеми зі здоров'ям, які є наслідком поганого догляду, покинутості, насильства в сім'ї.

Як зазначалося в розділі 2, комплексна оцінка повинна виходити за рамки діагностики ПТСР згідно з DSM-IV та включати оцінку коморбідності і більш широких соціально-психологічних факторів. У біженців і шукачів притулку особлива увага повинна приділятися: проявам розпаду сім'ї, поведінковим проблемам, якості щоденного функціонування, соціально-руйнівній, агресивній або відстороненій поведінці і фізичним симптомам. У проведенні оцінки та плануванні лікування застосовуються пропозиції для людей з ПТСР, що виникає від тривалої і повторної травми, викладені в розділі 2. Наступні додаткові міркування рекомендуються для біженців та шукачів притулку з ПТСР.

• Дуже важливими є довіра і взаєморозуміння. Для проведення комплексної оцінки часто є необхідними попередні або довготривалі зустрічі або декілька зустрічей.

• З біженцями необхідно зустрічатися у безпечному місці, яке не викликає травматичні спогади офіціозом, авторитарною поведінкою.

• Усвідомлення того, що медичні умови можуть виступати в якості нагадування про тортури, і що деякі біженці, можливо, мають нав'язливий страх перед діагностичними процедурами.

• Стать терапевт може бути особливо важливою для жертв сексуального насильства.

• Розуміння, що ворожість може бути реакцією на страх і невизначеність.

• Надання інформації (наприклад, про мету оцінки і про використання отриманої інформації) і заохочення людини задавати питання розвиває почуття контролю. Тим не менш, лікарі повинні бути обізнані, що в деяких культурах подібна практика може бути неприйнятною і можуть знадобитися додаткові заохочення та множинні перевірки на правах лікаря.

• Пояснення значення приватності, конфіденційності та отримання згоди є корисними.



- Важливо передбачати фактори, що можуть вплинути на виникнення незгоди, такі як культурні переконання щодо ушкоджуючої дії діагностичного дослідження, наприклад, взяття крові, ставлення до фармакотерапії і нерозуміння побічних ефектів, раптове припинення прийому ліків.

### Лікування

Під час лікування біженців та шукачів притулку з ПТСР практикуючий лікар стикається з рядом складних факторів в та поза межами індивідуального травматичного досвіду, включаючи мовні, етнокультурні, соціально-політичні і суспільні питання, а також поточну клінічну та психосоціальну ситуацію особи. Це не рідкість для лікарів відчувати себе враженими цими культурними та клінічними складнощами. В деяких випадках це може привести лікаря до стану скованості через страх зробити помилку, а в інших випадках лікар може повністю ігнорувати наявні труднощі і продовжуватиме лікування, немовби їх не існує. Як перший, так і другий підхід навряд чи приведе до ефективного лікування. Ідеальним є ідхід, що займає проміжне місце між описаними вище, коли лікар враховує етнокультурні особливості, але не ставить самоціллю розібратися з ними. Непідробний інтерес і повага лікаря є найбільш ефективними інструментами для формування довіри та позитивних терапевтичних відносин, необхідних, щоб допомогти людині овогтатись від травматичного досвіду.

Зверніть увагу, що біженці можуть мати різні тлумачення причин їх нинішніх труднощів, з чим відповідно пов'язані і різні очікування від лікування. Більшість з них приймуть Західний погляд на проблеми психічного здоров'я, вбачаючи в них порушення, які можна виправити при відповідному лікуванні. Інші можуть відчувати, що їхні проблеми є природним наслідком хронічного впливу нелюдських умов і не забажають піддаватися лікуванню або вважатимуть, що їх труднощі минуть природним чином з плином часу і що, таким чином, лікування не є необхідним. При цьому інші будуть пов'язувати свої травмуючі переживання з надприродними або релігійними причинами, що створить потенційні труднощі для лікаря в тому, як представити і пояснити процедуру травмофокусованої терапії ПТСР. Незалежно від їх поглядів на важливість лікування і ймовірність його успіху, біженці частіше всього матимуть слабке уявлення того, з чого саме складатиметься процес лікування. Ясно те, що вирішальне значення мають надання чіткого пояснення результатів оцінки, а також опис та обґрунтування запропонованого лікування.

Невелика кількість досліджень вказують на те, що культурно-адаптована КПТ (включаючи експозицію) може бути ефективною для біженців з захворюваннями, пов'язаними з психотравмою. Необхідно, однак, чіткіше визначати тих, хто потребує проведення специфічних психологічних втручань (зокрема КПТ) і/або фармакологічних втручань в межах та поза межами загальної психологічної допомоги та консультування, які надаються сучасними програмами, які займаються наслідками тортур і психотравм. Невелике дослідження вивчило використання перекладачів в проведенні травмофокусованої терапії, хоча є деякі свідчення того, що результат терапії біженців з ПТСР, проведеної за допомогою перекладача, є еквівалентним тому, який був отриманий при проведенні терапії стандартним шляхом. Якщо є потреба в перекладачі, рекомендується, щоб під час проведення експозиційної терапії терапевт і пацієнт використовували більш короткі фрази у своїй розмові з метою забезпечення належного контролю за розповіддю пацієнта і рівнями його дистресу.

У відповідності з основними принципами лікування, викладеними в розділі 2, важливо встановити довірливі та безпечні терапевтичні відносини та умови при роботі з біженцями та шукачами притулку. Крім того, клініцист повинен розглянути наступні питання:

- необхідність комплексного підходу до лікування, яке має відповідати комплексній системі оцінки;
- визначити цінність різних рівнів втручання – людина, родина, громада і важливі умови, школа, культурні та релігійні об'єднання;
- бути обізнаним про копінг-стратегії, які можливо виникли у відповідь на ситуації постійного насильства та великих втрат – такі як заперечення, абстрагування і гнів – і їх захисне значення для людини;
- важлива роль провини і сорому у встановленні проблеми зі здоров'ям.

У роботі з біженця або особами, які шукають притулку, цілі лікування повинні виходити за рамки ПТСР. Найбільше значення для біженців та їх сімей зазвичай має відновлення їх життя завдяки успішному процесу переселення. Лікар повинен сприяти створенню можливостей для перепідготовки, працевлаштування, відновлення статусу і встановлення контактів. Де це виходить за рамки окремої служби, людину потрібно направити до відповідної служби, куди вона зможе звернутися для вирішення своїх питань. Також потрібно приділити увагу фізичному здоров'ю, так як полегшення проблем з фізичним здоров'ям може стати шляхом до психічного здоров'я і благополуччя.

Нарешті, необхідно визначити ті проблеми з психічним здоров'ям біженців, що є результатом систематичного порушення їх прав. Відновлення віри в людей, права на здоров'я, права на захист від порушення прав та відновлення справедливості є частиною процесу зцілення для біженців, які пережили тортури і психотравми. Послуги, які стосуються потреб у психічному здоров'ї тих, хто вижив, повинні поважати і зміцнювати концепцію прав людини, що містяться в різних міжнародних хартіях та угодах.

***Додаткові питання, що відносяться до осіб, які шукають притулку та підлягають обов'язковому затриманню та утриманню під вартою***

Політика тимчасового захисту в Австралії була визначена в якості предиктора ПТСР у біженців в Австралії. Steel та ін. 29,30 повідомляють про надзвичайно високу захворюваність ПТСР в осіб, які мають тимчасову візу, безпритульних осіб або ув'язних, а також у роки після звільнення. У цій групі також частіше відчувають постійні мовні труднощі, соціальну ізоляцію, збільшення тривожності і депресії з плином часу, порівняно з біженцями, які отримали право на постійний захист.<sup>31</sup> Крім того, особи, які шукають притулку, або ув'язнені піддаються значному ризику суїцидальної поведінки, що у 41 і 26 разів вищий від середнього по країні для чоловіків і жінок, відповідно.<sup>32</sup>

Слід зазначити конкретні труднощі, які виникли при роботі з групою безпритульних осіб. Безпритульні підлягають обов'язковому затриманню або тимчасовому захисту, часто мають труднощі з участю в терапії для вирішення їх травм, так як їх травматичні переживання, у багатьох випадках, тривають. Більшість з них мають історію преміграційної травми, з подальшим небезпечним і травматичним переселенням в безпечне місце і, нарешті, утриманням під вартою в спеціальній установі, де вони стикаються з втратою контролю, тривалою розлукою і невизначеністю у відношенні членів їх сімей, залишених у країні походження. Ці фактори посилюють вплив пов'язаних з війною травм і в поєднанні з тривалими періодами затримання пов'язані з гіршим станом психічного здоров'я.<sup>30,33</sup> Серйозні переживання для багатьох викликає обмеження тимчасових віз (обмежений доступ до адаптаційних послуг та соціальних допомог).

У разі, якщо особи, які шукають притулку, володіють тимчасовими візами, вони стикаються з додатковими стресовими подіями – співбесіда перед подачею заяви для оформлення дозволу на проживання, часті відмови в прийомі заяв, подача апеляції в Суди у справах біженців та інші апеляційні інстанції. Багато з них повідомляють про те, що через свої нав'язливі тривожні думки і кошмари з приводу страху бути заарештованим або депортованим, вони відчувають «спалахи майбутнього». McInerney і Кей<sup>34</sup> стверджують, що в таких умовах стандартних діагностичних категорій та індивідуальної терапії, в таких умовах, можеуть бути недостатньою для вирішення проблем складнощів, які мають такий руйнівний вплив на життя шукачів притулку.

Тому, лікування ПТСР повинне розглянути питання про надання допомоги відповідно до зазначених травм, сформованих життєвих обставин і культурних переконань та цінностей осіб, які шукають притулку. Існує ряд доказів, щоб припустити, що біженці під тимчасовим захистом покращують показники психічного здоров'я при отриманні права на ПМЖ.<sup>35</sup> Тим не менш, шкідливі ефекти можуть залишатися, незважаючи на початкові поліпшення через звільнення з-під варти, і потрібні подальші дослідження, щоб оцінити довгострокові наслідки затримання і подальшого стресу акультурації.

При застосуванні цих настанов при роботі з біженцями та безпритульними порушуються серйозні проблеми цих категорій пацієнтів. На додаток до складності і тяжкості травматичного досвіду, з його потенційним впливом на фундаментальні переконання про себе та інших, у

багатьох випадках біженці та шукачі притулку стикаються з поточними стресовими факторами переселення, а в деяких випадках, травматизацією внаслідок затримання. Особи, які шукають притулку, в ув'язненні, як правило, знаходяться в географічно віддалених районах з обмеженим доступом або відсутністю доступу до кваліфікованих фахівців в галузі психічного здоров'я. Таким чином, існують значні бар'єри на шляху ефективного лікування їх посттравматичних потреб психічного здоров'я.

### **Робота з дітьми**

Діти складають майже половину біженців у всьому світі і становлять приблизно третину шукачів притулку. Близько 11% мають ризик розвитку ПТСР. Як і у випадку із дорослими, стрес-фактори до, під час та після міграції відносять дітей та підлітків-біженців в групу підвищеного ризику виникнення проблем з психічним здоров'ям. Оцінки поширеності ПТСР у цій групі варіюють, але зазвичай є значно вищими за наявний рівень у дітей не-біженців. Наявна література свідчить про сильний зв'язок між тривалістю імміграції та затримання і психічними проблемами у дітей і підлітків із зазначенням труднощів, що включають:

- труднощі з проявом прихильності, відставання у розвитку, затримка емоційного та поведінкового розвитку;
- депресії, тривожність і поведінкові проблем, які можуть бути ранніми проявами подальшого розвитку ПТСР;
- аутоагресивну поведінку і суїцидальні думки;
- тривожність, пов'язану з відокремленням, порушення сну, проблемну поведінку і соматичні симптоми.

На додаток до досвіду психотравми та переміщення, діти також зазнали досвіду відриву від шкільної освіти та багато були розлучені або втратили батьків або осіб, які здійснюють догляд. Дані свідчать про те, що діти та підлітки, які не мають супроводу, піддаються більшому ризику психологічного стресу, ніж ті, хто має в супровід одного з батьків або особи, яка здійснює догляд. З іншого боку, дитячі враження і благополуччя опосередковані психічним здоров'ям їх батьків, і таким чином супроводження дітей, чий батьки мають проблеми з психічним здоров'ям, може призвести до розвитку у них серйозного рівня дистресу.

Однак, в цілому, діти біженців мають тенденцію бути більш стійкими, ніж дорослі, і легше адаптуються до життя в новій країні. Молодші діти, зокрема, навряд чи відчуватимуть провини, залишаючи друзів та родину, і можуть відчувати себе більш схвильованими, аніж наляканими, починаючи нове життя. Тим не менш, дитяча адаптивність може створити додаткові стресові фактори, такі як зміни в сімейній динаміці, оскільки вони більш вільно володіють новою мовою і зобов'язані виступати в якості "перекладачів" для батьків. З втратою ідентичності і соціальних ролей сім'ї зазнають додаткового впливу напруженості, яка може призвести до збільшення культурного розриву між членами сім'ї і, як результат, до конфліктів і злості. Хоча в літературі висловлюється думка, що гнів, який переживається як складова діагнозу ПТСР, часто спрямований в бік чоловіка, останні дослідження показують, що гнів по відношенню до дітей теж є дуже поширеним, і мовний розрив між досвідченими батьками і дітьми може сприяти розвитку цього конфлікту і гніву. Тим не менш, відсутні систематичні дослідження впливу гніву на дітей і родину в цілому.

Обмежені дослідження вивчали оцінку та лікування психотравм у дітей-біженців. При відсутності суперечливих доказів рекомендоване розумне застосування рекомендацій по роботі з дорослими-біженцями та з дітьми-не біженцями (див. розділ 3).

### **ВІЙСЬКОВІ І КОЛИШНІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ**

Є достатньо досліджень, виявлених в ході систематичного огляду, серед яких є учасники, які є або були в минулому військовослужбовцями збройних сил, що дозволяє проводити аналіз даної підгрупи в рамках систематичного огляду. Цей аналіз підтвердив, що загальні рекомендації щодо проведення лікування є придатними до застосування в цій групі, хоча результати можуть бути не такими сильними. Конкретні питання, які необхідно враховувати при лікуванні військових/ветеранів, представлені тут. Як зазначалося у передмові до цього розділу, інформація,

представлена в даному розділі, розроблена на основі думок експертів щодо застосування рекомендацій для цієї категорії населення, а не на основі систематичного огляду емпіричних даних. (Зауважимо, що термін "ветеран" використовується, щоб описати як колишніх членів збройних сил, так і дійсних членів збройних сил, які один або декілька разів приймали участь в бойових завданнях).

### **Довідкова інформація**

Військовослужбовці зтикаються з переживанням різноманітного досвіду, який може сприяти виникненню ПТСР, у тому числі і військово-специфічні події і психотравми, що мають спільний вплив на все населення. Дослідження австралійських збройних сил показує, що найбільш поширеними травмуючими подіями, впливу яких зазнають військовослужбовці, є споглядання когось важко пораненого або вбитого, або несподіване споглядання мертвого тіла. У плані розвитку ПТСР найбільшу небезпеку становить отримання наступного досвіду: бути свідком звірств, випадкове поранення або вбивство іншої людини, на додаток до таких міжособистісних травм, як згвалтування, насильство в сім'ї, переслідування, викрадення або перебування в полоні.

Під час проведення бойових операцій для військовослужбовців не є рідкістю багаторазове переживання травмуючих подій. Військові операції часто пов'язані з реальною смертю або її загрозою і важкими травмами, які можуть призвести до ПТСР. Крім того, характер травматичних подій, пережитих під час військових операцій, може кидати виклик основоположним переконанням про себе, світ і людяність. Наприклад, травмуючі події можуть включати смерть мирних жителів і руйнування громад в таких масштабах, в які часто важко повірити або для яких ветеран недостатньо підготовлений. Самі військовослужбовці можуть здійснювати акти насильства, які внаслідок своєї непередбачуваності або емоційного відсторонення від події, можуть вважатися звірствами – такі переживання можуть зруйнувати попередні уявлення про власну особистість.

Все частіше збройні сили беруть участь в гуманітарних і миротворчих місіях, під час яких військовослужбовці потрапляють у ситуації значних людських страждань без будь-якої безпосередньої загрози для себе. Спочатку вважалося, що миротворці мають низькі показники впливу травматичних стрес-факторів. Ряд недавніх досліджень, однак, вказує на те, що миротворчі місії можуть зазнавати ряду унікальних стресорів, які можуть вчинити значний психологічний вплив на військовослужбовців. Наприклад, в одних дослідженнях миротворці повідомили про негативний досвід, отриманий під час проведення операцій, в тому числі про те, що багато військових злочинців не були арештовані, що вони бачили дітей, які стали жертвами війни, мирних жителів у відчаї, фізичне руйнування інфраструктури країни і навколишнього середовища, брак продовольства для цивільного населення. Крім того, миротворці часто відчувають розчарування, пов'язані з виконанням миротворчих обов'язків, а саме з правилами, що обмежують їх участь.

Розуміння психологічних основ першочергових уявлень та розвитку психологічної готовності, які надаються чинним членам або ветеранам збройних сил, є дуже корисними. Враховуючи пов'язаний з війною характер травматичних подій, пережитих багатьма ветеранами, вони можуть передбачати негативні оцінки з боку клініциста. Для ефективної роботи з військовослужбовцями клініцист повинен продемонструвати готовність вислухати і здатність бути терпимим до травматичних переживань, зберігаючи при цьому позитивне відношення до особистості вцілому.

Нарешті, є деякі підстави припускати, що призивники мають високий рівень за показниками фізичного насильства в дитинстві, сексуального насильства та відсутності піклування, а також високий рівень сімейної дисфункціональності, порівняно зі спільнотою в середньому, і що ці фактори мають особливо важливе значення для розвитку ПТСР у даній групі населення. Лікар повинен бути обізнаним про таку довійскову історію, так як є ймовірність впливу на створення терапевтичних стосунків, а також на планування лікування.

### **Прояви**

Дослідження в США, проведені по відношенню до цілого ряду конфліктів, вказує на те, що ПТСР впливає на 2-17% ветеранів в будь-який із взятих періодів часу. Австралійські дані обмежені, однак наявні дані свідчать про те, що цифри, опубліковані Річардсон і колегами є

актуальними в австралійському контексті. Наприклад, найвищий рівень поширеності ПТСР становить близько 12% у ветеранів В'єтнаму, 5% у ветеранів війни в Перській затоці і 8% у діючих членів австралійських збройних сил. Наявні симптомами в цій групі, як правило, дещо відрізняються від інших жертв травматичного стресу. Асоціація між впливом психотравми і психотравмою на робочому місці означає, що ПТСР часто не безпосередньо представлений в цих випадках. Наприклад, окремі труднощі можуть проявлятися у вигляді збільшення кількості конфліктів зі старшим персоналом на основі різних оперативних і дисциплінарних питань. Крім того, симптоматика дистресу може продовжуватись тривалий час, який вони намагаються звести до мінімуму і заперечувати. У загальному сенсі товариство і колегіальна підтримка в армії часто допомагають особистості у збереженні зовнішніх проявів дієздатності. Відсутність просування по службі або дисциплінарне покарання можуть бути наслідками підвищеної дезорганізованості особистості, і часто стають центром, навколо якого проявляється її дистрес. Непрямий прояв дистресу людини може затримати проведення відповідної оцінки і постановки діагнозу.

Клінічні прояви дистресу у цих ситуаціях можуть виникати у різний спосіб. Наприклад:

- Індивід може спочатку протягом тривалого періоду проявляти підвищений рівень заціпеніння і міжособистісної нечутливості. Це може проявлятися у вигляді недоречного управління молодшим персоналом або конфліктів з начальством.

- Міжособистісний конфлікт з сім'єю і, зокрема, спалахи агресії – це ще один непрямий прояв, який спочатку може бути доведений до відома служб соціального забезпечення вторинною жертвою, такою як, наприклад, дружина.

- Коморбідний алкоголізм також не є рідкісним проявом, за допомогою якого особа намагається займатися самолікуванням. Труднощі, пов'язані з міжособистісними відносинами і роботою, можуть спричиняти інші проблеми у соціальній або трудовій сферах.

- Соматичні скарги можуть бути першочергово заявленими проблемами. Ветерани з ПТСР, як правило, мають більше фізичних симптомів і їх тяжкість є вищою, ніж у ветеранів без ПТСР. Може бути так, що, враховуючи стигматизацію, пов'язану з проблемами з психічним здоров'ям, повідомлення про наявність дистресу у вигляді соматичних симптомів сприймається як більш прийнятне, ніж прояв ознак ПТСР.

- Інтенсивні прояви дистресу можуть виникати у відповідь на нещодавню травматичну подію, навіть якщо вона, на перший погляд, є незначною. Недавні події, однак, можуть мати деякі подібності до попереднього впливу – можливо, більш серйозна подія відіграла важливу роль в початковому порушенні індивідуальної сприйнятливості до стресу. Отже, необхідно оцінити прояв симптомів за певний період часу, а також прояви гострої дезорганізації у відповідь на нещодавній вплив.

- Особи, які залишають військову службу, можуть звертатися по допомогу через деякий час після їх звільнення. Втрата ідентичності та підтримки через структури організації, яка надавала значення функціонуванню індивіда, може призвести до поступового виникнення симптомів ПТСР, у тому числі тяжких спогадів і кошмарів.

### **Оцінка**

Систематичний скринінг відіграє важливу роль у виявленні ПТСР у військовослужбовців, які зазнають високого ризику повторного впливу або які приймали участь у нещодавній операції або у великій події, яка несе в собі істотний ризик ПТСР. Останні дослідження свідчать про те, що він може також відігравати важливу роль на етапі до проведення операції. Тим не менш, необхідно визнати, що прояв симптомів може бути відстрочено, що вказує на значення річної оцінки здоров'я понад початкового терміну перевірки. Застосування скринінгових опитувальників слід розглядати лише як початковий етап, що передуює більш систематичному діагностичному обстеженню досвідченим лікарем осіб, які потрапляють до групи ризику.

Ряд психометричних інструментів був перевірений у збройних силах на предмет виявлення ними появи симптомів. Враховуючи проблеми з відсутністю повідомлень про свій стан, може бути корисним використання інструментів з більш низькими пороговими значеннями для визначення напряду клінічного оцінювання. Будь-який процес відбору повинен також регулярно

супроводжуватися проведенням інтерв'ю для фіксації частки осіб, які потребують зняття стигматизації.

Виміри впливу травми і симптомів психічного здоров'я повинні гнучко застосовуватися щодо характеру впливу. Посттравматичний контрольний перелік (описаний в таблиці 2.3) має військову версію, яка вивчає цю проблему, оскільки вона не просто фокусується на впливі однієї травматичної події, але, скоріше за все, говорить більш загально про 'військовий досвід'. Значна робота була опублікована в літературі щодо кінцевих точок Посттравматичного контрольного переліка, які є показником діагнозу ПТСР для звернення за медичною допомогою ветеранів.<sup>59</sup> Проте, слід визнати, що оптимальні оцінки відсікання дуже специфічні для конкретних популяцій. Тому, враховуючи необхідність мінімізації хибно-негативних результатів (тобто звести до мінімуму ймовірність пропустити когось, хто має ПТСР), точка відсічення 30 може бути більш відповідною, коли Посттравматичний контрольний перелік використовується для скринінгу і виявлення цілей. Була розроблена коротка версія Посттравматичного контрольного переліка для використання в якості скринінгового вимірювання у популяції військових.<sup>60</sup>

Особи з інвалідністю, пов'язаною з роботою, часто опиняються в складному конфлікті, коли шукають допомоги, оскільки це може призвести до значної дискримінації та нерівності на робочому місці. Це визнана складність при зверненні до служб гігієни праці і має особливе значення для військової популяції, де несприятлива оцінка стану здоров'я може зробити людину непридатною для роботи. Потенціал стигматизації проблем психічного здоров'я як ознака слабкості в 'культурі воїна" військовослужбовців також може бути важливою перешкодою в лікуванні. Ця ситуація вимагає високого рівня кваліфікації оцінки лікаря. Важливо, щоб керівники, які знайомі з нормальними можливостями особи, знали про опосередкований прояв впливу ПТСР на робочому місці так, щоб робити відповідні направлення. Медичний працівник повинен мати доступ до кадрової документації (яка може, наприклад, підкреслити відсутність або повідомити про дисциплінарні заходи через агресію або зловживання психоактивними речовинами) для надання допомоги в клінічній оцінці.

Клінічна картина військовослужбовців і ветеранів нечасто виникає після первісного впливу одного травматичного інциденту. Більш типовий сценарій, де людина ламається після багатократних дослідів різних травматичних інцидентів, які тягнуть за собою різного ступеня відчуття особистої загрози, часто в поєднанні зі свідомствами травм або смерті інших. Ступінь, в якому конкретний інцидент персоналізований через деяке ототожнення з подією або потерпілим, грає важливу роль у зміні стійкості і уразливості індивіда. Розгортання військових контингентів, які передбачають тісні особисті контакти з цивільними людьми (або навіть ворогами), несуть певний ризик.

Наявні дані свідчать, що тривалий вплив інтенсивної неоднократної експозиції протягом певного періоду часу призводить до накопиченого ризику (див., наприклад, Smid et al.<sup>61</sup>). Хоча існує навіть певний взаємозв'язок між розгортаннями військ і рівнем симптоматики, інтенсивність травми або бойовий вплив виявляються більш важливими, ніж фактична кількість військових розгортань в прогнозуванні психічного здоров'я.<sup>47</sup> Як наслідок, застосовуються рекомендації щодо комплексної оцінки індивідуальних травм в анамнезі (див. розділ 2); історії, отримані від військовослужбовців, повинні фокусуватися на тривалості впливу, а також безпосередній попередній події, яка може підказати направлення на лікування.

### **Лікування**

Особлива складність з ветеранами і військовослужбовцями полягає у застосуванні лікування якомога раніше. Використання принципів вторинної профілактики зводить до мінімуму розвиток серії вторинних моделей адаптації, які самі по собі можуть представляти істотний недолік. Особливе значення має система надання допомоги, яка включає раннє виявлення за допомогою проведення скринінгу та попередження стигматизації на робочому місці. Важливим пріоритетом у стимулюванні загальних змін у відносинах у даній організації є розвиток висококваліфікованих кадрів. Досвід роботи з ветеранами і військовослужбовцями також має важливе значення для клініцистів, оскільки розуміння специфіки культури військової організації може мати найважливіше значення для розвитку позитивних терапевтичних відносин з людиною з ПТСР.

Ряд клінічних досліджень напрямків лікування ветеранів, як фармакологічних, так і психологічних, виявили, що подібне лікування буде менш ефективним для них, ніж для не військового населення з ПТСР. Однак, ці висновки не є переконливими, оскільки одне РКД психологічного лікування серед австралійських ветеранів з ПТСР з використанням когнітивної терапії переробки виявило його високу ефективність у цій групі населення. Більш скромні результати в ряді досліджень можуть бути пов'язаними з характеристиками самих ветеранів (чоловіча стать, характер і тривалість травмуючих переживань, хронізація ПТСР, високий ступінь супутніх патологій), менш скрупульозним проведенням втручань, що зазвичай використовуються з цією групою населення, або потенційно ускладнюючими факторами, що стосуються ветеранських компенсацій, пенсій та інших допомог. Всі ці чинники часто пов'язані з більш скромними показниками результатів лікування. Може бути корисним приділення особливої уваги наступним моментам:

- Під час планування лікування необхідно враховувати множинність травматичних впливів, з якими військовослужбовці мали справу і, як результат, з виникненням множинних 'тригерів' або травматичних нагадувань.

- Багато симптомів ПТСР, у тому числі безсоння, перебільшена реакція переляку, гнів та емоційне заціпеніння, можуть бути адаптивними і навіть рятівними в бойових ситуаціях. Вирішення цих питань може мати особливе значення для тих осіб, які мали тривалий період служби, де ці реакції міцно вкоренилися.

- Наявність коморбідного зловживання психоактивними речовинами є частою терапевтичною проблемою. Це повинно враховуватися під час первинної діагностики симптомів дистресу. Цей підхід бере до уваги той факт, що вживання алкоголю є часто формою самолікування, яке індивід використовує для вирішення своїх проблем.

- У зв'язку з характером системи компенсації ветеранів деякі люди можуть сприймати особисту зацікавленість у збереженні симптоматики до тих пір, поки всі розгляди, пов'язані з їх претензіями, не будуть завершені. Терапевти радять вирішувати це питання з пацієнтом, перш ніж починати лікування. Відкрите обговорення плюсів і мінусів збереження симптоматика часто може бути корисним.

Особливу проблему при роботі з чинними військовослужбовцями становить управління стрес-факторами на робочому місці в період відразу ж після закінчення лікування. Загалом, важливо прибрати зовнішні загрози і тригери, які можуть спричинити дистрес. Модель сенсibilізації та розпалювання (при повторних переживаннях травматичних інцидентів викликала підвищення чутливості і поступово більш тяжкі реакції з плином часу) – це цінна теоретична конструкція для обґрунтування будь-якого когнітивно-поведінкового втручання.

Хоча ніяких емпіричних доказів не існує, розумно припустити, що задача визначення рекомендацій для майбутніх зобов'язань і, зокрема, фізичного стану, щоб почати наступне лікування ПТСР, повинна засновуватися на залишковому типі активації, ступені відновлення і загальній адаптації. Якщо злишається дистрес значного ступеня, вірогідно, що існує ймовірність того, що подальша експозиція призведе до загострення окремих симптомів. У цих випадках краще всього мінімізувати ймовірність таких дій і порекомендувати альтернативні зобов'язання. Інші фактори можуть включати нинішні обставини (особливо підтримка мереж у межах і поза військ частин), тривалість і вираженість останнього епізоду і попередні фактори ризику, такі як важке дитинство, інші травматичні епізоди, попередній психіатричний анамнез. Ключовим додатковим питанням повинно бути бажання людини – чи вона хоче щось змінити? Розумно припустити, що рецидив буде більш ймовірним, якщо людина не хоче змін.

### **ПЕРСОНАЛ АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНИХ СЛУЖБ**

Як зазначалося у передмові до цього розділу, інформація, представлена в даному розділі, розроблена на основі думок експертів щодо застосування рекомендацій для цієї категорії населення, а не на основі систематичного огляду емпіричних даних. Є достатньо досліджень, виявлених в ході систематичного огляду, серед яких є учасники, які були представниками аварійно-рятувальних служб, що дозволяє проводити аналіз даної підгрупи в рамках

систематичного огляду. Цей аналіз підтвердив, що загальні рекомендації щодо проведення лікування є придатними до застосування в цій групі, хоча результати можуть бути не такими сильними. Радше, це питання адаптації рекомендацій до конкретних потреб цієї групи населення.

### **Довідкова інформація**

Працівники аварійно-рятувальних служб протягом їх служби постійно піддаються впливу різноманітних травмуючих подій або надзвичайних ситуацій. Такі події можуть включати: свідомість жахливих сцен, неспроможність перешкодити смерті або серйозним травмам іншої людини і особистий ризик травми або смерті. Клінічні прояви у персоналу аварійно-рятувальних служб часто виникають після першого впливу одного травматичного інциденту. Більш поширеним є процес накопичення, де повторні переживання травматичних інцидентів в результаті викликають все більш тяжкі реакції з плином часу. З цим також пов'язаний конструкт розпалювання (збудження), в результаті чого постійний вплив травмуючих подій призводить до підвищення реактивності, наприклад, події, які б раніше не викликали реакції, стають тригером для окремих психічних симптомів. Переживання впливу кумулятивної травми пов'язане з підвищеним ризиком виникнення розладу; працівники, які довго працюють у подібній службі, частіше, ніж новобранці мають психічні проблеми зі здоров'ям, такі як ПТСР.

Персонал аварійно-рятувальних служб, швидше за все, зазнає більшого впливу від деяких інцидентів, ніж інші; міра, з якою конкретний інцидент персоналізується через ототожнення з подією або з потерпілим, грає важливу роль у зміні ступеню стійкості й уразливості індивіда. На відміну від представників інших аварійно-рятувальних служб, співробітники поліції можуть також стикнутися з пораненням або вбивством іншої людини під час проходження служби. До провокуючих факторів для виникнення проблем з психічним здоров'ям, що з більшою ймовірністю можуть призвести до ПТСР, ніж інші проблеми, відносяться такі, як депресія або вживання алкоголю.

Крім того, персонал аварійно-рятувальних служб піддається значному впливу стресорів на робочих місцях, таких як довгі години чергування, фізичні навантаження, міжособистісні конфлікти, бюджетні обмеження тощо. Існує ряд доказів того, що щоденні стресори низького рівня впливу можуть бути тісніше пов'язані з розвитком ПТСР, ніж досвід переживання однієї надзвичайної ситуації.

Приблизно 10% рятувальників мають ПТСР, хоча рівень поширеності може змінюватись в залежності від умов служби. Результати метааналізу дозволяють припустити, що наявність захворювання є найбільш поширеною серед працівників швидкої медичної допомоги (15%), з більш низькими показниками у пожежних (7%), поліції (5%) та інших рятувальників (13%). Однак, поліцейські були включені в метааналіз Бергера лише, якщо вони зазнавали впливу природних катастроф; загалом поширеність ПТСР серед поліції коливається від 7 до 19%.

### **Прояви**

Персонал аварійно-рятувальних служб часто реагує на травматичний досвід по-іншому, ніж інше населення, що постраждало від психотравми; у звітах отримані такі реакції, як гнів або почуття провини, а не емоції, такі як страх чи жах, які часто зустрічаються серед цивільного населення, які пережили травму. Дійсно, гнів є серйозною проблемою в цій групі населення. Існування гніву може вплинути на розвиток ПТСР після критичного інциденту, в той час як ПТСР, у свою чергу, пов'язаний із зростанням гніву. Є очевидним, що за своєю природою і впливом на роботу і міжособистісні відносини, гнів більш імовірно приверне увагу до особи, ніж внутрішні прояви дистресу. Вживання психоактивних речовин є ще однією поширеною проблемою з тих же причин. З точки зору симптомів ПТСР, персонал, який зазнав особливо частого впливом критичних інцидентів, може частіше звертатися з яскраво вираженим перезбудженням.

Більшість буде відчувати значний субсиндромальний дистрес, який може вплинути на їх здатність до відновлення після травматичних подій у майбутньому і збільшити ризик розвитку ПТСР. Субсиндромальні симптоми ПТСР можуть призвести до подібних рівнів інвалідності і розвинути в повномасштабний розлад та інші проблеми, пов'язані з проблемною поведінкою, такі як пияцтво.

### **Оцінка**



Систематичний скринінг потенційно відіграє важливу роль у виявленні ПТСР серед персоналу аварійно-рятувальних служб. Не було знайдено інформації про велику користь від скринінгу, що проводиться до впливу травматичної події. Проведення скринінгу після впливу може бути більш корисним і, як правило, повинне зосереджуватись на службовцях, які демонструють один або більше факторів ризику, таких як історія попередніх психіатричних захворювань, повторюваний вплив фатальних або гротескних подій, погіршення продуктивності, міжособистісні конфлікти або зловживання алкоголем. Тим не менш, скринінг відразу після травмуючого впливу може не виявити осіб, які переживають прояв клінічно значущих симптомів з відкладеним початком, і тому рекомендується планове щорічне обстеження.

Є ряд методичних інструментів для скринінгу та оцінки, які були розроблені спеціально для використання у працівників аварійно-рятувальних служб. Занижена частота повідомлення про дані симптоми є поширеною через побоювання нерівності і дискримінації, і тому може бути корисно застосовувати більш низькі порогові значення для визначення направлення на клінічну оцінку.

При оцінці ризику або наявності ПТСР у персоналу аварійно-рятувальних служб, фахівці-практики повинні враховувати частоту і тяжкість травмуючого впливу. Дослідження з поліцією свідчать про те, що чим рідше виникають подібні події (тобто це менше вважається нормальною частиною роботи), тим більше вони сприймаються як травматичні.

Наявні дані свідчать, що тривалий вплив психотравми або її повторний інтенсивний вплив з плином часу призводить до накопичення ризику. Як наслідок, необхідно проводити комплексну оцінку психотравматичної історії; в історіях, отриманих від персоналу аварійно-рятувальних служб, необхідно зосереджуватись на впливі протягом життя, а також на подіях, які були безпосередніми попередниками і які можуть підказати напрямок для лікування.

Особи, які мають трудову інвалідність, часто опиняються в складній ситуації з приводу пошуку допомоги, оскільки це може призвести до значної дискримінації та нерівності на робочому місці. Це є визначною проблемою при зверненні до служб гігієни праці і має особливу актуальність для працівників аварійно-рятувальних служб, де негативна оцінка здоров'я може зробити людину непридатною для військових обов'язків. Ця ситуація вимагає високого рівня майстерності від лікаря. Важливо, щоб керівники, які знайомі з нормальним станом особи, мали можливість мати деяку обізнаність про опосередковані прояви впливу ПТСР на робочому місці для надання відповідної допомоги. Лікар повинен мати доступ до кадрової документації (яка може, наприклад, підкреслити відсутність або повідомити про дисциплінарні заходи через агресію або зловживання психоактивними речовинами) для надання допомоги в клінічній оцінці.

### **Лікування**

Обмежена кількість досліджень заходів лікування були проведені серед цієї групи населення, хоча наявні дані підтверджують актуальність стандартних рекомендацій з лікування ПТСР.

Після надзвичайної ситуації рекомендовано надання експертної психологічної підтримки у якості стратегії вторинної профілактики. Було виявлено декілька рекомендацій з успішного надання екстреної психологічної підтримки, загальними принципами для якісного планування таких програм є інтегрованість та адаптованість до конкретної організації і доступність як чинним співробітникам, так і тим, що нещодавно покинули службу.

Як і для інших груп населення, які стикаються з ПТП на регулярній основі, важливо заохочувати персонал аварійно-рятувальних служб звертатися за лікуванням якомога раніше. Ефективне раннє втручання зводить до мінімуму розвиток вторинних проблем та ескалацію підпорогових симптомів у розлад і підвищує шанси на швидке повернення до повного функціонування. Таким чином, доброзичлива й освідчена культура на робочому місці поряд зі стратегіями, спрямованими на раннє виявлення, такі як скринінг та лікування стигматизації на робочому місці, мають особливе значення.

Після виявлення ПТСР мають застосовуватись загальні рекомендації у відношенні лікування, викладені раніше. Може бути корисним приділити особливу увагу наступним моментам:

- Планування лікування повинно враховувати множинність травматичного впливу, з якими доводилося мати справу персоналу аварійно-рятувальних служб, і як результат 'тригери' або травматичні нагадування.

• Багато симптомів ПТСР, у тому числі безсоння, перебільшена реакція переляку, гнів та емоційне заціпеніння, можуть бути адаптивними і навіть сприяти порятунку життя в деяких ситуаціях, з якими стикаються працівники аварійно-рятувальних служб. Вирішення цих питань може мати особливе значення для тих осіб, які мають тривалу вислугу, в яких ці реакції можуть міцно вкоренитися.

Особливу проблему при роботі з персоналом аварійно-рятувальних служб складає потенціал подальшого впливу психотравми під час лікування. У більшості випадків, створення безпечних умов є важливим попередником початку проведення травмофокусованої терапії або будь-якого іншого терапевтичного втручання. Однак, це рідко допомагає вилучити людину з робочої ситуації повністю. Такий підхід створює проблеми в плані повсякденної діяльності, планування і проведення реабілітації та ускладнює повернення на роботу. Скоріше, можливість виконання іншої (не польової) ролі на роботі забезпечує доступ до організаційної і колегіальної підтримки, структурування дня і почуття самоповаги, що може значно полегшити одужання. В умовах, коли неможливо уникнути травматичного впливу, все ж можна отримати користь від травмофокусованої терапії. Цьому має передувати ретельна оцінка копінг-ресурсів особистості і наявної підтримки.

Хоча емпіричні дані відсутні, резонно припустити, що рішення щодо придатності для повернення до виконання звичних обов'язків після лікування повинно ґрунтуватися на індивідуальних показниках збудливості, ступені відновлення і загальній адаптації. Якщо значний ступінь дистресу, пов'язаного з травматичним нагадуванням, залишився, існує ймовірність того, що подальший вплив призведе до загострення окремих симптомів. У цих випадках краще всього звести до мінімуму ймовірність таких дій і порекомендувати виконання альтернативних завдань. Інші фактори можуть включати нинішні обставини (особливо підтримка мереж у межах і поза військових частин), тривалість і вираженість останнього епізоду і попередні фактори ризику, такі як важке дитинство, інші травматичні епізоди, попередній психіатричний анамнез. Ключовим додатковим питанням повинно бути бажання людини – чи вона хоче повернутися до тієї ж польової роботи? Розумно припустити, що рецидив буде більш ймовірним, якщо людина не хоче повертатися до своїх колишніх обов'язків. Таким чином, для персоналу аварійно-рятувальних служб, який знаходиться на лікарняному в результаті ПТСР, повернення до праці є важливою задачею лікування. У той час як уникаюча форма поведінки може представляти собою бар'єр для всього, дослідження показують, що ті особи, які повертаються до роботи після травматичного впливу, пов'язаного з виконанням службових обов'язків, мають більше шансів вилікуватися, ніж ті, хто не повертається. Заходи, що проводяться на робочому місці, можуть допомогти в поліпшенні як роботи, так і психічного здоров'я.

## **ПТСР У ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ**

Як зазначалося у передмові до цього розділу, інформація, представлена в даному розділі, розроблена на основі думок експертів щодо застосування рекомендацій для цієї категорії населення, а не на основі систематичного огляду емпіричних даних.

Хоча кілька досліджень, виявлених в ході систематичного огляду, зосереджені на літніх людей, існує мало свідчень того, що необхідні різні підходи до лікування. Радше, це питання адаптації рекомендацій до конкретних потреб цієї групи населення.

### **Довідкова інформація**

У 2011 році 14% австралійців мають вік 65 років і старше, у порівнянні з лише 4% століттям раніше.<sup>77</sup> Поки покоління Бебі-Бумерів старшає та очікувана тривалість життя продовжує зростати, цей показник буде значно зростати, досягаючи до 25% до середини цього століття.<sup>78</sup> Таким чином, літні австралійці є швидко зростаючою і часто непомітною популяцією людей, які пережили травму.

Літні люди з ПТСР можуть бути класифіковані на два великі класи. Перший – це ті, хто пережив травматичні події багато років або десятиліть тому, в тому числі такі субпопуляції, як ветерани війни, наприклад у В'єтнамі, Кореї та Другої світової війни, люди, які пережили

Голокост, і діти колишніх біженців.<sup>79,80</sup> Літні люди, які зазнали травми раніше в житті, можуть мати хронічний ПТСР або процес старіння посилює вже існуючі симптоми ПТСР. Наприклад, захворювання або зниження фізичних можливостей може означати, що індивідуум не може управляти симптомами ПТСР, використовуючи свої попередні стратегії управління. У той же час вихід на пенсію та зменшення сімейних обов'язків означає менше відволікання від симптомів ПТСР.<sup>81</sup>

Друга група літніх людей з ПТСР – це ті, хто зазнав травми порівняно недавно у дорослому віці. Низка факторів може викликати більший ризик травми у літніх людей. Наприклад, вони з меншою імовірністю можуть швидко уникнути небезпечної ситуації, і зменшення часу реакції може утруднити уникнення транспортного засобу або інших нещасних випадків. У разі стихійного лиха літні люди з меншою ймовірністю можуть отримати ранне попередження через системи автоматичних текстових повідомлень. Ця група також з більшою імовірністю може отримати фізичні травми в результаті нещасного випадку або катастрофи і мати серйозні медичні ускладнення.

Щоб зрозуміти травматичну пам'ять у цій популяції, важливо враховувати вплив процесу старіння на когнітивні функції. У більшості людей існує низька ймовірність розвитку когнітивного дефіциту (в таких областях, як когнітивна гнучкість, формування концепції, встановлення цілей, планування і організація) принаймні до їх вісімдесятилітнього віку.<sup>82</sup> Деменція найчастіше зачіпає людей у віці 65 років і старше і, як правило, викликається хворобою Альцгеймера.

Встановлено, що близько 9% австралійців у віці понад 65 років і 30% людей у віці 85 років і старше страждають на деменцію<sup>83</sup>. Існує низка доказів з вибірки ветеранів, що деменція частіше зустрічається у літніх людей з ПТСР, хоча природа цього взаємозв'язку не зрозуміла; не виключено, що ПТСР збільшує ризик деменції або що загальний фактор ризику стимулює розвиток обох захворювань.<sup>84,85</sup> Дослідження в інших групах жертв, таких як жертви Голокосту, показало аналогічні показники деменції, що і групі без травм.<sup>86</sup> Незважаючи на це, наявність когнітивних порушень має значення для оцінки та лікування ПТСР, як описано нижче.

### **Прояви**

Хоча можна очікувати, що сукупний впливу травм протягом життя в результаті призведе до більш високих показників ПТСР у літніх людей, насправді, ПТСР має тенденцію бути менш поширеним у літніх людей, ніж у більш молодих людей.<sup>87,88</sup> Згідно з даними дослідження Австралійського суспільства, 4% чоловіків і 6% жінок у віці 18-24 років були діагностовані з ПТСР, порівняно з 0,4% чоловіків і ще менше жінок у віці 65 років і старше.<sup>89</sup>

Як і в молодших вікових групах, дослідження літніх людей підтримує існування окремих груп із симптомами уникнення ПТСР і оніміння.<sup>90,91</sup> Існує ряд доказів, що ПТСР має тенденцію бути менш вираженим у літніх людей, зі зниженням повторного переживання симптомів, але збільшенням уникнення симптомів. Тим не менш, для багатьох літніх людей травматичні спогади залишаються дуже руйнівними і є серйозною перешкодою для комфортного сну серед мешканців будинку престарілих.<sup>93</sup> Можна припустити, що вікове погіршення когнітивних функцій робить важчим контроль або пригнічування болючих спогадів про минулі травми. Літні люди з ПТСР також мають значно більш високий ризик розвитку інших проблем психічного здоров'я, особливо депресії і тривоги,<sup>94</sup> тому часто зустрічається помилковий діагноз.<sup>92</sup>

Зокрема, серед літніх ветеранів поширеними є заперечення або уникнення психіатричних симптомів, а також зловживання алкоголем.<sup>81</sup> Окремі повідомлення припускають, що особливо у чоловіків літнього віку збільшення збудженої та агресивної поведінки може бути пов'язано з виникненням ПТСР; якщо так, це має значення для управління поведінкою.

Хоча, як правило, літні люди менш схильні до розвитку значних проблем з психічним здоров'ям після травми, стихійні лиха можуть становити певну небезпеку для їх психічного і фізичного благополуччя.<sup>95,96</sup> Люди похилого віку, що пережили стихійне лиха, з більшою ймовірністю переживатимуть реакції горя та виниз пррводу того, що вони вижили, ніж молоді люди, особливо якщо молодші члени родини загинули. Літні люди можуть бути менш схильні до переїзду після лиха, воліючи залишатися в своїй громаді, і є деякі свідчення того, що ті, хто переїжджає, має більш високий ризик розвитку ПТСР.<sup>97</sup> Інші фактори ризику більш серйозних

симптомів включають жіночу стать, більш високі рівні впливу стихійного лиха, а також використання поведінкових копінг-стилів та уникнення.<sup>95,98</sup> Незважаючи на те, що багато відчувають значний дистрес у зв'язку з наслідками стихійних лих, літні люди можуть бути менш схильні, ніж молоді звертатися до служб охорони здоров'я або загальних служб допомоги.

### **Оцінка**

Як правило, стандартні заходи скринінгу та оцінки (див. розділ 2) є придатними для використання у цій групі населення, хоча рекомендовані більш низькі порогові бали були, ніж у молодих дорослих.<sup>91</sup> Враховуючи потенціал тривалого травматичного впливу, це може бути корисним дізнатися про життєві перипетії, а також про подію, що безпосередньо передувє зверненню за лікуванням. Цікаво, що незважаючи на прогнозоване 'накопичення' травматичних подій, що відбулися протягом життя, літні люди дійсно схильні до повідомлення меншої кількості подій, ніж молоді люди.<sup>89</sup> Причини цього невідомі, але, ймовірно, включають кілька роз'яснень, в тому числі просте забування, переоцінка (в контексті всього життя, подія вже не вважається трагічною) і сором (наприклад, літні жінки неохоче визнають попереднє сексуальне насильство). У контексті сорому, літні люди можуть бути стурбовані стигмами психічного здоров'я і терапії і можуть неохоче розкривати свої травми в анамнезі. Забезпечення чіткого обґрунтування для оцінки і лікування може полегшити розкриття.<sup>92</sup> Важливо, що можуть бути наявними ряд інших фізичних і соціальних питань, які можуть вплинути на індивідуальні прояви, якість життя і здатність брати участь у травмофокусованій терапії. Комплексна оцінка не тільки симптомів ПТСР, але і більш широкого біопсихосоціального благополуччя людини, є важливим.

Оцінка повинна включати комплексний анамнез, в тому числі історію розвитку (наприклад, вагітність, народження та основні віхи), медичні, психіатричні аспекти, вживання психоактивних речовин та освітню/професійну історію. Якщо це можливо, використання інструменту когнітивного скринінгу рекомендується з метою встановлення як минулого, так і поточного когнітивного функціонування. Інструменти когнітивного скринінгу не замінюють необхідність комплексної діагностичної оцінки. Разом вони дають широке уявлення про те, чи пізнання людини є інтактним чи потребує більш уважного обстеження. Широко застосовувані методи скринінгу включають Mini Mental State Examination (MMSE),<sup>100</sup> Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)<sup>101</sup>, розроблені в Австралії для мультикультурного населення, і General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG)<sup>102</sup>, також розроблені в Австралії для когнітивного скринінгу у загальній практиці. Пацієнтів з ознаками труднощів або когнітивних проблем слід направити на подальше обстеження до спеціалістів, таких як клінічний нейропсихолог, геріатр, невролог або психіатр з досвідом в постановці діагнозу у літніх людей і виявлення основних причин когнітивних порушень.

### **Лікування**

Докази підтримують використання стандартних підходів до лікування літніх пацієнтів з ПТСР, хоча можуть бути необхідні деякі зміни. Втома може спричинити бар'єр у літніх людей з ПТСР щодо участі у лікуванні.<sup>103</sup> Може знадобитися скорочення сеансів терапії або проведення раніше в той же день, щоб підвищити їх пильність.

Консультації з лікарем загальної практики пацієнт можуть допомогти встановити будь-який фізичний стан, який може вплинути на здатність пацієнта брати участь у терапії.<sup>92</sup> Хоча деякі автори радять проявляти обережність у використанні експозиційної терапії у літніх пацієнтів, які мають серцево-судинні захворювання (через потенційну небезпеку, яка представляє собою високе фізіологічне збудження), інші вважають, що коли пацієнт оцінений належним чином і експозиційна терапія проводиться у власному темпі пацієнта, експозиційна терапія може бути дуже корисною (і безпечною), навіть у пацієнтів зі значними серцево-судинними захворюваннями.<sup>103</sup> Також було показано, що експозиційна терапія є ефективною у лікуванні літніх ветеранів з хронічним ПТСР.<sup>104</sup>

Для літніх пацієнтів з певним рівнем когнітивних порушень можуть бути корисними наведені нижче поради:

- Як і у випадку багатьох пацієнтів з ПТСР, поведінкові втручання, такі як релаксація та інші методи скорочення порушення або планування заходів, часто легше зрозуміти, ніж когнітивні

елементи КПТ. Їх ранній початок може допомогти зміцнити впевненість і взаємодію людини з підходом КПТ.

- Практичні рішення щодо наявності тригерів травми можуть бути більш ефективними, ніж спроби когнітивної реструктуризації по відношенню до значущості тригерів. Наприклад, когнітивно нездорові особи, що пережили Голокост, для яких душ служить нагадуванням концтаборів, можуть бути задоволені використанням ручного душу.<sup>105</sup> Природно, що просвіта і залучення постачальників медичних послуг має вирішальне значення в розробці та здійсненні таких заходів.

- Використовуйте сильні і слабкі сторони, виявлені з допомогою нейропсихологічних тестів, щоб адаптувати проведення терапії. Наприклад, використовуйте схематичні зображення, щоб пояснити поняття пацієнтам, які мають добру зорову пам'ять.

- Уповільніть процес терапії, фокусуючись лише на парі понять кожної сесії, і максимально використовуйте перегляди і повторення.

- Використовувати різні засоби запам'ятовування, де це можливо. Наприклад, дайте пацієнту записи вправ на розслаблення, схематичні зображення або письмові резюме, використовуйте календарі/щоденники або контрольні картки, які можна носити з собою у гаманці, і максимально використовуйте техніку, наприклад, нагадування у телефоні.

- Це може бути корисно заручитися підтримкою «партнера для терапії» (тобто, члена сім'ї або близького другу), хто може допомогти зміцнити терапевтичні техніки у період між зустрічами. Важливо стимулювати повторювати практичні навички в домашніх умовах, і партнер для терапії може виявитися корисним у стратегіях реалізації.

#### **Напрями майбутніх досліджень**

Хоча останнім часом з'явилися декілька нових досліджень, як і раніше, бракує якісних досліджень з ПТСР в осіб похилого віку. Дослідження належного дизайну, які поглиблюють наше розуміння природи та лікування ПТСР у людей літнього віку, будуть корисними, особливо тому, що наше населення продовжує старіти. Деякі напрями досліджень, які слід розглянути, включають:

- Який взаємозв'язок між когнітивним зниженням (зокрема деменцією) та виникненням або загостренням ПТСР? Які механізми задіяні і в якій мірі травматичні спогади, швидше за все, виникають на поверхні вперше (або вперше за багато років)?

- Чи посттравматичний синдром є фактором ризику деменції? Якщо так, то як це впливає на прояв деменції і які наслідки раннього втручання?

- Який взаємозв'язок між ПТСР і появою проблем керування поведінкою, таких як збудження та агресія? Якщо є взаємозв'язок, то що це може означати стосовно підходів до втручання?

- Яким чином засновані на доказах психологічні підходи повинні бути адаптовані для літніх людей і чи є докази, які свідчать, що тип підходу, сфокусований на травмі, є більш відповідним, ніж інший, для цієї групи?

- Які фармакологічні підходи є найбільш ефективними в лікуванні ПТСР в осіб похилого віку?

#### **ЖЕРТВИ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД ТА ІНШИХ ТРАВМ**

Є достатньо досліджень, виявлених в ході систематичного огляду, які включають ДТП і постраждалих від травм, які дозволити аналіз підгрупи в рамках систематичного огляду. Цей аналіз підтвердив, що загальні рекомендації з лікування застосовні до цієї групи. Конкретні питання для розгляду в лікуванні постраждалих в ДТП представлені тут. Як зазначалося у передмові до цього розділу, інформація, представлена в даному розділі, розроблена на основі думок експертів щодо застосування рекомендацій для цієї категорії населення, а не на основі систематичного огляду емпіричних даних.

#### **Довідкова інформація**

Тридцять два дослідження в систематичному огляді включали учасників, які були жертвами ДТП або інших аварій. Більшість учасників дослідження були взяті з числа осіб, які надійшли в

лікувальний заклад після ДТП та інших аварій. Учасники були обрані з числа осіб з серйозними пошкодженнями, з числа госпіталізованих, або як мінімум з числа тих, хто звернувся в приймальне відділення для надання першої медичної допомоги. Жертви ДТП з менш тяжкими пошкодженнями, наприклад ушкодженнями м'яких тканин, могли також мати ПТСР, і багато питань, що розглядаються в даному розділі, також мають відношення до цієї групи. У цьому розділі розглядаються питання ПТСР у контексті фізичної травми, тому ті, хто вижили після ДТП з ПТСР і не понесли ніяких фізичних травм, не були включені. Орієнтовні рекомендації можуть бути застосовані до цієї групи без необхідності спеціального розгляду.

Приблизно 2% всіх австралійців щороку отримують досить серйозні травми і потребують госпіталізації. Важкі травми є основними причинами розвитку ПТСР в Австралії. ДТП є основними причинами отримання важких травм і тому вносять істотний внесок у рівень ПТСР в Австралії. Відповідно до загальних реакцій на травматичний досвід, зазначених в розділі 2, більшість осіб, які вижили після травми, будуть відчувати симптоми ПТСР (кошмари, нав'язливі спогади) в перші тижні після пережитої травми, але більшість з цих симптомів повинні зникнути протягом трьох місяців. Приблизно у 10-15% осіб, які вижили після травми, може розвинутися хронічне ПТСР.

Тяжкість травми стосовно відношення до смерті не прогнозує розвиток ПТСР. Тобто, особи, які стикаються з травмами, що загрожують життю, не більше схильні до розвитку ПТСР, ніж ті, хто зазнав серйозної травми, яка не загрожує життю. Хоча частота ПТСР в осіб з травмами м'яких тканин не встановлена, частота окремих видів травм м'яких тканин, наприклад, хлстових травм, відповідають частоті важких травм.<sup>107</sup> Проте, зв'язок між тяжкістю травми та ПТСР відрізняється при ЧМТ. Особи з тяжкою ЧМТ менш ймовірно матимуть ПТСР, у той час як ті, хто має легку ЧМТ, мають такі ж шанси на ПТСР, як і ті, у кого немає ЧМТ.

Ймовірно, це пов'язано з високим рівнем амнезії, якої зазнають особи з важкою ЧМТ – особи, які не пам'ятають подробиці події, менш ймовірно матимуть ПТСР. Для обговорення факторів ризику в даній популяції, див., наприклад, Bryant і співавтор.<sup>106</sup> або O'Donnell і співавтор.<sup>108</sup>

### **Прояви**

Загальні проблеми, що спостерігаються у людей, які вижили після травми, включають тривожні спогади і кошмари про аварію, безсоння, дратівливість, підвищена реакція страху, а також проблеми з концентрацією. Люди часто уникають ситуацій, які нагадують про ситуацію, в якій вони постраждали. Наприклад, ті, хто постраждав в ДТП, часто страшаються водити автомобіль і уникають серйозного руху. Особи, які вижили після нападу, часто уникають соціальних ситуацій, особливо тих, де може бути натовп осіб чи можуть бути присутні люди, які знаходяться під дією яких-небудь речовин. У деяких випадках люди починають уникати лікарень, не відвідувати зустрічі і відмовлятися від подальших операцій. Це може, в значній мірі, вплинути на їх фізичне відновлення. Лікарі повинні зважати на те, що багато з тих, хто вижили, можуть мати легке пошкодження головного мозку і не пам'ятати деякі епізоди події, в якій вони постраждали. Цікаво те, що хоча ці люди не можуть пригадати важливі аспекти події, вони все ще можуть відчувати страх і уникати ситуацій, які можуть нагадати їм про цю подію. Депресія є досить поширеним супутнім захворюванням ПТСР для тих, хто вижив.<sup>109</sup> Це особливо актуально для тих, хто пережив ортопедичні травми, процес відновлення після яких є досить тривалим. Втрата важливих ролей, фінансові труднощі і невизначеність щодо майбутнього часто сприяють депресії. Багато з тих, хто вижив, також відчувають хронічні болі, які викликають спогади про аварію. Це може призвести до індивідуального уникнення ситуацій, які можуть викликати нагнітання болю, наприклад лікувальна фізкультура або фізіотерапія.

### **Оцінка**

Є три основні питання, що стосуються тих, хто вижив після травм з ПТСР, які повинні бути розглянуті в ході оцінки.

По-перше, розуміння термінів оцінки. Існують переконливі докази, що багато симптомів ПТСР, які проявляються в перші два місяці, будуть слабшати в наступному періоді. Малоімовірно, що інтенсивні реакції на даний час зникнуть без втручання, тому вони вимагають

негайної уваги. Менш тяжкі реакції, які є спільними в даний період, наймовірніше пройдуть самі по собі і не потребують лікування.

По-друге, ті, що вижили після травми, мають супутні симптоми, які можуть мати наслідки для планування лікування. Як обговорювалося раніше, депресія, легкий струс і хронічний біль є основними проблемами, супутніми ПТСР, після серйозних пошкоджень. Важливо запитати про кожну з цих проблем для того, щоб визначити первинну проблему. Часто пацієнти зосереджуються на болі через його нав'язливу природу. Лікаря необхідно зосередити увагу на питаннях інтерв'ю, що особливо стосуються ПТСР або депресії, щоб не втратити важливу інформацію. У разі легкої ЧМТ необхідно відзначити, що люди можуть відповідати критеріям ПТСР, якщо вони засмучені нагадуваннями про подію, що спричинило за собою отримання травми (наприклад повернення до водіння), навіть якщо вони не можуть пригадати деякі важливі аспекти аварії. Мотиваційні запитання часто є проблемою для пацієнтів, які зазнали помірної чи важкої ЧМТ, і необхідно оцінювати, як ці проблеми можуть вплинути на участь в терапії.

По-третє, багато тих, хто вижив після травми, беруть участь у судових розглядах кримінального або цивільного призначення. Це питання може ускладнити планування лікування, бо це може спотворювати мотиваційну позицію пацієнта, особливо якщо юрист має особливе уявлення про ПТСР і його лікування. При проведенні оцінки необхідно дізнатися про статус судового розгляду.

### **Лікування**

Окремі державні органи та страховики часто направляють тих, хто вижив після травми, на лікування розладів психічного здоров'я, що виникли внаслідок аварії. Особливо це відноситься до ДТП і нещасних випадків на робочому місці. Лікар повинен бути ознайомлений з процедурами та правами держави, в якій він працює.

Лікування тих, хто вижив, має відбуватися відповідно до стандартних керівних принципів, з особливою увагою до кількох можливих модифікацій, які залежать від супутніх симптомів.

Хронічний біль є основною перешкодою для лікування ПТСР, оскільки може активно заважати зосереджуватися на завданнях терапії. Крім того, біль може виступати як нагадування про травму і ускладнювати лікування болю і ПТСР. Залежно від тяжкості болю, досягнення адекватного знеболення до початку лікування ПТСР може бути необхідним завданням. Рівною мірою, немає підстав припускати, що симптоми ПТСР грають причинну роль у розвитку і персистенції болю,<sup>110</sup> тобто, що біль може зменшитися після успішного лікування ПТСР.

Депресія, яка супроводжує ПТСР, як правило, призводить до більш тяжких клінічних симптомів. Як зазначено в рекомендаціях настанови, суїцидальні думки вимагають уважної оцінки і лікування до початку проведення експозиційної терапії.

Пацієнти з ЧМТ, які втратили спогади про аварію (або частково втратили спогади), можуть отримати більше користі від впливу природних ситуацій, які викликають тривогу, ніж від імагінальної експозиції. Такий підхід може бути більш вигідним, оскільки імагінальна експозиція може бути обмежена невеликою кількістю спогадів про травму, коли дефіцит уваги заважає зосередитися на травмуючих спогадах протягом тривалого часу. Особи з ЧМТ, яка впливає на їх здатність взаємодіяти в межах терапії, можуть отримати вигоду від стратегії мотиваційного інтерв'ю.<sup>111</sup>

Хоча експозиційна терапія вибирається в якості лікування для осіб, в яких ПТСР розвинувся після травми, лікар повинен знати, що будь-яка терапія, яка активно звертається до травматичної пам'яті, має потенціал її зміни і тому може бути піддана перевірці в суді. Деякі суди особливо стурбовані використанням гіпнозу та ДПРО як методів, які мають потенціал для зміни спогадів, пов'язаних з травмою. Таким чином, використання таких методів лікування може привести до нездатності пацієнта давати свідчення в суді. Рекомендується уникати таких методів лікування у випадках, які підлягають судовому розгляду. Якщо такі підходи використовуються в лікуванні, лікарю рекомендується проводити відеозапис всіх сеансів.

### **Робота з дітьми**

ПТСР зустрічається близько у 20% дітей після травматичного ушкодження.<sup>112</sup> Персонал відділення невідкладної допомоги повинен інформувати батьків або осіб, які здійснюють догляд,

про ризик розвитку ПТСР у їх дитини після травматичного ушкодження і повідомити їм, які заходи необхідно вжити, якщо розвиваються симптоми. Дітям та молодим людям з ПТСР необхідно запропонувати курс ТФ-КПТ, адаптованої у відповідності з їх віком, умовами і рівнем розвитку

### **ЖЕРТВИ ЗЛОЧИНІВ**

Як зазначалося у передмові до цього розділу, інформація, представлена в даному розділі, розроблена на основі думок експертів щодо застосування рекомендацій для цієї категорії населення, а не на основі систематичного огляду емпіричних даних.

Хоча декілька досліджень, виявлені в систематичному огляді, включали учасників, які були жертвами злочинів, немає підстав стверджувати, що потрібні різні підходи до лікування. Швидше за все, це питання адаптації рекомендацій настанови для специфічних потреб цієї популяції. Слід зазначити, що цей розділ стосується жертв злочинів загалом; у наступному розділі розглядаються жертви сексуального насильства.

#### **Довідкова інформація**

У літературі існують дебати щодо того, кого вважати жертвою злочину, але наступне визначення ООН<sup>113</sup> широко приймається: «... особи, яким індивідуально або колективно було завдано шкоди, включаючи тілесні ушкодження або моральну шкоду, емоційні страждання, економічний збиток або істотне обмеження їх основних прав в результаті дії або бездіяльності, які порушують кримінальні закони держав-членів ООН, в тому числі закони, що забороняють злочинне зловживання владою».

Близько 30% австралійців стають жертвами злочинів (в тому числі грабіж, розбій, замах на крадіжку зі зломом, крадіжки автомобілів, вандалізм, крадіжки велосипеда, сексуальне насильство, крадіжки з автомобіля, крадіжки особистого майна, напад і погрози) на рік. Тим не менш, ПТСР не є потенційним результатом для всіх жертв злочинів. Діагноз застосовується тільки в тих випадках, коли злочин являє собою ПТП, як визначено в DSM-IV. У загальних рисах це злочини міжособистісного і насильницького характеру. Набагато менше, хоча все ще значно, 4% населення Австралії стали жертвами злочинів проти особистості, таких як грабіж, сексуальне насильство і напад з силою, які, швидше за все, пов'язані з подальшим ПТСР. Чоловіки частіше, ніж жінки, стають жертвами злочинів проти особистості, за винятком сексуального насильства. Наприклад, в 2009-2010 роках 3,4% чоловіків повідомили, що вони стали жертвою фізичного насильства (порівняно з 2,4% жінок), а 0,4% жінок повідомили, що стали жертвою сексуального насильства (порівняно з 0,1% чоловіків).<sup>114</sup> Проте, зважаючи на те, що є підозра щодо низької частоти звітності, реальна цифра віктимізації, зокрема, за сексуальні злочини, невідома.

#### **Прояви**

Поширеність ПТСР у жертв злочинів залежить від виду злочину, способу вимірювання та використовуваного визначення. Показники термінів поширеності для жертв злочину становлять близько 25-28%, з більш високими показниками наступних міжособистісних злочинів, таких як згвалтування (наприклад, 45-60% після згвалтування як у чоловіків, так і жінок).<sup>115</sup> Було показано, що той факт, що жінки вказують на більш високі показники ПТСР, ніж чоловіки, може пояснюватися тим, що вони більш схильні до розвитку ПТСР після насильницького нападу; показники ПТСР після травм іншого типу мало відрізняються.<sup>116</sup> На додаток до того, що ПТСР більш поширений, він часто більш важкий у жертв міжособистісних або насильницьких злочинів, ніж у жертв інших травм.<sup>117,118</sup> Вважається, що це може бути частково пояснено наміром іншої людини завдати шкоди, і ця проблема є для індивіда усталеним переконанням (наприклад, що світ, як правило, безпечне місце і люди в цілому хороші).

На додаток до більш глобально важкого ПТСР, у жертв злочину можуть бути більш помітні розлади, зокрема симптоми, такі як перебільшена реакція на переляк, неспання, емоційна заціпенілість і повторне переживання таких симптомів, як нічні кошмари і психологічний стрес при згадуванні.<sup>117,119,120</sup> Жертви нападів часто уникають соціальних ситуацій, особливо тих, де можуть бути натовпи або люди в стані алкогольного сп'яніння. Багато з них можуть боятися, що злочинець повернеться і може поранити їх знову, навіть якщо злочинець у в'язниці.



Слід зазначити, що прояви ПТСР, які часто зустрічаються в цій популяції, переважно засновані на страху, на відміну від інших проявів, які більше нагадують депресію (наприклад, втрата інтересу до діяльності або концентрація уваги на труднощах).<sup>119</sup> Це має значення для лікування, як описано нижче.

Для деяких жертв злочинів, взаємодії з системою правосуддя служать постійним нагадуванням про травму і можуть посилювати дистрес. З іншого боку, деякі можуть знайти розраду в тому, що потенційні злочинці повинні нести відповідальність за злочини, вирішення проблеми не часто можливо в інших жертв травматичних подій.

Окремі повідомлення припускають, що ПТСР у жертв злочинів часто діагностується помилково. Було відзначено, що діагноз іноді дається в залежності від типу події, що веде до терапії, а не фактичного подання, і симптоми, наведені для підтвердження діагнозу, часто не відповідали критеріям ПТСР.

### **Оцінка**

На додаток до рекомендацій щодо оцінки у розділі 2, питання, що мають особливе значення для жертв злочинів під час оцінки, включають в себе наступне:

- лікар повинен уточнити у людини, чи є інтерв'ю судовою оцінкою або терапевтичною оцінкою; це недоцільно для кожного окремого лікаря, щоб спробувати виконати обидві ролі.
- Повинна бути проведена повна оцінка функціонування людини до злочину, під час і після злочину.
- Повинна бути виконана повна оцінка сфер, пошкоджених в результаті злочину, включаючи реакції як на персональну віктимізацію, так і на пошкодження майна, в подальшому на сім'ю, професійні та соціальні відносини, а також афективні та психологічні реакції жертви.
- Для ініціації процедури оцінки необхідно використовувати загальні питання, а не спеціалізовані або структуровані, які можуть підштовхнути людину відповідати певним чином.
- За винятком випадків судової оцінки (або, якщо це можливо, навіть при проведенні судово-медичної оцінки), висновки повинні бути повернуті людині і пояснені певним чином для того, щоб мінімізувати можливі помилки, якщо ці результати будуть повернуті до суду.
- Дуже важливо, щоб у ході оціночного інтерв'ю і наступних сеансів були виконані необхідні записи. Невиконання цієї вимоги може призвести до порушення прав потерпілого у разі виникнення будь-яких судових розглядів.

### **Лікування**

Усвідомлення правової системи важливо при лікуванні жертв злочинів з ПТСР. В Австралії права і закони, що стосуються жертв злочинів, є переважно регіональними, а не національними, і, отже, різняться між регіонами. Тим не менш, всі регіони мають деякі механізми, шляхом яких жертви злочинів можуть претендувати на компенсацію та/або лікування стану психічного здоров'я, пов'язаного з їх віктимізацією. Психотерапевти повинні знати закони тієї місцевості в якій вони практикують.

На додаток до рекомендацій щодо лікування, викладеним у розділі 5, питання, що мають особливе значення для жертв злочинів, включають в себе наступне:

- Через характер кримінальної компенсації деякі люди можуть мати зацікавленість у збереженні симптоматики, поки всі справи не будуть завершені. Терапевту рекомендується вирішити ці питання до початку застосування лікування. Відкрите обговорення плюсів і мінусів збереження симптоматики часто є корисним.
- У деяких пацієнтів може знадобитися додатковий час, щоб почати стратегії лікування і когнітивні прийоми щодо вирішення помилкових переконань про ймовірність чергового нападу (Очевидно, що реальні побоювання з приводу майбутнього нападу повинні бути серйозно враховані – безпека є основною турботою, але дуже часто страхи іншого нападу є досить надмірними).
- Тривала імагінативна експозиція на подію, коли така терапія надається добре навченим терапевтом, демонструє ефективність у випадках з жертвами злочинів.
- Для нового терапевта може бути складним виступати в ролі агента, який приведе до позитивних змін, а не в ролі адвоката. Терапевтичні результати будуть кращими, якщо провести

об'єктивний аналіз проблеми, а також якщо неупереджено застосувати практику, засновану на доказах.

- При можливості, сеанси терапії повинні бути записані для того, щоб у разі виникнення будь-яких звинувачень в неправдивих свідченнях під час судових розглядів, вони могли бути об'єктивно оцінені. Звичайно ж, необхідність проведення запису повинна належним чином бути пояснена, а також необхідно отримати згоду пацієнта на проведення запису до початку сеансу.

Крім цих загальних міркувань потреби індивіда будуть змінюватися в залежності від характеру злочину. Наприклад, є конкретні знання, пов'язані з жертвами зґвалтування, які можуть не мати відношення до жертв нападу; практикуючі лікарі повинні ознайомитися з цими особливостями до надання лікування. Рекомендується проведення вторинних консультацій з радником із спеціального центру жертв сексуальних нападів у вашому місті. Лікар також може розглянути питання про передачу пацієнта фахівцю з центру жертв сексуальних нападів для захисту або допомоги з судовим розглядом, якщо лікар не збирається пропонувати послуги такого роду сам.

### **Робота з дітьми**

Дітям та молодим людям з ПТСР, які стали жертвами злочину, необхідно запропонувати курс ТФ-КПТ, адаптованої у відповідності з їх віком, умовами і рівнем розвитку.

## **СЕКСУАЛЬНЕ НАСИЛЬСТВО**

Є достатньо досліджень, виявлених в ході систематичного огляду, які включають жертв сексуального нападу, щоб дозволити аналіз підгрупи в рамках систематичного огляду. Цей аналіз підтвердив, що до цієї групи можуть бути застосовні рекомендації загального лікування. Тим не менш, слід розглянути конкретні питання в лікуванні жертв сексуального нападу. Як зазначалося у передмові до цього розділу, інформація, представлена в даному розділі, розроблена на основі думок експертів щодо застосування рекомендацій для цієї категорії населення, а не на основі систематичного огляду емпіричних даних. У даному розділі розглядаються питання, що відносяться до дорослих з ПТСР, які пережили сексуальне насильство в дитинстві чи в зрілому віці. Таким чином, характер травмуючого події сильно варіюється (від неодноразового сексуального насильства в дитинстві до дискретного зґвалтування в зрілому віці), отже, посттравматичні наслідки на психічне здоров'я також сильно відрізняються. КН може бути застосованою до жертв сексуального нападу з ПТСР, з або без супутніх захворювань.

### **Довідкова інформація**

Психотерапевти, які лікують тих хто пережив сексуальне насильство, повинні бути інформовані про ряд важливих фонових питань. Сексуальне насильство є унікальним злочином, який найбільш часто здійснюється в приватному порядку, оповите таємницею і включає в себе жертву, яка часто звинувачує себе. У випадках з дітьми більшість сексуальних знущань відбувається членом сім'ї або особами, знайомими для дитини. Як наслідок, багато дорослих, які пережили сексуальне насильство в дитинстві, все ще можуть мати контакт зі своїм гвалтівником.

Сексуальне насильство рідко обговорювалося в Австралії до 1970-х років і дитяче сексуальне насильство майже ніколи не розкривалося. На жаль, у випадках, коли дитяче сексуальне насильство розкривалося, жертву звинувачували в фантазуванні, брехні, пошуку уваги або помсті. В останні 30 років особи, які пережили сексуальне насильство, все частіше повідомляють про напад, але все ще існує значний суспільний, сімейний та індивідуальний тиск, що змушує мовчати про злочин. Люди, які є жертвами сексуального насильства, найрідше звертаються в поліцію. Більше того, з тих, хто звернувся в поліцію, тільки невелика група пред'являє позови – один з шести зґвалтованих і менше одного з семи жертв інцестів/сексуальної агресії в дитинстві. Цей рівень розкриття значно нижчий, ніж рівень розкриття інших злочинів, але, на жаль, з плином часу поліпшень щодо розкриття не спостерігається.

Негативні стереотипи щодо осіб, які пережили сексуальне насильство, як негідних та нікчемних продовжують домінувати як у системі правосуддя, так і в більш широкому суспільстві. Ці стереотипи неминуче позначаються на особистості, створюючи додатковий розлад через самий травматичний досвід.

Враховуючи «прихований» характер сексуального насильства, низький рівень повідомлень і рівень осуду, мабуть, не дивно, що існує мало достовірної інформації про поширеність сексуального насильства в дитинстві серед австралійського населення. Наявні дані засновані на дослідженнях сексуальних нападів Австралійського інституту кримінології та системи кримінального правосуддя, а також на огляді стану безпеки жінок Австралійського бюро статистики. На сьогоднішній день не було проведено жодних великомасштабних досліджень населення країни, які включають в себе дитяче насильство щодо хлопчиків. В результаті, сучасні знання про дитяче сексуальне насильство стосовно хлопчиків залежить від звітів, зроблених для органів охорони дітей. Вважається, що поширеність сексуального насильства у віці до 18 років в австралійському суспільстві коливається між 7-36% для жінок і між 4-16% для чоловіків.<sup>121</sup> Що стосується дорослих, то більшому ризику сексуального насильства піддаються жінки, молоді й самотні, що мають в анамнезі випадки сексуального насильства і мають вже існуючі стосунки з насильником. В Австралійській репрезентативній вибірці було встановлено, що 8,1% жінок і 2,2% чоловіків повідомили, що зазнали зґвалтування; 14,7% жінок і 4,5% чоловіків повідомили про більш широку категорію сексуального насильства.<sup>122</sup> Серед жінок, які повідомили, що найбільш травмуючою подією, яку вони зазнали, було зґвалтування, 9,2% відповіли критеріям ПТСР в останні 12 місяців.<sup>123</sup> Чоловіки, які зазнали зґвалтування або домагання, повідомили про більшу поширеність ПТСР.

Важливо визнати передачу з покоління в покоління протиправного набуття статевих зносин. Жінки, розбещені в дитинстві, можуть повторно починати відносини з негідним, жорстоким партнером, який може, в свою чергу, статевим шляхом та/або фізично заподіяти шкоду її дитині. Додатково, якщо, наприклад, жінка-опікун має психологічні наслідки жорстокого поводження (наприклад, депресія, занепокоєння), то діти можуть не отримувати належного захисту та/або необхідного позитивного виховання. Крім того, діти можуть зазнати надмірної опіки і бути навчені, що світ – небезпечне місце, що перешкоджає розвитку життєстійкості.

### **Прояви**

Для дорослих з ПТСР на тлі сексуального насильства травма може варіюватися від дискретного зґвалтування в зрілому віці до повторюваного сексуального насильства в дитинстві, або може бути комбінацією обох варіантів. Сам характер сексуального насильства в дитинстві варіюється. Сексуальне насильство, що включає проникнення (пальцеве або інше), на відміну від дотику або ласк, вважається найбільш руйнівним випробуванням. Це ж відноситься і до сексуального насильства, що включає жорстокість і приниження. Не дивно, що типові проблеми різняться в залежності від типу та кількості пережитих сексуальних нападів. Лікар повинен бути в курсі таких типових представлених проблем (викладених нижче), а також має забезпечити всебічну оцінку сексуального насильства, особливо якщо є підозри про попередні випадки нападу або сексуального насильства. У деяких випадках людина, яка пережила сексуальне насильство в дитинстві, вперше звернулася за лікуванням ПТСР в зрілому віці.

Поширені проблеми, що виникають у жертв сексуального насильства:

- періодичні денні нав'язливі спогади і тяжкі сни;
- фізичні симптоми надмірного збудження, такі як серцебиття, пітливість, утруднене дихання;
- надмірна пильність (наприклад, страх виходити на вулицю);
- проблеми зі сном;
- труднощі в харчуванні;
- недовіра до жінок/чоловіків, що впливає на формування стосунків;
- втрата інтересу до звичайної діяльності;
- сором/почуття провини, пов'язані зі спогадами про напад;
- депресії, ПТСР часто діагностуються після сексуального нападу у дорослих.

Загальні проблеми, що виникають у дорослих – жертв сексуального насильства в дитинстві:

1. Симптоми ПТСР часто є частиною клінічної картини пацієнта зі значними симптомами уникнення/оціпеніння. Депресивні та тривожні симптоми також поширені.

2. Сексуальне насильство щодо дітей може також призводити до постійних питань самоідентифікації, в тому числі:

- вплив на регуляцію і контроль імпульсів (самоушкодження, показова сексуальність);
- увага (регулярні дисоціативні епізоди);
- самосприйняття (порушення особистості);
- стосунки (прихильність, сексуальні труднощі, проблеми виховання).

Ці питання саморегулювання можуть призвести до різних діагнозів, включаючи розлади особистості (наприклад, прикордонні особистісні розлади) і розлади прихильності. Споживання психоактивних речовин і харчові розлади також є поширеними. Коморбідні прояви є нормою для цієї групи.

Поведінкові труднощі і розлади (наприклад, зухвало-опозиційний розлад) можуть також бути пов'язані з розбещенням, особливо у випадку хлопчиків. Тривоги, депресії, ПТСР можуть також розглядатися серед дітей, які зазнали сексуального насильства з поєднаною патологією, що не є рідкістю.

Зверніть увагу, що взаємодія з медичною або правовою системами можуть паралельно погіршувати сценарії для багатьох людей, які пережили сексуальне насильство. Деякі медичні процедури, наприклад, або прохання зняти одяг, можуть ініціювати повторне переживання симптомів.<sup>124</sup>

### **Оцінка**

Як зазначалося вище, багато осіб, які пережили сексуальний напад, зазнавали повторні напади у дорослому віці або в дитинстві. У деяких випадках може бути складно оцінити, чи є останній випадок причиною ПТСР, або ж ПТСР виник в результаті попереднього чи повторюваного досвіду. Відповідно до рекомендацій щодо оцінки в розділі 2 вище, комплексна оцінка повинна включати детальну історію сексуального насильства в житті, а також психологічні наслідки будь-якої попередньої травми. Практичні лікарі повинні зважати на потенційний стрес, який може процес обстеження для деяких пацієнтів. Загальний опис може бути достатнім для початку, аби дати уявлення про травми в анамнезі пацієнта і ймовірні фізичні та психологічні наслідки для здоров'я, а більш комплексна оцінка може бути проведена, коли будуть створені умови довіри і безпеки. Крім того, з жертвами сексуального насильства в дитинстві важливо отримати розуміння про їхню сім'ю і важливі моменти життя. Сексуальне насильство можуть мати істотний вплив на розвиток дитини і її прихильності, особливо якщо воно виникає у ранньому дитинстві. Крім того, дитяча реакція на травмуючі переживання піддаються впливу відношення, стилю і виховання їх батьків.

Хоча багато жертв відчувають себе комфортно при розкритті своєї історії, деякі будуть робити це неохоче і потребуватимуть додаткового часу і чуності з боку лікаря, який проводить оцінку. Деякі жертви обирають прямий допит, в той час як інші вважають це занадто нав'язливим і віддають перевагу непрямим методам. Деякі будуть почувати себе більш комфортно, якщо лікар прокладе професійну дистанцію, в той час як інші інтерпретують це як те, що лікар ігнорує їх емоційний стан.<sup>125</sup> Тому, чуйність до індивідуальних потреб є вкрай важливою в просуванні почуття безпеки і проведенні більш ефективної оцінки. У той час як комплексна оцінка є важливою, цей процес не повинен бути настільки важким для пацієнта, щоб він або вона відмовлялися від терапії.

Враховуючи соціальний контекст сексуального насильства, важливо, щоб лікар вірив людині про подію, жертвою якої вона стала, а не досліджував справжність її скарг. Жертви, які пережили насильство, часто отримують негативну реакцію на розкриття їх таємниць від друзів, сім'ї або системи кримінального правосуддя, і можуть передбачати недовіру і заперечення з боку лікаря.

При роботі з жертвами сексуального насильства має бути приділена належна увага статі лікаря. Важко визначити, чи жертва сексуального насильства захоче працювати з фахівцем такої ж статі або протилежної. При можливості, дане питання має бути обговорено і пацієнт повинен зробити вибір щодо статі терапевта, який буде його спостерігати.

### **Лікування**

Рекомендовані процедури для ПТСР, викладені в розділі 5 вище, застосовуються до осіб, що пережили сексуальне насильство – дійсно, багато процедур було розроблено, удосконалено й отримали оцінку з жертвами звалтування. Безсумнівно, як зазначалося у розділі 1, ці рекомендації не є заміною для клінічної оцінки; придатність і прийнятність рекомендованих методів лікування повинні бути визначені в кожному конкретному випадку. Рекомендації про надання більш тривалого періоду для встановлення терапевтичних відносин, навчання навичкам врегулювання емоцій для тих, хто зазнав тривалої і/або повторюваної події, як правило, надаються для тих, хто пережив сексуальне насильство в дитинстві. Крім того, такі конкретні міркування застосовані для жертв сексуального насильства з ПТСР.

Враховуючи більш широкий правовий контекст, служби, що працюють з жертвами сексуального насильства, повинні мати знання щодо відповідної звітності, компенсації і підходів відновного правосуддя для того, щоб забезпечити людину відповідною підтримкою і порадою.

Якщо людина має постійне залучення до системи кримінального правосуддя, існує високий ризик отримання додаткового розладу з різних джерел, у тому числі контакту з передбачуваним злочинцем, перехресного допиту і загального досвіду судової системи. Дані обставини неминуче позначаються на процесі лікування і повинні бути враховані при плануванні лікування. У загальних рисах було б розумно відкласти лікування до закінчення всіх (найчастіше тривалих) судових процедур, але в цьому контексті лікарю і пацієнту з ПТСР необхідно приділити пильну увагу відповідним термінам роботи, сфокусованої на травмі. У випадках, коли приймається рішення відкласти лікування, лікар повинен розглянути питання про передачу пацієнта фахівцю з центру сексуального насильства для надання підтримки під час судового розгляду. Послуги на зразок цих здатні допомогти жертвам сексуального насильства набагато легше пройти через широке коло питань, що стосуються судової справи, ніж може один лікар. Працівників цих служб мають розуміння системи кримінального правосуддя та можуть забезпечити підтримку пацієнтів під час судового розгляду.

У випадках складного ПТСР експертний висновок передбачає послідовний підхід до лікування, з використанням декількох заходів, орієнтованих на найбільш помітні симптоми.<sup>126</sup> Після початкового періоду стабілізації і забезпечення безпеки пацієнтів, ефективними методами першої лінії втручання при ПТСР вважаються надання інформації про травми, опис травматичної пам'яті, когнітивна реструктуризація та емоційне регулювання.<sup>126</sup>

### **Робота з дітьми**

Реакція дитини на сексуальне насильство залежить від віку і рівня розвитку. Важливо зазначити, що сексуальне насильство, особливо в ранньому дитинстві, може змінити траєкторію розвитку дитини. Загальні симптоми включають:

- кошмари;
- безсоння;
- відсторонення;
- агресивна поведінка;
- у дітей молодшого віку, сексуальні знання або поведінка, які не відповідають віку дитини (наприклад, малюнки або експерименти з іграшками або іншими дітьми);
- порушення регуляції;
- у підлітків, сексуальна розбещеність;
- у підлітків, вживання психоактивних речовин;
- у підлітків, саморуйнівна/імпульсивна поведінка.

Дітям та молодим людям з ПТСР, у тому числі тим, які зазнали сексуального насильства, необхідно запропонувати курс ТФ-КПТ, адаптованої у відповідності з їх віком, умовами і рівнем розвитку.

Дослідження показують, що медичні працівники часто використовують надмірно складну мову при обговоренні сексуальних злочинів з дітьми. Важливо задавати прості і конкретні питання, уникаючи абстрактних питань, таких як питання про "погані речі", що сталися. Виділення часу для нейтрального спілкування, перш ніж зосередитися на насильстві, може допомогти дитині

відчути себе більш невимушено і забезпечити лікаря інформацією про мовні здібності/рівень розвитку дитини.<sup>127</sup>

Певні питання виникають, коли сексуальне насильство виникає всередині сім'ї. Часто виникають суттєві проблеми в плані сімейних відносин після розкриття, що може посилити труднощі, які відчувають діти. Крім того, може бути корисно навчити дітей деякій захисній поведінці, щоб дати дітям певний контроль над своїм середовищем, особливо якщо кривдник все ще присутній або інші родичи не підтримують дитину. Це особливо важливо, коли сексуальне насильство відбувається в контексті зневаги, поганой прихильності або неорганізованого функціонування в сім'ї.

### **СТИХІЙНІ ЛИХА**

Як зазначалося у передмові до цього розділу, інформація, представлена в даному розділі, розроблена на основі думок експертів щодо застосування рекомендацій для цієї категорії населення, а не на основі систематичного огляду емпіричних даних. Хоча у декількох дослідженнях, виявлених в систематичний огляді, включені учасники, які стали жертвами стихійного лиха, не було ніяких доказів, щоб припустити, що необхідні різні підходи до лікування. Швидше, це питання адаптації рекомендацій до конкретних потреб цієї групи населення. Зверніть увагу, що в даному розділі не наводяться докладні рекомендації щодо реагування на стихійні лиха в більш широкому сенсі, і заходи для всього населення, такі як перша психологічна допомога, обговорюються лише коротко. А основна увага приділяється питанням, які зачіпають меншість, в яких розвиваються довгострокові проблеми психічного здоров'я. Під егідою Державного департамент охорони здоров'я та старіння Австралії був створений Національний комітет реагування на катастрофи та психічне здоров'я для інформування планування, підготовки, порятунку та реагування, а також реабілітації у плані психічного здоров'я.

#### **Довідкова інформація**

Лиха, за своєю природою, є великомасштабними подіями, які впливають на значні групи в суспільстві. Є безліч природних та інших видів стихійних лих. Деякі з них, такі як землетруси і лісові пожежі, впливають на місцеві громади і на певні географічні області. Інші можуть мати більш широку сферу впливу. Питання щодо того, чи довгострокові стихійні лиха, такі як сильна посуха чи інші зміни клімату, можна вважати подіями Критерія А для ПТСР, є предметом дебатів. Більшість погодиться, що, хоча такі події можуть мати руйнівні психологічні наслідки для тих, кого безпосередньо зачіпають, вони не пов'язані з гострою загрозою для життя, що характеризує події Критерія А і що є необхідною умовою для страху. Люди, чії громади постраждали, швидше за все, відчувають численні вторинні стресогенні чинники, особливо в разі руйнування будинку, засобів до існування, інфраструктури тощо. Для інших, травматичний досвід буде обмежуватися самою катастрофою, наприклад, тисячі туристів депортовані після цунамі 2004 року у Південно-Східній Азії. Характер впливу травми значно варіюється в залежності від типу катастрофи та близькості індивіда до джерела небезпеки. Крім того, стихійні лиха можуть мати різні наслідки для первинних жертв порівняно з впливом на вторинних жертв (наприклад, служби екстреної допомоги, які зобов'язані брати участь у пошуково-рятувальних роботах).

#### **Питання для організаторів охорони здоров'я**

Враховуючи кількість постраждалих у потенційно значному географічному просторі, стихійні лиха являють собою унікальний виклик для організаторів охорони здоров'я. Для стихійних лих існує деяка підтримка використання загальних, общинних послуг низького рівня в якості бажаних джерел підтримки. Вони лежать в основі ідентифікації потреб і поглинання більш спеціалізованих заходів з охорони психічного здоров'я. Розмір населення, постраждалого внаслідок стихійного лиха, має вирішальне значення у визначенні структури послуг, необхідних для лікування наслідків. Оптимально, будь-які лікувальні послуги повинні бути пов'язані з існуючими послугами охорони здоров'я, до яких жертва стихійних лих має довіру. Часта помилка полягає в тому, що організатори припускають, що буде існувати рання потреба в послугах, коли насправді, як правило, існують низькі темпи користування послугами безпосередньо після катастрофи, з поступовим збільшенням необхідності протягом двох років після події. У ліквідації

наслідків катастрофи, зокрема, у світлі доказів про підведення підсумків, особи, відповідальні за стихійні лиха, повинні намагатися обмежити (або, принаймні, координувати і контролювати) безліч добровольців, які з'явилися, щоб забезпечити "консультації після лих" у зв'язку з наслідками такої події. Ці люди і їх бажання допомогти можуть часом стати серйозною проблемою з точки зору логістики та управління великою кількістю осіб, що сходяться в зоні лиха. Важливо, щоб дані про оцінку та лікування надавалися особам, які беруть участь у розробці політики, щоб гарантувати, що структура та характер послуг засновані на фактичних даних.

Відразу після катастрофи, перша психологічна допомога повинна оптимально проводитися в поєднанні з задоволенням соціально-значущих потреб населення. Крім того, на ранніх етапах відновлення повинно бути прийнято рішення щодо того, чи варто ініціювати програму допомоги незможним або нужденним, акцентуючи увагу на скринінгу. Якщо така програма буде реалізована, необхідно виявити і направити для проходження програми групи високого ризику. У групи ризику потраплять ті, хто втратив близьких, пережили значну втрату майна або отримали каліцтва.

Стихійні лиха є можливістю вирішувати багато давніх проблем з надання психіатричної допомоги у постраждалих груп населення. Таким чином, під час таких подій дуже важливо переконатися в тому, що високоякісні програми допомоги надаються в необхідних місцях. Вони забезпечують можливість для модернізації та підвищення якості медичної допомоги для широких верств населення. Особи, які були травмовані раніше, можуть отримати лікування в першу чергу у зв'язку з наслідками стихійного лиха. Таким чином, висококваліфіковані фахівці, котрі вступають у роботу з населенням, постраждалим внаслідок стихійного лиха, повинні бути здатними впоратися з широким спектром травматичних подій.

У разі катастроф, пов'язаних з втратою великої кількості життів, особлива увага повинна бути приділена питанню травматичної втрати. У такому випадку, єдиний метод лікування ПТСР не вирішить всі труднощі людини в повній мірі. Необхідно розглянути можливість взаємодії між травматичною пам'яттю і способом управління горем. Крім того, в ситуаціях масових нещасних випадків забезпечення базових навичок та навчання для хірургів, лікарів і медсестер, які беруть участь у допомозі, може бути методом поширення інформації та основних принципів для великої кількості осіб.

Висвітлення в ЗМІ стихійних лих дає можливість надати інформацію для великої кількості осіб. Не менш важливо мати ряд інформаційних ресурсів, які можуть бути доступними для різних організацій, що мають постійний контакт з тими, хто постраждав в катастрофах. Такі інформаційні матеріали можуть допомогти в контактуванні нужденних з відповідними службами.

Персонал, який бере участь в рятувальних і відновлювальних роботах, і багато з яких, швидше за все, будуть членами постраждалої громади, також може відчувати пригнічення від переживання під час і після катастрофи. Див. розділ "Аварійно-рятувальні служби" вище для отримання додаткової інформації стосовно проблем, характерних для даної популяції. При відновленні після лиха можуть бути залучені волонтери, більшість з яких не має досвіду і підготовки професійних аварійно-рятувальних служб. Ця група може зазнати психічного впливу, більш схожого до впливу на безпосередніх жертв катастроф, ніж співробітників аварійно-рятувальних служб,<sup>128</sup> і вони можуть не мати доступу до організаційної підтримки в разі, якщо вони матимуть ПТСР або пов'язані з ним симптоми в результаті їх досвіду. Отже, у процесі планування послуг охорони психічного здоров'я в разі стихійних лих повинні бути враховані потреби волонтерів.

#### **Питання для постачальників послуг**

##### ***Прояви***

Наслідок стихійного лиха включає в себе напружений період, коли існує спроба пом'якшити безпосередні фізичні погрози і вжити заходів для забезпечення фізичної безпеки і благополуччя населення, постраждалого внаслідок катастрофи. Такі дії включають в себе надання продовольчих продуктів, даху та збереження майна осіб, у випадках, коли будинки були зруйновані. Існує також необхідність задокументувати й оцінити збитки. Після виникнення таких подій невелика група

осіб може відчувати гострий розлад. Проте, більшість осіб протистоять сформованій ситуації і їх психологічний стан не потребує негайного втручання.

У таких випадках, існує ймовірність того, що люди не будуть звертатися за допомогою протягом тривалого часу. Існує очікування в громадах, що люди, які зазнали значних збитків, будуть відчувати неминуще розлад. Однак, навіть якщо в суспільстві відновиться нормальне існування, деякі індивідууми можуть продовжувати відчувати розлад, а у деяких такий розлад може навіть посилитися. Саме в такі часи частота звернення за допомогою збільшується. Іншими словами, як тільки зовнішні вимоги починають зменшуватися і очевидні причини розладу слабшають, люди починають визнавати, що їх розлад не узгоджується з реальними обставинами, і можуть звернутися за допомогою.

Психологічний дистрес у зв'язку з наслідками стихійних лих може виникати у вигляді сімейного неблагополуччя, токсикоманії та конфліктів у постраждалій спільноті. Через більш високий рівень травмуючого впливу, особи, переміщені в результаті стихійних лих, можуть зазнати більш значного стресу.<sup>129</sup> Стихійні лиха викликають не тільки ПТСР, але і ряд інших симптомів, таких як розлад адаптації, соматичні розлади, серйозна депресія, а також зловживання психотропними речовинами. Деякі особи, які вижили, матимуть фізичні травми і низку неспецифічних соматичних симптомів. Усвідомлення небезпеки життя підвищує ризик соматичних симптомів протягом року після катастрофи.<sup>130</sup> Фізичні скарги можуть виникнути з або без супутніх психологічних симптомів.

Одним з найбільш характерних проявів ПТСР є значна тривога, яку індивідуум буде демонструвати, якщо виникне загроза повторного переживання подібних подій. Модель, що викликає такі розлади, спостерігається часто. Симптоми значного перезбудження після катастрофи можуть бути пов'язані з більшими функціональними порушеннями, частішими лікарняними, повідомленням про супутні питання, такі як соціальна самоізоляція, почуття провини і зниження задоволеності життям.<sup>131</sup>

### **Оцінка**

Окрім випадів, коли вся інфраструктура громади зруйнована, більшість постраждалих воліють використовувати підтримку мереж, з якими вони знайомі, орієнтуючись в першу чергу на місцевих лікарів загальної практики. Враховуючи затримку в допомозі, існує можливість навчити лікарів загальної практики діагностувати і оцінювати ПТСР, а також інші психічні захворювання, які найімовірніше виникатимуть. Необхідно також визнати, що деякі люди вважали б за краще не звертатися за допомогою локально, побоюючись таких питань, як конфіденційність і стигми у маленькій громаді. Таким чином, лікарі на деякій відстані від області катастроф також повинні бути поінформовані про можливе збільшення звенень за допомогою.

Враховуючи передбачуваність розладів, якщо пострадале населення може бути добре відмежоване, просвітницька програма повинна включати скринінг та розглядатися для осіб з високим ризиком. Такий підхід має бути розглянутий лише у випадках, коли відповідні клінічні послуги можуть бути надані для того, щоб забезпечити допомогу тим, хто ідентифікується. Для використання в даних умовах придатні короткі нескладні заходи скринінгузі стандартними діагностичними інструментами, такими як PCL, PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I) і Шкала ПТСР, за якою оцінює (CAPS) для тих, хто отримав позитивну оцінку (див. таблицю 2.3).

Оцінки, проведені в цих популяціях, повинні враховувати той факт, що постраждалі спільноти матимуть фоновий зміст психологічної захворюваності. Завдання полягає в тому, щоб визначити тих осіб, які мали загострення або модифікації існуючих моделей симптомів на відміну від появи нового стану. Від цього залежить організація лікування.

### **Лікування**

Як зазначалося вище, у постраждалих від стихійних лих розглядаються різні форми психологічного стресу, які, ймовірно, будуть мати широкий діапазон клінічних потреб. Для тих, у кого розвинувся ПТСР, в основному, застосовується рекомендоване лікування. Існує, проте, ряд конкретних проблем:

- Потенційно, великій кількості осіб буде необхідний тривалий доступ до лікування. Важливо, щоб лікування ПТСР, засноване на фактичних даних, було доступно для таких



постраждалих громад. Це особливо актуально в сільських та віддалених громадах, де часто існує нестача в належним чином підготовлених фахівців. Однак, відстань не обов'язково повинна бути перешкодою для надання допомоги, оскільки зростають дані, що за допомогою телемедицини можна забезпечити ефективне лікування ПТСР та інших поширених проблем психічного здоров'я.<sup>132-134</sup> Хоча все ще в зародковому стані, деякі інтернет-методи мають перспективну, особливо при підтримці медичної допомоги низького рівня.

- Одночасно можуть страждати кілька членів сім'ї, що впливає на загальну картину прояву симптомів розладу; наприклад, страждають обоє, як чоловік, так і дружина. Дійсно, реакції інших дорослих у сім'ї можуть мати більше впливу на симптоми ПТСР, ніж наслідки самої катастрофи.<sup>135</sup> У процесі лікування може виникнути необхідність послабити такі відносини, оскільки вони можуть впливати на загальну картину синдромів відміни та уникнення.

- У тих випадках, коли людина з ПТСР страждає від економічної і соціальної нестачі в результаті стихійного лиха, обставини, в яких знаходиться людина, можуть самі служити постійним нагадуванням про її травматичний досвід і, отже, ускладнювати лікування.

- Хронічний ПТСР був пов'язаний зі зростанням сприйняття загрози життю в момент катастрофи. Когнітивна терапія, спрямована на оцінку реальної загрози, може виявитися корисною для людей, чиє сприйняття загрози посилюється з плином часу.<sup>136</sup>

### **Робота з дітьми**

Цілий ряд факторів впливає на розвиток симптомів ПТСР у дітей після лиха, у тому числі стать, ступінь руйнування, загрози і втрата друга або коханої людини. З іншого боку, було виявлено, що вік не пов'язаний з ПТСР після катастрофи.<sup>137</sup> Проте, вік може впливати на розуміння дітьми лих; наприклад, діти молодшого віку можуть мати магічні вірування про лиха, наприклад урагани з намірами.<sup>138</sup> Вік також може вплинути на розуміння дітьми їх симптомів, більш дорослі діти краще можуть ідентифікувати думки про стихійні лиха як непотрібні і нав'язливі.<sup>139</sup>

Шкільні заходи є ефективними у сприянні дитячого відновлення після лиха. Звичайні шкільні заходи повинні бути відновлені якомога швидше; у доповнення до переваг відновлення рутини, шкільна спільнота спонукає до участі у відповідних ритуальних обрядах і про-соціальної діяльності.<sup>140</sup> Шкільні заходи також мають хороші можливості для сприяння соціальної згуртованості, нижчі рівні якої пов'язані з більш важкими симптомами ПТСР у дітей після лиха.<sup>141</sup>

Стихійні лиха є дещо незвичними в тому, що їх зазнають всі члени сім'ї. На додаток до свого досвіду під час самої катастрофи, діти також піддаються впливу реакції їх батьків ні стихійні лиха.<sup>142</sup> Таким чином, важливо враховувати родину загалом, а також окремих її членів при оцінці і лікуванні проблем психічного здоров'я. Існує ряд доказів, щоб припустити, що психопатологія матері і батька може по-різному впливати впливі на психічне здоров'я дітей; дитяча депресія і симптоми ПТСР можуть бути більш тісно пов'язані з депресією і симптомами їх матері і батька, відповідно.<sup>143</sup>

Дітям та молодим людям з ПТСР в результаті стихійного лиха необхідно запропонувати курс ТФ-КПТ, адаптованої у відповідності з їх віком, умовами і рівнем розвитку.

### **ТЕРОРИЗМ**

Як зазначалося у передмові до цього розділу, інформація, представлена в даному розділі, розроблена на основі думок експертів щодо застосування рекомендацій для цієї категорії населення, а не на основі систематичного огляду емпіричних даних. Хоча існує дуже мало досліджень, виявлених в систематичному огляді, з учасниками, які стали жертвами тероризму, не було ніяких доказів, щоб припустити, що необхідні різні підходи до лікування. Радше, це питання адаптації рекомендацій настанови до конкретних потреб цієї популяції.

Зверніть увагу, що в даному розділі не наводяться докладні рекомендації щодо реагування на стихійні лиха в більш широкому сенсі в контексті масштабних терористичних атак (наприклад, бомбардування, які зачіпають велику кількість людей), і заходи для всього населення, такі як перша психологічна допомога, обговорюються лише коротко. А основна увага приділяється питанням, які зачіпають меншість, в яких розвиваються довгострокові проблеми психічного

здоров'я. Під егідою Державного департамент охорони здоров'я та старіння Австралії був створений Національний комітет реагування на катастрофи та психічне здоров'я для інформування планування, підготовки, порятунку та реагування, а також реабілітації у плані психічного здоров'я.

### **Довідкова інформація**

Неодноразово робилися спроби розробити точні робочі визначення тероризму.<sup>144</sup> Пропозиції до Організації Об'єднаних Націй включають наступне коротке юридичне визначення: "[акт тероризму – це] мирний час, еквівалентний військовому злочину".\* Більш точні визначення тероризму мають тенденцію бути відносними, тому що судження про акти політичного насильства часто є суб'єктивними. Наприклад, в США Департамент оборони<sup>145</sup> визначає тероризм як "незаконне використання насильства або погрози насильством для залякування і примусу уряду або суспільства. Тероризм часто здійснюється на ґрунті релігійних, політичних чи інших ідеологічних переконань та, як правило, з політичними цілями". Хоча і більш широке, дане визначення є проблематичним, оскільки воно спирається на розпливчасті терміни, які залишаються відкритими для інтерпретації (наприклад, "незаконне насильство або з цілями..."). Простіше кажучи, для когось терорист, для іншого – борець за свободу. У ряді випадків ця невизначеність може ускладнити для тих, хто вижив, розуміння і пошук сенсу в тому, що сталося.

Терористичні акти, як правило, пов'язані з загрозою (а іноді і фактичним) знищення майна і, що більш важливо, вбивства людей. Існує ймовірність поширення загрози життю і фактичної втрати життя. Може існувати вплив жорстоких картин для постраждалих, включаючи смерть і страждання інших людей; це може включати близьких членів сім'ї та друзів. Складність (або неможливість) допомогти іншим людям у дні, що послідували за нападом, можуть викликати почуття безпорадності і провини.

Страх, породжений терористичними атаками, не є дивиною; вони характеризуються багатьма рисами, характерними для травматичних подій високого ступеня тяжкості. Терористичні акти, як правило, непередбачувані в плані місця, часу, і потенційних жертв; як такі, вони є повністю неконтрольованими (принаймні для населення), що підвищує ризик постійної надмірної пильності. Біотероризм несе додаткову загрозу, оскільки він слабо вивчений і є, фактично, 'невидимим'. Важко бути певним, чи особа або група "заразилися", і навіть якщо люди явно зазнали впливу збудників хвороб, важко оцінити ймовірні наслідки для здоров'я.

Важливо пам'ятати, що головна мета тероризму – це викликати почуття жаху в суспільстві. Акти тероризму є вкрай рідкими (особливо в Австралії) й ефекти страху і надмірної пильності часто перевищують реальний збиток, викликаний терористичним актом.

Коротше кажучи, терористичні акти, як правило, є значними травмуючими подіями, дуже рідкісними явищами, здатними генерувати повсюдний страх і надміну пильність. Для фахівців в області психічного здоров'я виникає питання, як найкращим чином підготуватися для таких атак і який найкращий спосіб усунення наслідків для психічного здоров'я.

### **Питання для організаторів охорони здоров'я**

#### ***Підготовка до загрози тероризму***

Реакції на тероризм можуть погіршитися через сенсаційні повідомлення ЗМІ та погане висвітлення з боку державних посадових осіб. Таким чином, ключова роль для фахівців психічного здоров'я найчастіше зводиться до роботи зі ЗМІ та державними органами, щоб гарантувати, що поширюються відповідні повідомлення. Повідомлення для населення повинні враховувати наступні рекомендації Фоа і співавт.<sup>146</sup>

- Надавати реальну інформацію про ймовірність теракту і можливі наслідки.
- Наголошувати, що індивідуальний ризик досить низький.
- Пояснити, що негативна поведінка щодо здоров'я, яка може виникнути під час стресу (наприклад, паління, нездорове харчування, вживання психоактивних речовин) несе більшу небезпеку для здоров'я, ніж небезпека від тероризму.
- Підкреслити, що єдине, що необхідне на індивідуальному рівні, це підвищена пильність до підозрілих дій, які повинні бути доведені до влади.
- Максимально чітко відображати значення різних рівнів систем оповіщення.

- При попередженні вказати тип загрози, тип місця під загрозою і вказати конкретні заходи.
- Поінформувати громадськість про кроки, що вживаються для запобігання тероризму, без зайвої інформації.
- Надати громадськості інформацію про подальші дії після періодів підвищеної бойової готовності.

Повідомлення в ЗМІ та державних чиновників повинні також включати інформацію про стійкість та очікування. Багато простих інформаційних брошур про стійкість перед обличчям тероризму доступні в інтернеті. (Див., наприклад, [www.acpmh.unimelb.edu.au](http://www.acpmh.unimelb.edu.au); [www.ncptsd.org](http://www.ncptsd.org); [www.centerforthestudyoftraumaticstress.org/](http://www.centerforthestudyoftraumaticstress.org/))

### ***Відповідь на атаку***

Важливо пам'ятати, що більшість людей відновиться без психіатричної допомоги; таким чином, ранні втручання після теракту повинні базуватися навколо надання інформації та активації підтримки у спільноті:

- Підтримувати роботу аварійно-рятувальних служб.
- Активізувати й сприяти мережам суспільної підтримки.
- Надавати достовірну інформацію про подію та їх наслідки.
- Сприяти точній і збалансованій комунікації в ЗМІ, школах, на робочих місцях тощо.
- Створити інформаційно-консультаційні пункти для надання інформації, підтримки, контактів тощо.
- Просувайте можливості для взаємної підтримки через просвітництво та інформування, а також шляхом сприяння відповідній соціальній діяльності на робочих місцях, у школах, спортивних клубах, церквах та інших громадських установах.

Хоча в цій області існують дебати, доцільно запровадити невеликий скринінг для полегшення виявлення осіб, які не показують нормального відновлення і які розвивають проблеми психічного здоров'я. Це може бути зроблено в рамках проекту громадського здоров'я ("*...якщо ви відчуваєте деякі з цих симптомів, ми рекомендуємо Вам проконсультуватися з сімейним лікарем*") або в більш обмеженому обсязі (наприклад, через рекламу телефонних номерів навченого персоналу для проведення скринінгових досліджень). (Див. Бревін і співавт.<sup>147</sup> для прикладу після вибухів у Лондоні у 2005). Ключовим моментом є те, що вторинна профілактика – ранне втручання для осіб з проблемами психічного здоров'я після травми – явно ефективна, якщо вони можуть бути ідентифіковані. Цей підхід вимагає, щоб навчальний матеріал був доступним для лікарів загальної практики, щоб гарантувати, що здійснюються належна оцінка, навчання і консультування.

### **Питання для постачальників послуг**

#### ***Прояви***

Атака від малого до помірного впливу, швидше за все, призведе до середніх і значних психологічних і поведінкових реакцій в короткостроковій перспективі, і чим більше негативних наслідків атаки, тим більша ймовірність реакції. Близькість до атаки і кількість атак будуть впливати на вираженість окремих реакцій. Немає жодних підстав припускати, що характер клінічної реакції, яка виникає, буде суттєво відрізнятися від тих, які спостерігаються після травматичних подій інших типів.

Негайні реакції, ймовірно, будуть включати підвищену тривожність, панічні атаки, проблеми зі сном, зловживання психоактивними речовинами, прогули і відповідні реакції щодо громад, ототожнених з терористами. Реакції, скоріш за все, ослабнуть в середньостроковій перспективі (від декількох днів до тижнів), хоча повторні напади та/або масова загибель людей та/або значні пошкодження інфраструктури можуть призвести до збільшення психологічних і поведінкових реакцій.

Значні довгострокові психічні реакції можуть бути обмежені порівняно невеликою часткою населення. Ці реакції можуть включати в себе симптоми травматичного стресу, інші тривожні розлади, депресії і зловживання психоактивними речовинами, всі з яких можуть бути пов'язані з порушенням функціонування і підвищеним стресом. Постійний страх повторного нападу, швидше за все, пронизує всі реакції в більшій чи меншій мірі.

#### ***Оцінка***

Для оцінки людей, які потребують лікування після теракту, повинні застосовуватися стандартні підходи до оцінки, описані в інших частинах цієї настанови, аналогічні до жертв злочинів та сексуального насильства.

### **Лікування**

В літературі з'явилися декілька 'реальних' досліджень ефективності лікування ПТСР після терористичних актів, в тому числі програми в Північній Ірландії, Сполучених Штатах і Об'єднаному Королівстві.<sup>Нпр.,147,148,149</sup> Кожна з цих програм використовує когнітивно-поведінкові підходи, навчання місцевих лікарів з надання науково-обґрунтованого лікування ПТСР. В кожному випадку результати були вражаючими. Таким чином, немає ніяких підстав припускати, що інтервенції для осіб з ПТСР та супутніми станами після тероризму мають відрізнятися від рекомендованих для інших осіб, які пережили травму. Рекомендації, що містяться в цій настанові, слід розглядати в якості відправної точки.

### **Робота з дітьми**

Як і у випадку дорослих, спектр дитячих відповідей тероризму досить різноманітний і психологічні реакції будуть значно впливати на поведінку і реакції основних осіб, які здійснюють догляд.<sup>149</sup> Аналогічно до дорослих, немає ніяких підстав припускати, що лікування має відрізнятися від того, яке застосовується для ПТСР іншого генезу. Це, звичайно ж, життєво важливо, щоб лікарі були компетентними і досвідченими в роботі з конкретною віковою групою, і найпильніша увага має бути приділена рекомендаціям з приводу лікування дітей, представленим в попередніх розділах даної настанови.

Враховуючи це, дітям та молодим людям з ПТСР після терористичної атаки необхідно запропонувати курс ТФ-КПТ, адаптованої у відповідності з їх віком, умовами і рівнем розвитку.

## **Список літератури**

- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence and Abuse*, 6(3), 195–216.
- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association) (2004). *Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington: VA: American Psychiatric Association.
- Arns, P., & Linney, J. A. (1993). Work, self and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 63–79.
- Basoglu, M., Salcioglu, E., Livanou, M., Kalender, D., & Acar, G. (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 1–11.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy — a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953–959.
- Bell, A., Lysaker, P. H., & Millstein, R. M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 51–67.
- Benson, J., & Magraith, K. (2005). Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Australian Family Physician*, 34(6), 497–498.
- Biostat (2000). Comprehensive Meta Analysis. Biostat.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78–81.
- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., Probert, R., & Newcombe, R. G. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry - Supplement*, 184, 63–69.
- Blake, D. D., Weathers, F., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75–90.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., Malta, L. S., & Buckley, T. C. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 79–96.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., Freidenberg, B. M., Canna, M. A., Kuhn, E., Sykes, M. A., & Galovski, T. E. (2004). One- and two-year prospective follow-up of cognitive behavior therapy or supportive psychotherapy. *Behaviour Research Therapy*, 42(7), 745–759.
- Blanchard, E. B., Jones Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 669–673.
- Bohus, M. J., Landwehrmeyer, G. B., Stiglmayr, C. E., Limberger, M. F., Bohme, R., & Schmahl, C. G. (1999). Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: An open-label trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(9), 598–603.
- Bollinger, A. R., Riggs, D. S., Blake, D. D., & Ruzek, J. I. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 255–270.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster – New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181–186.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Blyler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313–322.

- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 611–619.
- Brady, K. T., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D. G., Rothbaum, B., Sikes, C. R., & Farfel, G. M. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 283*(14), 1837–1844.
- Brady, K. T., Sonne, S., Anton, R. F., Randall, C. L., Back, S. E., & Simpson, K. (2005). Sertraline in the treatment of co-occurring alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research, 29*(3), 395–401.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 16–22.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., & Schultz, L. R. (1999). Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*, 908–911.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 53–62.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748–766.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(5), 607–612.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Hofman, M. C. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 49*(2), 131–140.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T., & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioural therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 862–866.
- Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R., & Nixon, R. D. V. (unpublished). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003a). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 706–712.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., & Nixon, R. D. V. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 334–340.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Nixon, R. D. V. (2003b). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 41*(4), 489–494.
- Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supporting counselling techniques. *American Journal of Psychiatry, 156*(11), 1780–1786.
- Bryson, H., Dillingham, K., & Jeffery, P. J. (unpublished-a). A study of the maintained efficacy and safety of paroxetine versus placebo in the long term treatment of posttraumatic stress disorder.
- Bryson, H., Lawrinson, S., Edwards, G. J., & Grotzinger, K. M. (unpublished-b). A 12-week double-blind placebo controlled parallel group study to assess the efficacy and tolerability of paroxetine in patients suffering from posttraumatic stress disorder (PTSD).
- Butterfield, M. I., Becker, M. E., Connor, K. M., Sutherland, S., Churchill, L. E., & Davidson, J. (2001). Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: a pilot study. *International Clinical Psychopharmacology, 16*(4), 197–203.
- Calhoun, P. S., Bosworth, H. B., Grambow, S. C., Dudley, T. K., & Beckham, J. C. (2002). Medical service utilization by veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(12), 2081–2086.
- Campfield, K. M., & Hills, A. M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 14*(2), 327–340.
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 3–24.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(3), 221–240.
- Chan, A. O. M., Air, T. M., & McFarlane, A. C. (2003). Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*(2), 175–181.
- Chou, F. H., Su, T. T., Ou-Yang, W. C., Chien, I. C., Lu, M. K., & Chou, P. (2003). Establishment of a disaster-related psychological screening test. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(1), 97–103.
- Chung, M. Y., Min, K. H., Jun, Y. J., Kim, S. S., Kim, W. C., & Jun, E. M. (2004). Efficacy and tolerability of mirtazapine and sertraline in Korean veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized open label trial. *Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental, 19*(7), 489–494.
- Clarke, M., & Oxman, A. D. (2000). *Cochrane Reviewers' Handbook 4.0*. In The Cochrane Library. Classen, C., Koopman, C., Nevill-Manning, K., & Spiegel, D. (2001). A preliminary report comparing trauma-focused and present-focused group therapy against a wait-list condition among childhood sexual abuse survivors with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 4*(2), 265–288.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). 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, 70*(5), 1067–1074.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 411–416.
- Cohen, H., Kaplan, Z., Kotler, M., Kouperman, I., Moisa, R., & Grisaru, N. (2004). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the right dorsolateral prefrontal cortex in posttraumatic stress disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry, 161*(3), 515–524.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis* (2 ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collins, J. F., & Hyer, L. (1986). Treatment expectancy among psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 42*(4), 562–569.
- Conlon, L., Fahy, T. J., & Conroy, R. (1999). PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(1), 37–44.
- Connor, K. M., Sutherland, S. M., Tupler, L. A., Malik, M. L., & Davidson, J. (1999). Fluoxetine in post-traumatic stress disorder. Randomised, double-blind study. *British Journal of Psychiatry, 175*, 17–22.

- Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., Toprac, M. G., McFarlane, W. R., Shafer, M. S., Blankertz, L. E., Dudek, K., Razzo, L. A., Grey, D. D., & Burke-Miller, J. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 505–512.
- Cooper, H., & Hedges, L. V. (1994). *The Handbook of Research Synthesis*. New York: Russell Sage Foundation Publications.
- Cooper, N. A., & Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, *20*(3), 381–391.
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, *31*(7), 1237–1247.
- Creamer, M., & Forbes, D. (2003). The long term effects of traumatic stress. In G. E. Kearney, M. Creamer, R. Marshall & A. Goynne (Eds.), *Military Stress and Performance: The Australian Defence Force Experience* (pp. 175–186). Melbourne: Melbourne University Press.
- Creamer, M., O'Donnell, M. L., & Pattison, P. (2004). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(3), 315–328.
- CSM (UK Committee on Safety of Medicines). (2004). *Safety of SSRI Antidepressants*. Unpublished manuscript.
- Davidson, J., Kudler, H., Smith, R., Mahorney, S. L., Lipper, S. & Hammett, E. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry*, *47*(3), 259–266.
- Davidson, J., Lipschitz, A., & Musgnung, J. J. (Unpublished). Venlafaxine XR and sertraline in posttraumatic stress disorder: A placebo controlled study.
- Davidson, J., Malik, M., & Travers, J. (1997). Structured interview for PTSD (SIP): Psychometric validation for DSM-IV criteria. *Depression and Anxiety*, *5*, 127–129.
- Davidson, J., Pearlstein, T., Lonnborg, P., Brady, K. T., Rothbaum, B., Bell, J., Maddock, R., Hegel, M. T., & Farfel, G. (2001a). Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: Results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, *158*(12), 1974–1981.
- Davidson, J., Rothbaum, B. O., van der Kolk, B. A., Sikes, C. R., & Farfel, G. M. (2001b). Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *58*(5), 485–492.
- Davidson, J., Weisler, R. H., Butterfield, M. I., Casat, C. D., Connor, K. M., Barnett, S., & van Meter, S. (2003). Mirtazapine vs. placebo in posttraumatic stress disorder: a pilot trial. *Biological Psychiatry*, *53*(2), 188–191.
- Davidson, J. R., Connor, K. M., Hertzberg, M. A., Weisler, R. H., Wilson, W. H., & Payne, V. M. (2005a). Maintenance therapy with fluoxetine in posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled discontinuation study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *25*(2), 166–169, 2005 Apr.
- Davidson, J. R. T. (2004). Remission in post-traumatic stress disorder (PTSD): effects of sertraline as assessed by the Davidson Trauma Scale, Clinical Global Impressions and the Clinician-Administered PTSD scale. *International Clinical Psychopharmacology*, *19*(2), 85–87.
- Davidson, J. R. T., Connor, K. M., Hertzberg, M. A., Weisler, R. H., Wilson, W. H., & Payne, V. M. (2005b). Maintenance therapy with fluoxetine in posttraumatic stress disorder - A placebo-controlled discontinuation study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *25*(2), 166–169.
- Davis, L. L., Jewell, M. E., Ambrose, S., Farley, J., English, B., Bartolucci, A., & Petty, F. (2004). A placebo-controlled study of nefazodone for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder - A preliminary study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *24*(3), 291–297.
- Deville, G. J. (2004). *The Effect Size Generator for Windows*, version 2.3 (computer programme). Swinburne University, Australia.
- Deville, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *31*(2), 73–86.
- Deville, G. J., & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*(1–2), 131–157.
- DeViva, J. C., & Bloem, W. D. (2003). Symptom Exaggeration and Compensation Seeking Among Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(5), 503–507.
- Difede, J., Ptacek, J. T., Roberts, J., Barocas, D., Rives, W., Apfeldorf, W., & Yurt, R. (2002). Acute stress disorder after burn injury: a predictor of posttraumatic stress disorder? *Psychosomatic Medicine*, *64*(5), 826–834.
- Dilk, M. N., & Bond, G. R. (1996). Meta-analysis of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1337–1346.
- DoH (Department of Health) (1996). *Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care Within the NHS*. Leeds: NHS Executive.
- Dolan, L., Bower, D., Freeman, C., & Little, K. (unpublished). Critical incident stress debriefing after trauma: Is it effective?
- Donovan, B., Padin-Rivera, E., & Kowaliw, S. (2001). “Transcend”: Initial outcomes from a posttraumatic stress disorder/substance abuse treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, *14*(4), 757–772.
- Echebura, E., de Corral, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*(3), 185–199.
- Echebura, E., de Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, *21*(4), 433–456.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(3), 457–471.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(4), 413–431.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*(10), 1024–1032.
- Eid, J., Helge Johnsen, B., & Weisæth, L. (2001). The effect of group psychological debriefing on acute stress reactions following a traffic accident: A quasi-experimental approach. *International Journal of Emergency Mental Health*, *3*(3), 145–154.
- Eli Lilly. (unpublished data). Brief trial report only (BIY-MC-HCJL).

- Everly, G. S., Jr., & Mitchell, J. T. (1995). Prevention of work-related posttraumatic stress: The critical incident stress debriefing process. In L. R. Murphy, J. J. Hurrell, S. L. Sauter & G. P. Keita (Eds.), *Job Stress Interventions* (pp. 173–183). Washington DC: American Psychological Association.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The modified PTSD Symptom Scale: A brief self report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, *16*, 161–162.
- Fecteau, G., & Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *27*(3), 201–214.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A., & Foa, E. B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: a preliminary examination. *Journal of Personality Disorders*, *16*(1), 30–40.
- Foa, E. B., Cahill, S. P., Boscarino, J. A., Hobfoll, S. E., Lahad, M., McNally, R. J., & Solomon, Z. (2005). Social, psychological, and psychiatric interventions following terrorist attacks: Recommendations for practice and research. *Neuropsychopharmacology*, *30*(10), 1806–1817.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999a). 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*, *67*(2), 194–200.
- Foa, E. B., Davidson, J., Frances, A., Culpepper, L., Ross, R., & Ross, D. (1999b). The expert consensus guideline series: treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *60*(Suppl 16), 4–76.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *6*(4), 459–473.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, *26*(3), 487–499.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(5), 715–723.
- Foley, T., & Spates, C. R. (1995). Eye movement desensitization of public-speaking anxiety: A partial dismantling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *26*, 321–329.
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (1997). Effectiveness and cost of the inpatient treatment of PTSD: Comparison of three models of treatment. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 758–765.
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (1998). Effects of compensation-seeking on treatment outcomes among veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *186*(4), 223–230.
- Forbes, D., Bennett, N., Biddle, D., Crompton, D., McHugh, T., Elliott, P., & Creamer, M. (2005). Clinical presentations and treatment outcomes of peacekeeper veterans with PTSD: Preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, *162*(11), 2188–2190.
- Forbes, D., Creamer, M., Allen, N., Elliott, P., McHugh, T., Debenham, P., & Hopwood, M. (2002). The MMPI-2 as a predictor of symptom change following treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, *79*(2), 321–336.
- Forbes, D., Creamer, M., & Biddle, D. (2001). The validity of the PTSD checklist as a measure of symptomatic change in combat-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(8), 977–986.
- Forbes, D., Creamer, M., Hawthorne, G., Allen, N., & McHugh, T. (2003). Comorbidity as a predictor of symptom change after treatment in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*(2), 93–99.
- Foy, D. W., Glynn, S. M., Schnurr, P. P., Jankowski, M. K., Wattenberg, M. S., Weiss, D. S., Marmar, C. R., & Gusman, F. D. (2000). Group therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 155–176). New York: The Guilford Press.
- Frommberger, U., Stieglitz, R. D., & Nyberg, E. (2004). Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): a pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *8*, 19–23.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Epstein, R. S., Crowley, B., Vance, K. L., Craig, K. J., & Baum, A. (2000). Measurement of posttraumatic stress disorder in community samples. *Nordic Journal of Psychiatry*, *54*(1), 5–12.
- Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth-Issues in Perinatal Care*, *32*(1), 11–19.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Jenike, M. A., Minichiello, W. E., & Wilhelm, S. (2002). Comorbid posttraumatic stress disorder: impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*(5), 852–854.
- Gersons, B. P., Carlier, I. V., Lamberts, R. D., & van der Kolk, B. A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *13*(2), 333–347.
- Glynn, S.-M., Eth, S., Randolph, E.-T., Foy, D.-W., Urbaitis, M., Boxer, L., Paz, G.-G., Leong, G.-B., Firman, G., Salk, J.-D., Katzman, J.-W., & Crothers, J. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(2), 243–251.
- Grisaru, N., Amir, M., Cohen, H., & Kaplan, Z. (1998). Effect of transcranial magnetic stimulation in posttraumatic stress disorder: A preliminary study. *Biological Psychiatry*, *44*(1), 52–55.
- Hamner, M. B., Faldowski, R. A., Ulmer, H. G., Frueh, B. C., Huber, M. G., & Arana, G. W. (2003). Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: a preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *International Clinical Psychopharmacology*, *18*(1), 1–8.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999a). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(3), 519–525.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999b). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A 2-year prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(6), 985–988.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1326–1336.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, *26*, 21–46.
- Helsley, S., Sheikh, T., Kim, K. Y., & Park, S. K. (1999). ECT therapy in PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *156*(3), 494–495.

- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377–391.
- Hertzberg, M. A., Feldman, M. E., Beckham, J. C., Kudler, H. S., & Davidson, J. R. T. (2000). Lack of efficacy for fluoxetine in PTSD: A placebo controlled trial in combat veterans. *Annals of Clinical Psychiatry, 12*(2), 101–105.
- Hertzberg, M. A., Moore, S. D., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2001). A preliminary study of bupropion sustained-release for smoking cessation in patients with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 21*(1), 94–98.
- HIMH (NSW Health and Hunter Institute of Mental Health), (2002). *Moving Forward: A Focus on Recovery, Wellbeing and Rehabilitation Directions*. Newcastle, NSW: Hunter Institute of Mental Health.
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., & Worlock, P. (1996). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal, 313*(7070), 1438–1439, 1996 Dec 1437.
- Holeva, V., Tarrier, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy, 32*(1), 65–83.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*(7), 904–910.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Events Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209–218.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology, 58*(1), 113–128.
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G., & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine, 34*(1), 19–35.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 185–192.
- Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 25*(2), 311–325.
- Katz, R. J., Lott, M. H., Arbus, P., Crocq, L., Herlobsen, P., Lingjaerde, O., Lopez, G., Loughrey, G. C., MacFarlane, D. J., McIvor, R. (1994). Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder with a novel psychotropic. *Anxiety, 1*(4), 169–174.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 20*(2), 245–260.
- Keller, M. B. (2003). Past, present and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *Journal of the American Medical Association, 289*, 3152–3160.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(Suppl 5), 4–14.
- Kessler, R. C., & Frank, R. G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine, 27*(4), 861–873.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C., & Breslau, N. (1999). Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. In R. Yehuda (Ed.), *Risk Factors For Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 23–59). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048–1060.
- Khouzam, H. R., Ghafoori, B., & Hierholzer, R. (2005). Progress in the identification, diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. In T. A. Corales (Ed) *Trends in Posttraumatic Stress Disorder Research* (pp. 1–28). New Jersey: Nova Science.
- Kirsch, I., Moore, J. T., Scoboria, A., Nicholls S. S. (2002). The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *American Psychiatric Association Prevention and Treatment, 5, Article 23*, <http://www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html>.
- Kosten, T. R., Fontana, A., Sernyak, M. J., & Rosenheck, R. (2000). Benzodiazepine use in posttraumatic stress disorder among veterans with substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(7), 454–459.
- Kosten, T. R., Frank, J. B., Dan, E., McDougle, C. J., & Giller, E. L. (1991). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(6), 366–370.
- Kosten, T. R., Krystal, J. H., Giller, E. L., Frank, J., & et al. (1992). Alexithymia as a predictor of treatment response in post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 5*(4), 563–573.
- Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T. D., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Cutchen, L., Cheng, D., Emmons, S., Germain, A., Melendrez, D., Sandoval, D., & Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder - A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 286*(5), 537–545.
- Kubany, E. S., Abueg, F. R., Owens, J. A., Brennan, J. M., Kaplan, A. S., & Watson, S. B. (1995). Initial examination of a multidimensional model of trauma-related guilt: Applications to combat veterans and battered women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 17*(4), 353–376.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., & et al. (1996). Development and validation of the Trauma- Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment, 8*(4), 428–444.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., & Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress, 16*(1), 81–91.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., & Williams, P. L. (2004). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 3–18.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.-P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. G. (2003a). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 901–909.
- Lange, A., van de Ven, J.-P., & Schrieken, B. (2003b). Interapy: Treatment of post-traumatic stress via the Internet. *Cognitive Behaviour Therapy, 32*(3), 110–124.
- Lee, A., Isaac, M., & Janca, A. (2002a). Post-traumatic stress disorder and terrorism. *Current Opinion in Psychiatry, 15*(6), 633–637.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002b). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology, 58*(9), 1071–1089.



- Lee, C., Slade, P., & Lygo, V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaption in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*, *69*(1), 47–58.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, *24*(6), 637–662.
- Lindauer, R. J. L., Gersons, B. P. R., van Meijel, E. P. M., Blom, K., Carlier, I. V. E., Vrijlandt, I., & Olf, M. (2005). Effects of brief eclectic psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: Randomized clinical trial. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(3), 205–212.
- Litz, B. T., Orsillo, S. M., Friedman, M., Ehlich, P., & Batres, A. (1997). Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for US military personnel. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 178–184.
- Manger, T. A., & Motta, R. W. (2005). The impact of an exercise program on posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression. *International Journal of Emergency Mental Health*, *7*(1), 49–57.
- Marcus, S. C., Marquis, P., & Sakai, C. (2004). Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management*, *11*(3), 195–208.
- Marcus, S. V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, *34*(3), 307–315.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, *55*(4), 317–325.
- Marshall, R. D., Beebe, K. L., Oldham, M., & Zaninelli, R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: A fixed-dose, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, *158*(12), 1982–1988.
- Marshall, R. P., Jorm, A. F., Grayson, D. A., & O’Toole, B. I. (2000). Medical-care costs associated with posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(6), 954–962.
- Martenyi, F., Brown, E. B., Zhang, H., Koke, S. C., & Prakash, A. (2002a). Fluoxetine v. placebo in prevention of relapse in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 315–320.
- Martenyi, F., Brown, E. B., Zhang, H., Prakash, A., & Koke, S. C. (2002b). Fluoxetine versus placebo in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(3), 199–206.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 589–593.
- McCrone, P., Knapp, M., & Cawkill, P. (2003). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the Armed Forces: Health economic considerations. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(5), 519–522.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C. C., Fournier, D., Schnurr, P. P., & Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 515–524.
- McFarlane, A. C., & Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*(8), 498–504.
- McRae, A. L., Brady, K. T., Mellman, T. A., Sonne, S. C., Killeen, T. K., Timmerman, M. A., & Bayles-Dazet, W. (2004). Comparison of nefazodone and sertraline for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *19*(3), 190–196.
- Meltzer-Brody, S., Hartmann, K., Miller, W. C., Scott, J., Garrett, J., & Davidson, J. (2004). A brief screening instrument to detect posttraumatic stress disorder in outpatient gynecology. *Obstetrics and Gynecology*, *104*(4), 770–776.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, *8*, 36–39.
- Mooney, P., Oakley, J., Ferriter, M., & Travers, R. (2004). Sertraline as a treatment for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *21*(3), 100–103.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, J., Bond, F. R., Drake, R. E., & Dain, B. J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*, 410–425.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, *24*(1), 37–74.
- Mueser, K. T., Torrey, W. C., Lynde, D., Singer, P., & Drake, R. E. (2003). Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behaviour Modification*, *27*, 387–411.
- Mulrow, C. D., Cook, D. J., & Davidoff, F. (1997). Critical links in the great chain of evidence. *Annals of Internal Medicine*, *126*, 389–391.
- Munley, P. H., Bains, D. S., Frazee, J., & Schwartz, L. T. (1994). Inpatient PTSD treatment: A study of pretreatment measures, treatment dropout, and therapist ratings of response to treatment. *Journal of Traumatic Stress*, *7*(2), 319–325.
- Najavits, L. M., Gastfriend, D. R., Barber, J. P., Reif, S., Muenz, L. R., Blaine, J., Frank, A., Crits Christoph, P., Thase, M., & Weiss, R. D. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry*, *155*(2), 214–219.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *72*(4), 579–587.
- NCTSN/NCPTSD (National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD) (2006). *Psychological First Aid: Field operations guide*, from [www.ncptsd.va.gov](http://www.ncptsd.va.gov).
- NHMRC (National Health and Medical Research Council) (1999). *A guide to the development implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Unpublished manuscript, Canberra, Australia.
- NHMRC (National Health and Medical Research Council) (2000a). *How to review the evidence: Systematic identification and review of the scientific literature*. Canberra: NHMRC.
- NHMRC (National Health and Medical Research Council) (2000b). *How to use the evidence: Assessment and application of scientific evidence*. Canberra: NHMRC.
- NHMRC (National Health and Medical Research Council) (2001). *How to compare the costs and benefits: Evaluation of the economic evidence*. Canberra: NHMRC.
- NHMRC (National Health and Medical Research Council) (2005a). *NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines*, from [www.health.gov.au/nhmrc/](http://www.health.gov.au/nhmrc/) (Accessed 6 February 2005).

- NHMRC (National Health and Medical research Council) (2005b). *NHMRC Minimum requirements for development of clinical practice guidelines*. Canberra: NHMRC.
- NICE (National Institute for Clinical Excellence) (2005). *The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care* (Vol. 26). Wilshire: Cromwell Press Ltd.
- Norris, F. H., & Riad, J. K. (1997). Standardized self-report measures of civilian trauma and posttraumatic stress disorder. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 7–42). New York: Guilford Press.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Elliott, P., & Atkin, C. (2005). Health costs following motor vehicle accidents: The role of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 557–561.
- Ost, L. G., Paunovic, N., & Gillow, A. M. (unpublished). Cognitive behaviour therapy in the prevention of chronic PTSD in crime victims.
- O'Toole, B. L., Marshall, R. P., Grayson, D. A., Schureck, R. J., Dobson, M., Ffrench, M., Pulvertaft, B., Meldrum, L., Bolton, J., & Vennard, J. (1996). The Australian Vietnam veterans health study: III. Psychological health of Australian Vietnam veterans and its relationship to combat. *International Journal of Epidemiology, 25*(2), 331–339.
- Otto, M. W., Hinton, D., Korbly, N. B., Chea, A., Ba, P., Gershuny, B. S., & Pollack, M. H. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy, 41*(11), 1271–1276.
- Ouimette, P., Humphreys, K., Moos, R. H., Finney, J. W., Cronkite, R., & Federman, B. (2001). Self-help group participation among substance use disorder patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*(1), 25–32.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52–73.
- Paunovic, N., & Ost, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy, 39*(10), 1183–1197.
- Peniston, E. G., & Kulkosky, P. J. (1991). Alpha-theta brainwave neuro-feedback therapy for Vietnam veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. *Medical Psychotherapy: An International Journal, 4*, 47–60.
- Perconte, S. T., & Griger, M. L. (1991). Comparison of successful, unsuccessful, and relapsed Vietnam veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(9), 558–562.
- Pfizer 588. (unpublished data). 12 week double-blind comparison of flexible doses of Lustral (sertraline) versus placebo (primarily female physical/sexual assault population).
- Pfizer 589. (unpublished data). 12 week double-blind comparison of flexible doses of Lustral (sertraline) versus placebo (primarily male veteran population).
- Phillips, S. D., Burns, B. G., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., & Rosenheck, R. A. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services, 52*, 771–779.
- Pitman, R. K., Sanders, K. M., Zusman, R. M., Healy, A. R., Cheema, F., Lasko, N. B., Cahill, L., & Orr, S. P. (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry, 51*(2), 189–192.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*(5), 299–318.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J., Roseheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B. W., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus Criteria for Traumatic Grief. *British journal of Psychiatry, 174*, 67–73.
- Raphael, B. (1986). *When Disaster Strikes: A Handbook for the Caring Professions*. London: Hutchison.
- Reich, D. B., Winternitz, S., Hennen, J., Watts, T., & Stanculescu, C. (2004). A preliminary study of risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood abuse in women. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(12), 1601–1606.
- Renfrew, G., & Spates, C. G. (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*, 231–239.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitiveprocessing 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, 70*(4), 867–879.
- Richards, D. A. (2001). A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management. *Journal of Mental Health, 10*, 351–362.
- Rose, S., Brewin, C. R., Andrews, B., & Kirk, M. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine, 29*(4), 793–799.
- Rosenheck, R., & Siebyl, C. L. (1998). Participation and outcome in a residential treatment and work therapy program for addictive disorders: The effects of race. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1029–1034.
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic, 61*(3), 317–334.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 607–616.
- Rothbaum, B. O., Cahill, S. P., Foa, E.B., Davidson, J. R. T., Compton, J., Connor, K. M., Astin, M. C. & Hahn, C. -G. (2006). Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 19*(5), 625–638.
- Sanderson, A., & Carpenter, R. (1992). Eye movement desensitization versus image confrontation: A single-session crossover study of 58 phobic subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 23*, 269–275.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 25–44.
- Schelling, G., Briegel, J., Roozendaal, B., Stoll, C., Rothenhausler, H. B., & Kapfhammer, H. P. (2001). The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biological Psychiatry, 50*(12), 978–985.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W., Glynn, S. M., Wattenberg, M., & Bernardy, N. C. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder - Results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Archives of General Psychiatry, 60*(5), 481–489.

- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Sengupta, A., Jankowski, M. K., & Holmes, T. (2000). PTSD and utilization of medical treatment services among male Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(8), 496–504.
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., Sengupta, A., & Spiro, A. (2005). A longitudinal study of retirement in older male veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 561–566.
- Shalev, A. Y., Tuval-Mashiach, R., & Hadar, H. (2004). Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 4–10.
- Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment [published erratum appears in *J Anxiety Disord* 1999 Nov-Dec;13(6):621]. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(1–2), 35–67.
- Simon, R. I. (1995). *Posttraumatic stress disorder in litigation: Guidelines for forensic assessment*: American Psychiatric Press.
- Solomon, S., Keane, T., Newman, E., & Kaloupek, D. (1996). Choosing self-report measures and structured interviews. In E. B. Carlson (Ed.), *Trauma Research Methodology* (pp. 56–81). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Solomon, Z. (1989). PTSD and social functioning: A three year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 24*(3), 127–133.
- Sonawalla, S. B., Spillman, M. K., Kolsky, K. R., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Rosenbaum, J. F., & Fava, M. (1999). Efficacy of fluvoxamine in the treatment of major depression with comorbid anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(9), 580–583.
- Southwick, S.-M., Yehuda, R., & Giller, E.-L. (1993). Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*(7), 1020–1023.
- StataCorp (2004). Stata Statistical Software (version 8.2). College Station, TX: StataCorp. Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Stein, M. B., Kline, N. A., & Matloff, J. L. (2002). Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: A double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry, 159*(10), 1777–1779.
- Steindl, S. R., Young, R. M., Creamer, M., & Crompton, D. (2003). Hazardous alcohol use and treatment outcome in male combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 16*(1), 27–34.
- Switzer, G. E., Dew, M. A., Thompson, K., Goycoolea, J. M., Derricott, T., & Mullins, S. D. (1999). Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *Journal of Traumatic Stress, 12*(1), 25–39.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., & Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(2), 191–202.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 330–338.
- Terr, L. C. (1991). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. In M. Lewis (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (pp. 755–763). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Triffleman, E. (2000). Gender differences in a controlled pilot study of psychosocial treatments in substance dependent patients with post-traumatic stress disorder: Design considerations and outcomes. *Alcoholism Treatment Quarterly, 18*(3), 113–126.
- Tucker, P., Ruwe, W. D., Masters, B., Parker, D. E., Hossain, A., Trautman, R. P., & Wyatt, D. B. (2004). Neuroimmune and cortisol changes in selective serotonin reuptake inhibitor and placebo treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 56*(2), 121–128.
- Tucker, P., Zaninelli, R., Yehuda, R., Ruggiero, L., Dillingham, K., & Pitts, C. D. (2001). Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: Results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(11), 860–868.
- VA/DoD (Department of Veterans Affairs/Department of Defense) (2004). *VA/DoD Clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress, version 1.0*. Washington DC: Veterans Health Administration, Department of Defense.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 413–423.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., & et al. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry, 153*(Suppl), 83–93.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389–399.
- Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5*, 126–144.
- van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy, 40*(4), 439–457.
- Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W. & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*(4), 283–291.
- Walker, E. A., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, A. W. (2003). Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Archives of General Psychiatry, 60*(4), 369–374.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety, 13*(3), 132–156.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS, San Antonio.
- Weinstein, D., & Hughes, R. (2000). Understanding severe and persistent mental illness. In R. Hughes & D. Weinstein (Eds.), *Best Practices in Psychosocial Rehabilitation* (pp. 35–62). Columbia: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- Weiss, D. (1997). Structured Clinical Interview Techniques. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 493–511). New York: Guilford Press.
- Wells, K. B. (1999). Treatment research at the crossroads: the scientific interface of clinical trials and effectiveness research. *American Journal of Psychiatry, 156*, 5–10.
- Wilson, J.-P., & Keane, T.-M. (1997). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press.

- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 2(3), 551–8.
- Zatzick, D. F., Kang, S. M., Kim, S. Y., Leigh, P., Kravitz, R., Drake, C., Sue, S., & Wisner, D. (2000). Patients with recognized psychiatric disorders in trauma surgery: incidence, inpatient length of stay, and cost. *Journal of Trauma - Injury Infection and Critical Care*, 49(3), 487–495.
- Zatzick, D. F., Roy-Byrne, P., Russo, J. E., Rivara, F. P., Koike, A., Jurkovich, G. J., & Katon, W. (2001). Collaborative interventions for physically injured trauma survivors: a pilot randomized effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry*, 23(3), 114–123.
- Zlotnick, C., Davidson, J., Shea, M. T., & Pearlstein, T. (1996). Validation of the Davidson Trauma Scale in a sample of survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(4), 255–257.
- Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 425–436.
- Zohar, J., Amital, D., Miodownik, C., Kotler, M., Bleich, A., Lane, R. M., & Austin, C. (2002). Doubleblind placebo- controlled pilot study of sertraline in military veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 190–195.