Міністерство охорони здоров'я України

Національна академія медичних наук України

Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи

ДІАГНОСТИКА, ТЕРАПІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Методичні рекомендації

Харків

2014

Міністерство охорони здоров'я України

Національна академія медичних наук України

Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи

УЗГОДЖЕНО	УЗГОДЖЕНО
Начальник лікувально-профілактичного управління	Директор Департаменту медичної допомоги МОЗ України
_____ д.м.н. О.О. Петриченко	_____ С. Г. Хотіна
«___» _____ 2014 р.	«___» _____2014 р.

ДІАГНОСТИКА, ТЕРАПІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Методичні рекомендації

Київ - 2014

Установа-розробник:

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Укладачі:

д.мед.наук, проф. Волошин Петро Власович	(057) 738-33-87
д.мед.наук, проф. Марута Наталія Олександрівна	(057) 738-32-25
д. психол.наук, проф. Шестопалова Людмила Федорівна	(057) 771-68-72
д.мед.наук Лінський Ігор Володимирович	(057) 738-15-36
д.мед.наук, проф. Підкоритов Валерій Семенович	(057) 738-40-39
канд.психол.н., проф. Ліпатов Іван Іванович	(057) 771-68-72
лікар-психіатр Бучок Юрій Степанович	(057) 771-68-72
провідний психіатр Заворотний В’ячеслав Іванович	(057) 759-82-59

Рецензент: д. мед. наук, проф. Пшук Наталія Григорівна

Заступник голови експертної проблемної комісії «Психіатрія. Медична психологія» МОЗ та НАМН України, д. мед. наук, проф. Ганна Михайлівна Кожина

© ДУ «Інститут неврології, психіатрії
та наркології НАМН України»

ЗМІСТ

Перелік скорочень…….……5
Вступ …….……..6
1. Клінічна картина посттравматичних стресових розладів
та розладів адаптації в учасників бойових дій…..…….……..……..8
1.1 Клінічна картина посттравматичних стресових розладів..……..…….9
1.2 Клінічна картина розладів адаптації...…….....……...16
1.3 Посттравматичні стресові розлади і розлади адаптації у дітей……....22
2. Основні принципи та критерії діагностики посттравматичних
стресових розладів і розладів адаптації …….……..…23
2.1 Критерії діагностики посттравматичних стресових розладів ……...….23
2.2 Критерії діагностики розладів адаптації …….……..…….26
3. Диференційна діагностика посттравматичних стресових розладів
і розладів адаптації …….…….……..……...…..28
4. Лікування та профілактика посттравматичних стресових розладів
і розладів адаптації ……..…….……..…..….33
4.1 Фармакотерапія посттравматичних стресових розладів ……....34
4.2 Психотерапія та психокорекція посттравматичних
стресових розладів…….....37
4.3. Фармакотерапія розладів адаптації …….…….……...42
4.4 Психотерапія і психокорекція розладів адаптації ……..…..……45
4.5 Профілактика посттравматичних стресових розладів
і розладів адаптації …….……..……..…...47
Висновки…….…….50
Перелік рекомендованої літератури…….……512
Додатки ……53

Перелік скорочень

АД – антидепресанти

ГСР – гостра стресова реакція

ЕКГ – електрокардіографія

ЗС – збройні сили

МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду

НГ – Національна гвардія

КБТ – когнітивно-біхевіоральна терапія

КТБ – когнітивна терапія Бека

МВС – Міністерство внутрішніх справ

МО – Міністерство оборони

ППК – психокорекційно-психотерапевтичний комплекс

ПМР – прогресивна м’язова релаксація

ПТСР – посттравматичні стресові розлади

РА – розлади адаптації

СБУ – Служба безпеки України

СІЗЗС – селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну

ТМП – техніки, що моделюють поведінку

ТЦА – тетрациклічні антидепресанти

ЧСС – частота серцевих скорочень

CAP – клінічна діагностична шкала

NaSSA – норадренергічні та специфічні серотонінергічні агенти

NDRI – інгібітори зворотного захоплення норадреналіну та дофаміну

MMPI – багатопрофільний мінесотський особистісний опитувальник

SARI – серотонін-2 антагоністи / інгібітори зворотного захвату

SNRI – інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну

SCL-90-R – опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики

Вступ

Останні три десятиліття вітчизняної історії були насичені доленосними, драматичними, екстремальними за своєю силою подіями. Змінювались соціально-економічні формації, руйнувались ідеологічні системи, відбувались техногенні (аварія на ЧАЕС тощо) та природні катастрофи. Сучасні трагічні події (бойові дії в зоні АТО) призвели до великої кількості загиблих і поранених, а також осіб, які змушені залишити свої домівки та стати біженцями. Ще більше людей, що мешкають поза зоною бойових дій, перебувають у стані тривоги за себе, за своїх дітей, родичів, напруженого очікування поганих новин.

Результати низки науково-дослідних робіт, які було започатковано в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» в 1998 році і здійснюються по теперішній час, переконливо свідчать, що переживання людиною життєвонебезпечних подій неминуче призводить до різноманітних негативних медико-психологічних та соціально-психологічних наслідків. Найбільш психотравмуючий вплив на психічне здоров'я людини, якість життя та психологічне благополуччя здійснюють бойові події, терористичні акти та насилля проти особистості. Клінічна картина психічної патології в даних контингентів представлена широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів – від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології, серед яких переважають посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації (РА). Вивчення поширеності ПТСР, проведене в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», показало, що 100 % осіб, що пережили важку психічну травму у вигляді насильства проти особистості (замах на вбивство, нанесення важких тілесних ушкоджень, зґвалтування, торгівля людьми та ін.), мали порушення психічного здоров'я або у вигляді повного варіанта ПТСР (56 %), або його окремих ознак (44 %). Психічні розлади, які виникають внаслідок бойових дій і військових конфліктів, мають

особливо тяжкі та сталі прояви. Так, згідно з результатами досліджень, у 19 % ветеранів війни в Афганістані через 25 років після завершення бойових дій було виявлено клінічний варіант ПТСР, у 25 % – окремі симптоми [1,7].

ПТСР та РА є однією з найбільш частих і несприятливих форм психічних порушень у осіб, що пережили життєвонебезпечні ситуації, та займають центральне місце в числі так званих нових пограничних психічних розладів, що виокремлюють в останнє десятиліття. Вплив травматичних подій розповсюджується не тільки на безпосередні жертви, а й набагато ширше, ефекти травматизації охоплюють їх сім'ї, оточення, працівників рятувальних служб тощо. Головними особливостями сучасних екстремальних подій, які склались зараз в Україні, є: від надзвичайних подій потерпає безпрецедентно велика кількість громадян; події мають непрогнозований тривалий характер; негативного інформаційно-психологічного впливу зазнає практично все населення країни.

Складні психопатологічні порушення, безумовно, потребують істотної корекції існуючих підходів до їх лікування, яка має знайти своє відображення в нових стандартах надання медико-психологічної та психіатричної допомоги жертвам екстремальних подій воєнного часу. Це, в першу чергу, стосується підходів до діагностики, лікування та профілактики різноманітних психічних порушень, що виникають внаслідок травматичних подій, а також системи надання психологічної та психіатричної допомоги особам, які страждають від зазначених розладів.

Методичні рекомендації призначені для лікарів-психіатрів, в тому числі лікарів-психіатрів МО, МВС і СБУ, лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, психологів, практичних психологів, а також лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Методичні рекомендації не мають аналогів і видаються в Україні вперше.

1. КЛІНІЧНА КАРТИНА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Психічні розлади під час бойових конфліктів є розповсюдженими формами патологічних станів, які виникають як у військово-службовців ЗС України, бійців НГ та полонених, так і в їх родичів та біженців, які вимушено лишили місця постійного мешкання.

Клінічна картина психічної патології у даних контингентів представлена широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів – від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології.

З найбільшою частотою серед вказаних контингентів спостерігалися посттравматичні стресові розлади (F43.1) та розлади адаптації (F43.2).

Слід відзначити, що РТСР та РА проявляються переважно емоційно-афективними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних та пристосувальних особистісних реакцій в умовах заушкоджуючої дії стресогенних чинників.

Для *військовослужбовців та бійців Національної гвардії* чинниками психічної травматизації є:

– реальна загроза життю, яка виникала при пересуванні на позиції без відповідного захисту;

– загроза підриву на вибухових пристроях;

– загроза загибелі під вогнем снайперів;

– постійне очікування загострення ситуації;

– необхідність бачити тіла загиблих та торкатися до них;

– спілкування з важко пораненими.

У *полонених* виявляються інші психотравмуючі чинники у вигляді:

- стану невизначеності та невідомості, відсутності вірогідної інформації;

- небезпеки непередбачуваних дій терористів, тяжких побутових умов, відсутності їжі, води, можливостей задовольнити природні потреби;

- чутки про значну кількість загиблих у полоні;

- загроз, що спричиняли думки про розправу та загибель.

У *біженців* психотравмуючої дії набували наступні чинники:

- невизначеність стану та відсутність достовірної інформації про ситуацію в місті помешкання;

- побоювання втрати майна, що лишилося без нагляду;

- побутова невлаштованість, нестача грошей;

- відсутність роботи, труднощі влаштування дітей до дитячих садків та шкіл;

- занепокоєння відносно родичів, що лишилися у місцях бойових дій.

Для *родичів* військовослужбовців ЗС та бійців НГ патогенними виступають наступні фактори:

- побоювання за життя близьких, які беспосередньо беруть участь у бойових діях;

- інформація про поранених та загиблих бійців, що несли службу разом з їх родичами.

Описані психогенії впливали на клінічну симптоматику психічних розладів та їх перебіг.

1.1 Клінічна картина посттравматичних стресових розладів

Клінічно ПТСР характеризується повторними кошмарними сновидіннями або нав'язливими спогадами про пережиті психотравмуючі події у поєднанні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилося. При цьому типова наявність у таких осіб симптомів підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості, депресії, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливості, безсоння, труднощів концентрації уваги. Деякі пацієнти говорять

про нездатність згадати ці події за своїм бажанням (незважаючи на їхні яскраві нав'язливі спогади іншим часом), про відчуття нечутливості, відчуженості, а також про зниження інтересу до повсякденної діяльності. Ці симптоми нерідко поєднуються з сексуальними розладами, суїцидальними думками, зловживанням алкоголем або наркотиками.

Поряд із клінічною симптоматикою існують «теми» переживань, що повторюються за типом кліше у багатьох хворих на ПТСР: постійний страх, що травмуюча подія може повторитися в дійсності та у сновидіннях; сором за свою мниму безпорадність; ідентифікація себе з загиблими або потерпілими. До розповсюджених симптомів ПТСР належать також порушення у вигляді поверхневого характеру нічного сну, страхітливих сновидінь, зміст яких «дублює» психотравмуючу ситуацію.

Особливим симптомом повторного переживання стресора є флешбеки – миттєве, без видимих причин, відтворення з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у сполученні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

Досить вираженими є симптоми уникання – прагнення позбутися будь-яких міркувань, переживань і спогадів про травму. Внаслідок цього виникає почуття віддаленості, відчуженості від оточуючих, що виявляється в прагненні до відособленого, ізольованого способу життя. Типовою є втрата інтересу до колишніх життєвих цінностей. Хворі скаржаться на відчуття скороченої життєвої перспективи, небажання будувати будь-які плани на майбутнє, часті думки про швидку смерть. Спостерігається втрата яскравості емоційних реакцій, почуття любові навіть стосовно найближчих і значущих людей. Ангедонічна симптоматика стає джерелом додаткової травматизації хворого.

Досить розповсюдженим є симптом психогенної амнезії. Травматичні спогади первісно зберігаються в пам'яті у вигляді обривкових сенсорних фрагментів, семантично непов'язаних воєдино, а при повторному переживанні ситуації мимоволі постають у свідомості у формі різних сомато-сенсорних

дисоціативних проявів різної модальності, до яких відносяться і флешбеки. Неконтрольовані спалахи гніву з незначних причин, що часом переходять у приступи ауто- і гетероагресії, хворі вважають однією з основних проблем.

У багатьох пацієнтів відмічаються симптоми гіпертрофованої неадекватної пильності – постійне чекання небезпеки і готовність до негайних дій з метою її уникання. Досить розповсюдженими є ознаки депресії, що в одних випадках розвиваються відразу після травми, в інших – перші симптоми з'являються через кілька місяців і, навіть, років. Особливим переживанням є тяжке почуття провини перед загиблими, яке відчувають пацієнти, що вижили. На додаток до перерахованих вище симптомів часто спостерігаються вегетативні розлади (частішають дихання та пульс, почервоніння шкірних покровів, посилення потовиділення і т.д.) у тих обставинах, що викликають асоціації з травматичною ситуацією або ще будь-яким чином з нею пов'язані.

Вага та значущість осьових симптомів ПТСР та коморбідної афективної патології дозволяє виділити декілька клінічних варіантів ПТСР: *тривожний, астенічний, дисфоричний, іпохондричний, дисоціативний та змішаний.*

Тривожний варіант характеризується високим рівнем немотивованої тривоги, часто на тлі зниженого настрою з нав’язливими переживаннями і уявленнями, що відображають події пережитої психотравмуючої ситуації. Для цих хворих характерно відчуття внутрішнього дискомфорту, напруження, дратівливості. Відмічаються порушення сну, які характеризуються важкістю засинання з домінуванням тривожних думок про свій стан здоров’я, страхом перед жахливими сновидіннями (епізоди бойових дій, насильства, загибелі рідних, часто сцени розправи з самим хворим). Хворі навмисно відтягують настання сну. Для них характерні пароксизмальні вечірньо-нічні стани з відчуттям нестачі повітря, прискоренням серцебиття, з підвищеною пітливістю, відчуттям ознобу або приливами жару.

Астенічний варіант характеризується домінуванням почуття слабкості та млявості. Фон настрою знижений і поєднується з переживанням байдужості до подій, що раніше викликали інтерес до життя. Поведінка цих хворих

відрізняється пасивністю, притаманні прояви ангедонії, почуття безперспективності, страх перед виконанням роботи, яка раніше не викликала серйозних перешкод. Протягом тижня декілька разів у пацієнтів виникають нав'язливі переживання епізодів психотравмуючої ситуації. Однак на відміну від тривожного варіанту у даних хворих ці спогади позбавлені яскравості, емоційної забарвленості. Порушення сну характеризуються відсутністю почуття відпочинку після сну. Поведінка уникання для них непритаманна, хворі рідко приховують свої переживання і, як правило, самостійно звертаються за допомогою.

Для *дисфоричного варіанту* характерні постійні переживання внутрішньої невдоволеності, дратівливість на тлі пригніченого настрою. Хворі відмічають високий рівень агресивності, прагнення перенести на оточуючих дратівливість та лють. Домінують уявлення агресивного змісту у вигляді картин покарання, суперечок із застосуванням фізичної сили, що викликає відчуття страху та примушує обмежити свої контакти з оточуючими до мінімуму. Ці хворі часто не можуть стримувати свої бурхливі емоційні реакції на зауваження, про що потім шкодують. Поряд з цим у них виникають невимушені уявлення та спогади психотравмуючої ситуації сценоподібного характеру (часто картини насильства з активною участю самого хворого). Зовнішньо пацієнти виглядають похмурими, їм притаманна міміка з відтінком невдоволення та дратівливості, поведінка характеризуються підкресленою обережністю. Типовою є поведінка уникання, замкнутість та малослівність. Активно скарг хворі не пред'являють і потрапляють до лікарів-психіатрів у зв'язку з поведінковими порушеннями, які помічаються родичами або колегами по роботі.

Іпохондричний варіант характеризується наявністю постійних різноманітних соматичних скарг. Має місце формування сталої поведінки уникання. Симптоми емоційного заціпеніння та феномени "флешбек" при цьому варіанті клінічної картини зустрічаються досить рідко. Депресивний афект представлений недиференційованою гіпотимією з чіткими тривожно-

фобічними включеннями. Ідеаторний компонент більш представлений іпохондричною фіксацією на соматичних відчуттях та пароксизмальних нападах, які супроводжуються вираженою тривогою щодо очікування їх виникнення. Симптоми гіперзбудження та переживання психотравмуючої ситуації для них менш характерні.

При с*оматоформному варіанті* у хворих має місце витіснення психотравмуючих переживань, які заміщаються збільшенням кількості скарг здебільш соматичного характеру (кардіалогічних, церебральних, гастроентерологічних). В структурі розладу домінують симптоми емоційної неврівноваженості, які поєднуються з ознаками поведінки уникання.

Хворим зі *змішаним варіантом* притаманні скарги та психопатологічні порушення, які характерні одразу для декількох варіантів клінічної картини ПТСР.

На підставі вивчення особливостей і закономірностей динаміки клінічної симптоматики ПТСР можна виділити декілька типів його перебігу.

Прогредієнтний тип перебігу ПТСР характеризується тим, що клінічна картина розладу представлена симптомами вторгнення, уникання і гіперактивації та протягом всього захворювання має незначні зміни за своїм змістом. В той же час інтенсивність і частота проявів даної симптоматики помітно зростає, приводячи до суттєвого обтяжування клінічної картини. В першу чергу, зростає вираженість нав'язливих спогадів, думок і відчуттів. Меншою мірою змінюється частота флешбек-феноменів.

Для хворих з даним типом перебігу ПТСР властиво, перш за все, посилення афективних порушень. Якщо на початкових етапах захворювання в клінічній картині переважає тривожна симптоматика, то надалі домінують симптоми депресивного регістру. Їх інтенсивність наростає від субдепресивного рівня до депресивного помірного ступеня тяжкості. В структурі депресивного афекту поступово з'являються симптоми апатії і/або дисфорії. Також у пацієнтів відзначається посилення симптоматики, яка відображає існуючі поведінкові порушення. З часом вони стають більш

вираженими, помітно проявляються ознаки агресивності, а також симптоми, що характеризують поведінку уникання. Все це призводить до зростання відчуженості і посилення соціальної ізоляції, зміцнення відчуття безперспективності майбутнього, а також зниження інтенсивності вищих емоцій. Крім того, спостерігається посилення симптомів вегетативної гіперреактивності: прискорене серцебиття, гіпергідроз шкіри, посилення вазомоторних реакцій, а також диссомнічна симптоматика.

Однією з ознак несприятливого перебігу ПТСР є стійкі суїцидальні думки і тенденції. Про прогредієнтність і хронізацію процесу свідчить формування і розвиток коморбідної патології у вигляді різних форм хімічної залежності (переважно, алкоголізації). Відмічається зловживання транквілізаторами або антидепресантами, без формування клінічних ознак хімічної залежності. Прогноз ефективності фармакотерапії і психотерапії у пацієнтів з прогредієнтним типом перебігу ПТСР найбільш несприятливий. У них відмічається відносна резистентність до різних форм терапії, що може бути негативною прогностичною ознакою розвитку соціально-психологічної і професійної дезадаптації, формування хронічних змін особистості (F 62.0).

Стабільний тип перебігу характеризується тим, що клінічні ознаки психічного розладу за змістом та за інтенсивністю проявів не мають значущих коливань, тобто є постійними. Вираженість симптомів вторгнення, уникання і гіперактивації залишається без помітних змін. Стійкими є нав'язливі думки і сновидіння, що відображають особливості травматичної події, а також прояви вегетативної гіперреактивності. Флешбеки, хоча і виявляються дещо рідше, ніж інші симптоми вторгнення, проте їх інтенсивність також стабільна. Афективні порушення у вигляді тривожної і депресивної симптоматики, так само як і прояви дратівливості і агресивності, є постійними і стабільними. Помірними, але досить помітними, без ознак суттєвої динаміки є прояви соціальної ізоляції і дезадаптації у сфері професійних і міжособистісних відносин. У деяких хворих спостерігаються помірні за інтенсивністю, але досить стійкі суїцидальні думки, які не переходять в суїцидальні наміри і дії.

Стабільний тип перебігу клінічної симптоматики протягом тривалого часу можна розглядати як умовно позитивну прогностичну ознаку.

Регредієнтний тип характеризується вираженою тенденцією до редукції симптоматики, що складає основу клінічної картини ПТСР, а також її інтенсивності. У хворих з даним типом перебігу має місце редукція симптомів вторгнення, в першу чергу, флешбеків. Саме зменшення їх інтенсивності призводить до зниження вираженості афективної симптоматики, проявів дезадаптивної поведінки і вегетативної гіперреактивності. Відмічається зниження інтенсивності симптомів тривожного і депресивного регістру, зменшуються прояви агресивності і відчуженості, а також ознаки соціальної ізоляції. У хворих з регредієнтним типом перебігу з'являється відчуття перспективи і змін на краще в майбутньому. Суттєво піддаються редукції диссомнічні розлади, зменшуються дратівливість і спалахи гніву. В клінічній картині пацієнтів з регредієнтним типом перебігу ПТСР спостерігається значуща позитивна динаміка у відповідь на застосування фармакотерапії і, особливо, психотерапії. Це виявляється у підвищенні рівня міжособистісного, професійного і соціального функціонування, якості життя в цілому, що свідчить про сприятливий прогноз подальшого перебігу захворювання.

В основі формування різних клінічних варіантів і типів перебігу ПТСР лежать складні патерни чинників (особливості травматичної події, демографічні, соціальні, клінічні, соціально- та індивідуально-психологічні чинники, характеристики стану здоров'я). Чинники, що складають патерни, характеризуються складною внутрішньою взаємодією і взаємним впливом. Один і той же чинник у різних людей може бути запускаючим, підтримуючим, потенціюючим, або стримуючим і протекторним відносно виникнення у них психічних порушень.

Визначальними з усіх чинників формування і розвитку ПТСР є особливості психотравмуючої події, індивідуальна значущість психотравми, рівень соціальної підтримки, особистісні особливості (механізми психологічного захисту і копінг-стратегії, характеристики емоційної сфери,

рівень фрустраційної толерантності і т. ін.), а також фактори ризику (стать, вік, наявність психічних розладів та психотравмуючих подій в анамнезі, низький соціально-економічний статус). Для розвитку ПТСР найбільш значущими є характеристики пережитої катастрофи (більш важкий, масивний, інтенсивний і тривалий вплив екстремальних чинників), наявність поранень і фізичних травм, перевага в структурі захисних механізмів проекції і регресії. Індивідуально-психологічні чинники виступають у якості основної опосередковуючої ланки у формуванні того чи іншого типу перебігу ПТСР.

Для формування прогредієнтного типу перебігу ПТСР визначальними чинниками є: особливості психотравмуючої події і його висока індивідуальна значущість для потерпілого; тривалий час експоненції психотравми; низькі фрустраційна толерантність і адаптивний потенціал особистості; вік, в якому була перенесена психотравма (діти і особи старшого віку є більш уразливими).

Для стабільного типу перебігу ПТСР значущими є такі чинники: помірні показники індивідуальної значущості психотравми; помірні або низькі характеристики фрустраційної толерантності і адаптивного особистісного потенціалу; особливості соціального, професійного і міжособистісного функціонування.

Регредієнтний тип перебігу ПТСР визначається наступними чинниками: низька індивідуальна значущість психотравми; короткі терміни її експоненції; висока фрустраційна толерантність, наявність адаптивних копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту; високий соціальний і матеріальний статус.

1.2 Клінічна картина розладів адаптації

В залежності від особливостей домінуючої клінічної симптоматики можна умовно виділити 2 основні клінічні варіанти РА: *афективний* і *поведінковий*. Афективний варіант РА містить три підваріанти: *депресивний, тривожний* і *змішаний*.

Депресивний підваріант (відповідає діагностичним критеріям пролонгованої депресивної реакції – F 43.21) характеризується зниженим фоном настрою до субдепресивного або депресивного рівня легкого ступеня, з елементами депресивної оцінки себе, оточуючого середовища і перспективи. Періодично виникають відчуття суму, пригніченості, смутку, підвищена плаксивість. Пригнічений стан супроводжується емоційною нестійкістю, фіксацією на негативних подіях свого життя. На цьому фоні часто виникають відчуття безвихідного становища щодо життєвої ситуації, самотності, безпорадності і безпомічності, залежності від оточуючих людей і обставин. Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб і вимог, зменшенням мотивації до трудової діяльності. Думки хворих значну частку часу (але не постійно) фіксовані на негативних подіях власного життя, своєму тяжкому стані. Але песимістичні судження не виходять за рамки трактування реальних подій і ніколи не сягають ступеня безвихідності і приреченості. Виникає певне звуження кола постійних інтересів і захоплень, міжособистісні стосунки можуть набувати відтінок пасивності і байдужості. Періодично хворі можуть скаржитись на труднощі з концентрацією уваги, на ускладнення при прийнятті рішень і визначенні своєї відповідальності, зниження рівня спонукань. В клінічній картині також мають місце в’ялість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності й пасивності.

Тривожний підваріант (відповідає діагностичним критеріям рубрики F 43.23 “Розлад адаптації з перевагою порушень інших емоцій”). Він характеризується поєднанням різних виникаючих час від часу проявів тривожного регістру, таких як: відчуття психічного і фізичного дискомфорту; немотивована напруженість; нав’язливі уявлення, побоювання та хвилювання, що спрямовані в майбутнє; загальна стурбованість та нервозність; неможливість розслабитися; відчуття внутрішнього тремтіння або “дискомфорт” і “тиск” у грудях. Може відмічатись епізодично виникаюче відчуття безпредметної тривоги, неспокійного очікування будь-якого лиха або

неприємностей, побоювання за себе та своїх рідних. Виникнення тривожних думок інколи визначає і розлади сну, які при цьому характеризуються труднощами із засинанням, порушенням його глибини й тривалості. Відмічається схильність хворих до рефлексії, яка проявляється у сумнівах щодо своєї поведінки, пошуку "правильних" її мотивів, невпевненості щодо своїх здібностей. Поряд з нерішучістю можуть спостерігатись спалахи нервозності та дратівливості, що спрямовані, як правило, на самого хворого. Значне місце в клінічній картині у цих пацієнтів посідають виражені соматовегетативні порушення. Найбільш часто виникають скарги на запаморочення, головний біль, блідість або почервоніння шкіри, лабільність артеріального тиску, тахікардію, відчуття оніміння або похолодання кінцівок, приливи жару або холоду, підвищену пітливість, ускладнення під час дихання, відчуття клубка у горлі, нудоту, важкість у епігастральній зоні. Також має місце виражена астенічна симптоматика, яка проявляється у вигляді неуважності й незібраності, розбитості та дратівливої слабкості, а також швидкій виснажливості.

Змішаний підваріант (тривожно-депресивний) відповідає діагностичним критеріям рубрики F 43.22 "Змішана тривожна і депресивна реакція". Він характеризується поєднанням клінічних ознак двох перших варіантів. Тривожні і депресивні порушення при розладах адаптації не сягають того ступеня, який дав би змогу діагностувати інший депресивний або тривожний психічний розлад психогенної природи. Особливістю клінічного прояву тривожного компонента при цьому варіанті РА є поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги у вигляді тривожних думок, побоювань, спрямованих у майбутнє, хвилювання або нерішучості щодо прийняття рішень тощо. Поряд з цим може відмічатися більша питома вага соматовегетативних порушень, ніж при тривожному варіанті РА. До найбільш характерних симптомів можна віднести вазомоторну лабільність у вигляді почервоніння або блідості обличчя, похолодання або підвищеної пітливості кінцівок, відчуття перебоїв у серці або нестатку повітря, дискомфорту в епігастральній зоні, запаморочення, відчуття

„втрати ґрунту під ногами”. Порушення сну характеризуються тривалим періодом засинання, коли хворі не можуть позбавитися неприємних і тривожних думок, частими пробудженнями серед ночі. При цьому варіанті розладу мають місце і деякі прояви порушення поведінки, які можна було б визначити як агресивно-гіперстенічні. Однак у повсякденному житті така “гіперстенічність” виявляється малопродуктивною і більше спрямована на сварки та загальний неспокій, ніж пошук реальних можливостей їх уникнення та розв’язання складних життєвих ситуацій.

Варіанту РА *з порушеннями поведінки* (за МКХ-10 рубрика F 43.24 “Розлад адаптації з перевагою порушення поведінки”) відповідає наявність в клінічній картині симптомів дезадаптивної або дизсоціальної поведінки, порушень повсякденного функціонування, соціальної дезадаптації тощо, при цьому вказані прояви чітко пов’язані за часом з фактом психотравмуючої події. Подібний варіант розладу характеризується надмірною збудливістю та дратівливістю, нервозністю та короткочасними ситуаційно обумовленими реакціями образи, гніву, навіть агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Також характерними симптомами є нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих у своїх негараздах. В клінічній картині можуть бути присутні соматовегетативні симптоми, але їх вираженість ніколи не сягає значного рівня. Треба зазначити, що ці порушення поведінки не є постійними, глибоко вкоріненими стереотипами. Тобто, вони були непритаманні хворим до факту психотравмуючого впливу, проявляються парціально, не торкаючись усіх сфер життя одразу.

На підставі закономірностей динаміки клінічної симптоматики розладів адаптації можна виділити наступні *типи їх перебігу*: *прогресуючий, рецидивуючий, регредієнтний.*

Перший тип характеризується *прогресуючим* обтяженням і ускладненням клінічної симптоматики *з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми* (згідно з МКХ-10 - депресивні епізоди, тривожні й тривожно-депресивні

розлади, розлади особистості). Тобто клінічна картина змінюється як за своїм змістом, так і за інтенсивністю проявів її симптомів. При цьому типі перебігу РА спостерігається зростання інтенсивності і спектру проявів, в першу чергу, афективних порушень.

Ускладнення структури клінічної картини виражається у вигляді змін настрою від субдепресивного рівня до депресивного помірного ступеня тяжкості. Це супроводжується зростанням емоційної нестійкості, фіксацією на психотравмуючих спогадах, формуванням дезадаптації в сферах професійних, міжособистісних і соціальних стосунків. Найчастішим негативним наслідком прогресуючого типу перебігу РА з переважанням в клінічній картині афективних порушень є трансформація в депресивні епізоди різного ступеня тяжкості (F 32). Динаміка тривожних проявів, таких, як загальна стурбованість і нервозність, невмотивована напруженість, відчуття психічного і фізичного дискомфорту, нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, які спрямовані не тільки в минуле, але й у майбутнє, відчуття безпредметної тривоги або страху за себе і своїх рідних, у вигляді зростання їх частоти і інтенсивності протягом більше 6 місяців дозволяє говорити про трансформацію розладів адаптації в тривожні або тривожно-депресивні розлади (F 41.1 – F 41.3).

Прогресуючий тип перебігу РА з домінуванням в клінічній картині поведінкових розладів характеризується зростанням інтенсивності реакцій ворожості, агресивності й жорстокості, ознак соціальної відгородженості, формуванням дезадаптивної і дизсоціальної поведінки, яка ускладнює професійне, міжособистісне і соціальне функціонування. Можливою несприятливою динамікою даних порушень є їх трансформація або в хронічні зміни особистості (F 62.0), або, за наявністю попередньої психологічної уразливості у вигляді відповідної акцентуації характеру, в специфічні (F 60) або змішані розлади особистості (F 61).

Домінуючою характеристикою *рецидивуючого* типу перебігу РА є хвилеподібні коливання основної клінічної симптоматики. Ремісії, які

характеризуються практично повною відсутністю ознак розладу, є різними за своєю тривалістю, як і тривалість рецидивів.

Клінічна симптоматика у вигляді афективних і поведінкових порушень, що складають зміст рецидиву, майже ніколи за своєю інтенсивністю не перевищує первинні прояви розладу. Проте, деякі мінімальні ознаки дезадаптивної поведінки можуть зберігатися навіть під час так званої ремісії. Крім того, виникнення частих рецидивів є фактором ризику переходу рецидивуючого типу перебігу РА в прогресуючий, з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми (здебільшого це стосується "Пролонгованої депресивної реакції" (F 43.21)). Однак найчастішим варіантом динаміки цього типу перебігу РА є одужання хворого.

Особливістю *регредієнтного* типу перебігу РА є виражена редукція основної клінічної симптоматики. При цьому типі перебігу РА спостерігається помітне зменшення інтенсивності і частоти проявів, в першу чергу, афективних порушень: зниженого настрою, депресивної самооцінки, оцінки оточуючого середовища і власних перспектив. Майже зникають відчуття смутку, пригніченості і печалі, що, у свою чергу, супроводжується підвищенням емоційної стабільності й впевненості в собі, а також мотивації до трудової діяльності. Спостерігається редукція відчуття загальної стурбованості і нервозності, немотивованої напруженості, психічного і фізичного дискомфорту. Зменшуються нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, що направлені, в першу чергу, в майбутнє, зникає відчуття тривоги. При регредієнтному типі перебігу РА спостерігається зменшення поведінкових порушень, що супроводжується поліпшенням якості міжособистісного, професійного і соціального функціонування до повного одужання хворого і його повернення до попереднього соціального статусу.

1.3 Посттравматичні стресові розлади і розлади адаптації у дітей

У дітей, що зазнали психотравмуючого впливу, можуть виникати

різноманітні варіанти розладів адаптації. В більшості випадків вони мають окремі, мозаїчно представлені психопатологічні прояви: прагнення до ізоляції і обмеження контактів, підвищена стомлюваність і знижена активність, знижений настрій, напади безпричинної дратівливості, зниження яскравості емоційних реакцій, нав'язливі спогади, втрата життєвих інтересів, поведінка уникання, безконтрольна агресія. Крім того, помітною у таких дітей може бути питома вага тих симптомів розладів адаптації, що відображають порушення у соматовегетативній сфері: зниження апетиту, прискорене серцебиття; симптоми м'язової напруги; неприємні відчуття в епігастрії.

Серед наявної симптоматики найчастіше мають місце декілька провідних клініко-психопатологічних симптомокомплексів з різними клінічними варіантами: з домінуванням астенії (соматичний й астенічний клінічні варіанти), з домінуванням тривожно-фобічної симптоматики (тривожний і іпохондричний клінічні варіанти), з домінуванням поведінкових порушень (дисфоричний і змішаний клінічні варіанти). Для таких дітей характерні загальна дезорганізація, напади роздратування, експресивна плаксивість, уникнення контактів, сепараційна тривога, недовіра, повторне відтворення травматичних подій, наприклад, в одноманітних іграх або малюнках, страхітливі сни без чіткого змісту або нічні страхіття, почуття безперспективності та імпульсивність.

Вираженість клінічних проявів РА залежить від віку дитини, рівня залученості в стресорну подію, та, найголовніше, від характеру реагування на катастрофу найближчих родичів (перш за все, батьків).

Можна відокремити три типи перебігу РА у дітей і підлітків: *регредієнтний, стабільний і прогредієнтний.*

Слід зазначити, що у більшості дітей (50-55 %), що пережили екстремальну подію, відмічається *регредієнтний* тип перебігу РА, який є найбільш прогностично сприятливим.

Стабільний – тип перебігу, коли психопатологічні прояви не мають тенденції ні до зменшення, ні до збільшення, спостерігається трохи рідше (38-

40 %).

Прогредієнтний – тип перебігу, який спостерігається у постраждалих дітей найрідше. Однак саме у цих дітей, з часом, при відсутності адекватних лікувально-реабілітаційних заходів, може розвинутись більш важкий психопатологічний стан – ПТСР.

2. ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТА КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ І РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

2.1 Критерії діагностики посттравматичних стресових розладів

Посттравматичний стресовий розлад (F43.1) – розлад, що виникає як відстрочена і/або затяжна реакція на екстремальну (травматичну) подію або ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини.

Клінічні діагностичні критерії:

Критерій А (відноситься до травматичної події). Людина була під впливом екстремальної травматичної події, що характеризується двома обов'язковими ознаками:

1. Травматична подія пов'язана з загибеллю або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі або поранень, при цьому людина може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою.

2. В момент перебування в травматичній ситуації людина повинна відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В (критерій «вторгнення»). Травматична подія нав'язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) з наступних способів:

1. Нав'язливі і повторювані спогади екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають тяжкі емоційні переживання.

2. Кошмарні сновидіння про пережиту подію, що повторюються.

3. «Флешбек»-ефекти – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

4. Інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.

5. Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують про травматичну подію.

Критерій С («уникання»). Постійне уникання стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки намбінгу (numbing) – блокування емоційних реакцій, «заціпеніння» (не спостерігалося до травми). Визначається по наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак:

1. Зусилля по униканню думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.

2. Зусилля по униканню дій, місць або людей, що будять спогади про травму.

3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).

4. Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності.

5. Почуття відчуженості або віддаленості від інших людей.

6. Знижена інтенсивність вищих емоцій (нездатність, наприклад, до почуття любові тощо).

7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність чекань із приводу кар'єри, одруження, дітей або власного довгого життя).

Критерій D («гіперактивації»). Постійні симптоми гіперактивації, що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявністю, як мінімум, двох з нижчеперелічених симптомів:

1. Труднощі з засипанням або поганий сон (ранні пробудження).

2. Дратівливість або спалахи гніву.

3. Складнощі з зосередженням уваги.

4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного чекання загрози.

5. Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій E. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що відносяться до критеріїв B, C і D спостерігаються більше одного місяця після травми.

Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійний або інших важливих сферах життєдіяльності.

Як видно з опису критерію А, визначення травматичної події відноситься до числа першочергових при діагностиці ПТСР.

Травматичні ситуації – це такі екстремальні критичні події, що характеризуються могутнім негативним впливом, ситуації погрози, що вимагають від людини екстраординарних зусиль з подолання наслідків їхнього впливу. Виділяють кілька типів травматичних ситуацій:

1. Короткочасна, несподівана травматична подія (наприклад, сексуальне насильство, природні катастрофи, терористичні акти, дорожньо-транспортні пригоди тощо);

2. Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора – серійна травматизація або пролонгована травматична подія (повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії тощо).

ПТСР зазвичай виникають слідом за психотравмою після латентного періоду, що може варіювати від 4 тижнів до декількох місяців (але, за винятком особливих випадків, не більше 6 місяців). Формуванню ПТСР може передувати етап гострої стресової реакції.

При діагностиці ПТСР клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних шкал і психодіагностичних методик: Місісіпська шкала ПТСР (цивільний і військовий варіанти), Шкала для самооцінки ПТСР, клінічна діагностична шкала (CAP), опитувальник для оцінки вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), MMPI, тест Люшера, тест Бека й ін. Першим етапом діагностики ПТСР є встановлення в анамнезі пацієнта самого факту переживання їм екстремальної (травматичної) події. Потім проводяться вищевказані клініко-психопатологічні і психодіагностичні дослідження.

2.2 Критерії діагностики розладів адаптації

Розлади адаптації (F43.2) – стани суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, які, зазвичай, перешкоджають соціальному функціонуванню і продуктивності і виникають в період адаптації до значної зміни в житті або стресовій події.

Вони діагностуються при відповідності стану наступним критеріям:

1 критерій – наявність в анамнезі ідентифікованого психосоціального стресу, в тому числі екстремальних подій; симптоми розладу з'являються протягом місяця;

2 критерій – наявність окремих симптомів (за винятком маячних і галюцинаторних), що відповідають критеріям афективних (F3), невротичних, стресових і соматоформних (F4) розладів і порушень соціальної поведінки (F91), але не відповідають цілком жодному з них.

3 критерій - тривалість розладів не перевищує 6 місяців з моменту припинення дії стресу за винятком затяжних депресивних реакцій (F43.21).

Розлади адаптації в залежності від характеру домінуючої клінічній картині диференціюються у такий спосіб:

а) короткочасна депресивна реакція (F43.20) – транзиторний стан легкої депресії, що триває не більше місяця;

б) пролонгована депресивна реакція (F43.21) – легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;

в) змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22) – представлена як тривожна, так і депресивна симптоматика, за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3);

г) з перевагою порушення інших емоцій (F43.23) – є різноманітна структура афекту, представлені тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F41.3), але їхня вираженість недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів. Ця рубрика повинна використовуватися і для реакцій дитячого віку, де додатково присутні такі ознаки регресивної поведінки, як енурез або смоктання пальця;

д) з перевагою порушення поведінки (F43.24) – розлад, що торкається переважно соціальної поведінки, наприклад, агресивної або іншої девіантної її форми, в структурі реакції горя в підлітковому віці;

е) змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25) – визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціальної поведінки;

ж) інші специфічні переважаючі симптоми (F43.28).

У МКХ–10 існує діагностична рубрика «Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи» (F62.0), що може розвиватися після ПТСР і є вже практично незворотним хворобливим станом. У цих випадках зміни особистості мають стабільний характер і проявляються ригідними і дезадаптивними ознаками, що призводять до стійких порушень у міжперсональному, соціальному і професійному функціонуванні (вороже або недовірливе ставлення до зовнішнього світу, соціальна відгородженість, постійне відчуття спустошеності або безнадійності).

3. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

При проведенні диференційної діагностики необхідно пам'ятати, що у хворих поряд із клінічною картиною ПТСР досить часто мають місце порушення, що відносяться до інших психічних розладів. У таких випадках може йти мова про коморбідну патологію. Особливо часто спостерігається сполучення ПТСР із депресіями і різними формами хімічної залежності. Також можуть відзначатися поєднання ПТСР із панічними, обсесивно-компульсивними, тривожно-фобічними розладами, суїцидальною поведінкою та інш. Ці обставини повинні враховуватися не тільки при постановці діагнозу і проведенні диференційної діагностики, але й при призначенні медикаментозного і психотерапевтичного лікування.

У першу чергу диференційна діагностика здійснюється між ПТСР та гострою реакцією на стрес і розладами адаптації. Розмежування між ними проводять на підставі особливостей клінічної картини, а також часу виникнення і тривалості розладів, що спостерігаються.

Істотні труднощі викликає проведення диференційної діагностики депресивного розладу і ПТСР. Це пов'язано з тим, що дуже часто депресивна симптоматика поряд з іншими симптомами є змістовною частиною клінічної картини останнього. У тих випадках, коли клінічна картина розладів, що спостерігаються, відповідає як критеріям діагностики ПТСР, так і критеріям діагностики депресивного епізоду (згідно з МКХ-10), тобто має місце коморбідність, варто виставити два діагнози.

У випадку, коли в клінічній картині хворих на ПТСР провідними є симптоми фобічного уникання, від простих фобій допомагає їх відрізнити характер психотравми (екстремальна подія) і наявність інших порушень, властивих ПТСР.

Високий рівень тривоги, порушення сну, підвищена пильність, рухове занепокоєння можуть зближати картину ПТСР із такою при генералізованому

тривожному розладі. Тут треба звертати увагу на гострий початок і більшу вираженість фобічної симптоматики для ПТСР на відміну від генералізованого тривожного розладу.

Розбіжність на початку і стереотипі перебігу захворювання, зв'язок з попередньою екстремальною подією, наявність флешбеків дозволяють віддиференціювати ПТСР від панічного розладу.

Від порушень, що входять до рубрики «Розвиток фізичних симптомів з психічних причин» (F68.0), ПТСР відрізняє гострий початок після травми і відсутність незвичайних скарг на неї.

Від симулятивного розладу (F68.1) ПТСР відрізняє відсутність суперечливих анамнестичних даних, нетипової структури наявних порушень, девіантної поведінки в преморбіді, більшою мірою характерних для симуляції.

Основні клінічні і психологічні критерії діагностики і диференційної діагностики посттравматичного стресового розладу і розладів адаптації наведено в таблиці 1.

Таблиця 1– Клінічні і психологічні критерії діагностики та диференційної діагностики ПТСР і РА

Критерії діагностики	**ПТСР**	**РА**
Розлад виникає лише в результаті переживання екстремальної події	+	+/--
Наявність попередньої гострої стресової реакції	+/--	+/--
Час формування розладу	через 1 міс. після травми	протягом 1 міс. після травми
Наявність латентного періоду	+ (обов'язковий)	+/--
Тривалість розладу	не обмежено	не більше 6-и місяців після

		травми (крім F 43.21)
Трансформація в інші нозологічні форми	+/--	+/--
Показник за Місісіпською шкалою	більше 97 балів	від 77 до 97 балів
Клінічні критерії	Симптоми: - вторгнення; - уникання; - гіперактивації	Окремі симптоми: - афективних - невротичних - соматоформних - постстресових розладів - порушень соціальної поведінки
Ознаки соціальної дезадаптації	+	+/--
Шкала депресивності Бека	виражені/ помірні	помірні/ легкі

Примітка: + – ознака присутня

+/-- – ознака присутня / відсутня

-- – ознака відсутня

ПТСР виникає лише в результаті переживання екстремальної події, а розлади адаптації – як внаслідок надзвичайних подій, так і під впливом стресу, який не сягає надзвичайного або катастрофічного рівня. Розвитку ПТСР і РА може передувати гостра стресова реакція. Диференційно-діагностичними критеріями даних розладів є: час їх формування (при ПТСР – через 1 місяць, при РА – протягом 1 місяця), існування латентного періоду (при ПТСР він обов'язковий, при РА – можливий), а також їх тривалість (при ПТСР вона

необмежена, а при РА – не більше 6 місяців, за винятком пролонгованої депресивної реакції (F 43.21)).

ПТСР і РА можуть трансформуватися в інші нозологічні одиниці. Так, ПТСР може перетворитися на хронічні зміни особистості (F 62.0), а РА – на невротичні і соматоформні розлади (F 40), депресивний епізод (F 32), специфічні (F 60) і змішані (F 61) розлади особистості.

Основними клінічними і клініко-психологічними діагностичними критеріями ПТСР є: наявність симптомів вторгнення, уникання і гіперактивації; показник Місісіпської шкали більше 97 балів; виражений/помірний ступінь депресивності за шкалою Бека. Для РА ці критерії наступні: наявність окремих симптомів афективних, невротичних, соматоформних, постстресових розладів і порушень соціальної поведінки; показник Місісіпської шкали становить від 77 до 97 балів; значення шкали Бека відповідає помірному/легкому ступеню депресивності. При ПТСР обов'язково мають місце ознаки соціальної дезадаптації, в той час як для РА вони можливі.

Формування ПТСР і РА відбувається внаслідок взаємодії і взаємного впливу наступних факторів і умов: особливості пережитої психотравми, демографічних, клінічних, соціальних, соціально-психологічних і індивідуально-психологічних факторів (табл. 2).

Таблиця 2 – Фактори і умови формування ПТСР і розладів адаптації

<table>
<tr><th colspan="2">Фактори і умови формування</th><th>ПТСР</th><th>РА</th></tr>
<tr><td colspan="2">Особливості пережитої психотравми</td><td>екстремальна подія загрозливого або катастрофічного характеру</td><td>екстремальна подія або стресова життєва ситуація</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">Вік</td><td colspan="2">Діти і підлітки;</td></tr>
<tr><td colspan="2">Люди старшого віку</td></tr>
</table>

Демографічні	Стать	У жінок постстресові розлади виникають частіше
	Сімейний стан	Неодружені
		Розлучені
	Професійний статус	Безробітні
		Належність до професій підвищеного ризику
Клінічні	Особливості анамнезу: психіатричного	Численні психотравми
		Наявність психічних захворювань в сімейному анамнезі
		Наявність хронічних психічних захворювань: - тривожних розладів у чоловіків; - депресивних розладів у жінок
	соматоневрологічного	Численні ЧМТ
		Наявність хронічних соматичних і неврологічних захворювань
		Зловживання алкоголем
		Вживання наркотичних і психотропних речовин
Соціальні	Відсутність соціальної підтримки і захисту на державному рівні	
	Недоступність медичної допомоги і реабілітаційних програм	
	Низький соціально-економічний статус	
	Нерозвиненість мікросоціальних зв'язків	
Соціально-психологічні	Байдуже або негативне ставлення суспільства до пережитої індивідом психотравми	
	Висока індивідуальна значущість травматичної події	

<table>
<tr><td rowspan="5">Індивідуально
-психологічні</td><td colspan="3">Індивідуально-типологічні
(тип акцентуації
особистості)</td></tr>
<tr><td>Емоційні
особливості</td><td colspan="2">- тривожний;
- демонстративний;
- педантичний, типи акцентуації</td></tr>
<tr><td>Низька
фрустраційна
толерантність</td><td colspan="2">Підвищений рівень:
- тривожності;
- депресивності</td></tr>
<tr><td>Особливості
життєвого
стилю і
стратегій
подолання,
механізмів
психологічного
захисту</td><td>Домінуючий
захисний механізм:
- проекція
- регресія</td><td>Домінуючий
захисний
механізм:
- заперечення</td></tr>
<tr><td colspan="3">Трансформації ціннісно-смислової сфери</td></tr>
</table>

4. ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ І РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

Система лікувально-реабілітаційних заходів для потерпілих повинна мати комплексний характер з включенням психотерапії та медикаментозної терапії [2]. Початок терапевтичного втручання повинен бути, по можливості, максимально раннім, вслід за дією стреса і мати тривалий характер.

Вибір фармакологічних препаратів і психотерапевтичних методик визначається змістом і особливостями перебігу клінічної картини, а також особистісними і фізіологічними особливостями хворого.

4.1 Фармакотерапія посттравматичних стресових розладів

ПТСР є хронічними захворюванням й потребує довгострокового лікування (12-24 місяців). Фармакотерапія полягає у застосуванні антидепресантів, транквілізаторів, тимостабілізаторів, атипових антипсихотичних засобів у якості монотерапії або у комбінації з іншими засобами (табл. 3). Використовуються наступні групи лікарських засобів:

Антипсихотичні засоби:

- похідні індолу (сертиндол, зипразидон);
- похідні тіоксантену (флюпентиксол, хлорпротиксен, зуклопентиксол);
- діазепіни, оксазепіни, тіазепіни та оксепіни (клозапін, оланзапін, кветіапін);
- бензаміди (сульпірид, амісульприд);
- інші антипсихотичні засоби (рисперидон, арипіпразол, паліперидон).

Анксіолітичні засоби:

- похідні бензодіазепіну (діазепам, хлордіазепоксид, оксазепам, алпразолам, тофізопам, гідазепам, феназепам, мебікар);
- інші анксіолітичні засоби (буспірон, гідроксизин).

Снодійні засоби (зопіклон, залеплон).

Антидепресивні засоби:

- селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну; інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну;
- інгібітори зворотного захоплення норадреналіну та дофаміну;
- норадренергічні та специфічні, серотонінергічні, L_2 антагоністи;
- тетрациклінчі АД;
- мелатонінергічні АД;
- антагоністи / інгібітори зворотного захоплення серотоніну – 2.

Найбільш ефективними при цьому є антидепресанти (табл. 3).

Таблиця 3 – Антидепресанти, які застосовуються при лікуванні ПТСР

Назва	Клас	Дози
Міансерін	Тетрациклінчні АД, норадренергічні агенти	30-60 мг/добу
Міртазапін	NaSSA (норадренергічні та специфічні серотонінергічні агенти); L_2 антагоністи	15-45 мг/на ніч
Тразодон	SARI (серотонін-2 антагоністи / інгібітори зворотного захвату)	150-600 мг/добу
Бупропіон	NDRI (інгібітори зворотного захоплення норадреналіну та дофаміну)	250-450 мг/добу
Агомелатін	Метатонінергічний антидепресант (агоніст MT_1 та MT_2 рецепторів, антагоніст $5HT_{2c}$ рецепторів)	25-50 мг/добу
Дулоксетин	SNRI (інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну)	60-40 мг/добу
Венлафаксін	SNRI (інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну)	37,5-225 мг/добу
Сертралін	SSRI (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну)	50-200 мг/добу

Пароксетин	SSRI (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну)	20-40 мг/добу
Циталопрам	SSRI (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну)	20-40 мг/добу
Есциталопрам	SSRI (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну)	5-20 мг/добу
Флуоксетин	SSRI (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну)	20-40 мг/добу
Флувоксамін	SSRI (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну)	50-100 мг/добу

Анксіолітики та снодійні засоби призначають у поєднанні з антидепресантами при вираженості тривоги та емоційно-афективних порушень. Антипсихотичні засоби застосовуються виключно в тих випадках, коли в клінічній картині переважає психомоторне збудження та/або дезорганізація мислення, а також у випадках неефективності інших анксіолітичних та седативних засобів.

При резистентних варіантах ПТСР використовуються комбінація СІЗЗС та атипових антипсихотиків (сертралін та рисперидон).

Лікування дітей та підлітків базується також на використанні вищеперелічених засобів. Групою препаратів першої лінії є СІЗЗС (сертралін).

Чинники, які повинні враховуватися *при лікуванні пацієнтів похилого віку*, включають підвищений ризик розвитку екстрапірамідних симптомів,

ортостатичної гіпотонії та змін ЕКГ, а також ризик парадоксальних реакцій на бензодіазепіни (депресія з суїцидальними тенденціями та без них, фобії, агресивність, руйнівна поведінка та інші). Тобто лікування пацієнтів похилого віку ТЦА або бензодіазепінами є менш прийнятним, ніж використання СІЗЗС.

Лікування пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями.

ТЦА не призначаються пацієнтам з серцево-судинною патологією, оскільки вони можуть підвищувати ЧСС та подовжувати QT інтервал, обумовлювати ортостатичну гіпотонію та інші. На відміну від ТЦА СІЗЗС мають мінімальний вплив на серцево-судинну діяльність.

4.2 Психотерапія та психокорекція посттравматичних стресових розладів

У сучасній психотерапії і психокорекції ПТСР домінує інтегративний підхід. В усіх реабілітаційних заходах необхідна апеляція до особистості потерпілих, оскільки при інтенсивному впливі травматичного стресу страждає саме і насамперед особистість. ПТСР по суті являють собою взаємодію особистості з пережитим стресовим досвідом, при цьому феноменологія тих або інших психічних порушень, що виникають внаслідок переживання екстремальної події, відображує у певній мірі якість післястресової адаптації особистості.

Основна мета психотерапевтичної роботи полягає в тім, щоб максимально повно відновити преморбідний рівень соціального й особистісного функціонування потерпілих. При цьому психотерапія спрямована на:

- створення нової когнітивної моделі життєдіяльності;
- афективну переоцінку травматичного досвіду;
- відновлення відчуття цінності власної особистості;
- відновлення здатності подальшого існування у світі.

Найбільш ефективним сучасним методом психотерапії при лікуванні пацієнтів із ПТСР *є когнітивно-біхевіоральна* [2].

Основними *принципами* проведення психотерапії ПТСР є:

1. *обов'язковість психотерапевтичного втручання;*
2. *максимально ранній початок після психотравми з метою запобігання розвитку і хронізації ПТСР;*
3. *комплексне тривале психотерапевтичне втручання у поєднанні з фармакотерапією.*

За формою проведення психотерапія підрозділяється на індивідуальну, групову і поєднану. Останній формі віддається найбільша перевага.

Виділяють наступні основні *психотерапевтичні стратегії:*

І. Підтримка адаптивних навичок «Я»

З цією метою найчастіше використовуються такі *психокорекційні техніки:*

1) *систематична десенсибілізація;*
2) *тренінги релаксації;*
3) *зменшення зовнішніх вимог;*
4) *техніки відновлення ресурсів «Я».*

ІІ. Формування "позитивного ставлення" до симптому

Оскільки люди, які страждають на ПТСР, пережили події, що виходять за рамки звичайного людського досвіду, то в них виникають незрозумілі і тяжкі для них переживання і реакції. Психокорекція спрямована на те, щоб допомогти пацієнтам зрозуміти, що їхні реакції нормальні, а пережите – екстремальне. Це дозволяє запобігти подальшій травматизації людини вже самими хворобливими симптомами, а також актуалізувати власні особистісні ресурси.

ІІІ. Зменшення уникання

Як відомо, для пацієнтів із ПТСР характерне завзяте уникання зіткнення з усім, що пов'язано з травмою. Уникання відбувається на декількох рівнях: уникання емоцій, спогадів, поведінкове і когнітивне уникання. У зв'язку з наявністю уникання травматичний досвід не переробляється, продовжує залишатися хворобливим, а само по собі уникання стає додатковою проблемою, що загострює ситуацію.

ІV. Зміна атрибуції змісту

Домінантою є зміна змісту, що надається травматичній ситуації і її наслідкам. Необхідною умовою ефективного лікування є формування відчуття «контролю за травмою». Багато авторів розглядають це відчуття як загальну кінцеву мету, до якої повинні прагнути всі психотерапевтичні втручання.

Цілі психотерапевтичного втручання значною мірою визначаються як актуальними переживаннями пацієнта, так і етапом перебігу ПТСР.

Групова психотерапія – найбільш частий варіант терапії для пацієнтів із ПТСР. Вона, як правило, поєднується з індивідуальними формами психотерапевтичної корекції. У роботі з хворими на ПТСР використовуються як групи відкритого типу, так і закритого типу. Варто пам'ятати, що найбільша кількість відмовлень від проведення психотерапії спостерігається саме серед пацієнтів із ПТСР. До визначеного моменту вони не вважають себе хворими і потрапляють у поле зору фахівців, як правило, із приводу коморбідних розладів (депресії, алкоголізму, аутоагресивної поведінки та ін.).

Індивідуальні і групові форми терапії спрямовані на досягнення визначених терапевтичних цілей:

- повторне переживання травми в безпечному просторі з терапевтом (і групою);
- зниження почуття ізоляції і забезпечення почуття належності, доречності, загальних цілей, комфорту і підтримки, безпеки від почуття сорому;
- забезпечення соціальної підтримки і можливості розділити з іншими людьми емоційні переживання;
- спостереження за тим, як інші пацієнти (члени групи) переживають спалахи інтенсивних афектів;
- можливість бути в ролі того, хто допомагає, розвиток «почуття ліктя»;
- подолання почуття власної малоцінності;
- зменшення почуття провини або сорому, розвиток довіри, здатності розділити горе і втрату;

- можливість працювати з «секретом», ділитися з кимось інформацією про себе;
- зміцнення впевненості в тім, що прогрес у терапії можливий;
- одержати можливість скласти власне уявлення про реальність змін, що відбуваються з кожним членом групи.

Кінцевим етапом будь-якої групової форми психотерапії є створення самокерованих груп пацієнтів без лідируючої участі психотерапевта.

Різновидом групової форми роботи є сімейна психотерапія, що спрямована на те, щоб інформувати родичів про клінічні ознаки ПТСР, переживання і почуття хворого, про принципи поведінки членів родини у даній ситуації. Обов'язково необхідно їх проінформувати про тривалість перебігу цього захворювання і можливих проявів специфічних симптомів ПТСР (наприклад, флешбеків). З близьким оточенням хворого також необхідне проведення відповідних психотерапевтичних втручань, тому що часто поведінка хворого є причиною розвитку у них пограничних психічних розладів.

При здійсненні сімейного консультування подружньої пари проводиться подружня психокорекція. Її основною задачею є надання допомоги подружжю у пристосуванні до змін, що відбулися. Дуже часто психотерапевт при консультуванні сімейних пар повинен працювати в альянсі з сексологом.

При проведенні когнітивно-біхевіоральної психотерапії центральне місце в роботі з пацієнтом приділяється конфронтації останнього з травматичними образами-спогадами з метою поступового послаблення симптоматики ПТСР. Цей вид терапії особливо ефективний для подолання поведінки уникання, а також для зниження рівня інтенсивності флешбеків і надмірного збудження. У психотерапевтичній роботі з особами, що страждають на ПТСР, найчастіше використовуються наступні *біхевіоральні підходи:*

1) *імплозивна терапія;*
2) *систематична десенсибілізація;*
3) *репетиція поведінки (поведінковий тренінг);*
4) *тренінг стійкості до стресів.*

Найбільш загальною формою біхевіорального підходу є імплозивна терапія. Зміст цього втручання складається в повторенні образних уявлень травмуючої події доти, доки вони не стануть сприйматися більш спокійно. В імплозивній терапії виділяють три стадії: 1) тренінг релаксації; 2) тренінг позитивних образів; 3) конструктивна стадія.

Тренінг релаксації. Пацієнти з ПТСР навчаються прогресивної м'язової релаксації. Цей тренінг підвищує можливості пацієнта до уявлення епізоду травматичної події і зменшує занепокоєння, викликане цим уявленням, що є необхідним для підготовки пацієнта до конструктивної стадії терапії.

Тренінг позитивних образів. Після досягнення реакції релаксації пацієнта навчають уявленню приємних позитивних образів.

Конструктивна стадія складається з наступних фаз: 1) оцінка ієрархії травматичних спогадів; 2) оцінка стресових спогадів; 3) релаксація; 4) відтворення епізоду (на тлі релаксації пацієнту пред'являють ключові стимули: візуальні, слухові та ін. для відтворення в його уяві травматичного епізоду); 5) уявлення ключових травматичних подразників (після відтворення епізоду травми пацієнта «проводять» через травматичну подію); 6) уявлення додаткових подразників (необхідно допомогти пацієнту згадати всі думки, почуття й образи, що асоціюються з травматичною подією); 7) руйнування епізоду (за допомогою процедури потоку образів досягають зниження суб'єктивної значущості дистреса).

Систематична десенсибілізація спрямована на зниження чутливості пацієнтів до обставин пережитої екстремальної події та змісту психотравмуючих переживань, а також на зменшення рівня емоційного реагування під час проведення психотерапевтичних втручань.

Репетиція поведінки використовується для корекції серйозних посттравматичних реакцій, що виникли в ситуаціях, які можуть повторюватися (наприклад, у жертв тяжких транспортних аварій, зґвалтувань і ін.).

Тренінг стійкості до стресу спрямований на формування правил особистої відповідальності й активності в протистоянні стресовим подіям, на зменшення почуття безпорадності і руйнування атрибуції пасивної жертовності.

Крім перерахованих методів і технік активно використовуються методики сугестії у випадку невротичних і фобічних розладів, аутогенне тренування для лікування усіх видів невротичних і неврозоподібних порушень, техніки психосинтеза – для корекції психопатичних, невротичних і психосоматичних порушень.

4.3. Фармакотерапія розладів адаптації

Стани психічної дезадаптації здебільшого розглядаються в рамках короткочасної реакції на стрес, де переважають афективні (депресивні) порушення. Відповідно, необхідним є призначення цим хворим антидепресантів. Однак, слід пам’ятати, що клінічні прояви даних розладів, у порівнянні з іншою психічною патологією, з якою в цих випадках проводять диференційну діагностику, є помірними. Вони, як правило, не потребують призначення великих доз препаратів з антидепресивною дією. У хворих на РА препаратами першого вибору є антидепресанти груп SSRI, SNRI, мелатонінергічні АД та NaSSA). Вони характеризуються широкою антидепресивною дією, відносною швидкістю терапевтичного ефекту, доброю переносимістю, можливістю використання у хворих на різні соматичні захворювання (див. табл. 4).

Хворі на РА, як правило, починають суб’єктивно відчувати ефект від застосування антидепресантів лише після 10-14 доби від початку терапії. Крім цього, наявність у них інших психічних порушень, в свою чергу, потребують своєчасного і адекватного використання засобів різних фармакологічних класів – анксіолітиків, тимостабілізаторів, β-адреноблокаторів, снодійних і ноотропних препаратів, а іноді – надмалих доз антипсихотиків.

Призначення анксіолітиків обумовлено їх швидким протитривожним ефектом у порівнянні з антидепресантами. Їхнє застосування також показано з метою зменшення у хворих астено-невротичних, астено-депресивних, а також тривожно-фобічних проявів. В якості „стабілізаторів настрою“ широко застосовують карбамазепін, препарати вальпроєвої кислоти, ламотриджин.

Вибір β-адреноблокаторів обумовлений тим, що вони справляють швидкий протитривожний ефект і, на відміну від анксіолітиків, не мають ефекту седації, а також не сприяють розвитку дисмнестичних порушень. β-адреноблокатори використовуються, як правило, в комбінації з антидепресантами.

Призначення малих доз антипсихотичних препаратів у якості коректорів поведінки обумовлено їх ефективністю при лікуванні виражених поведінкових девіацій, у тому числі проявів ауто- і гетероагресії. Також їх використання визначається можливостями антипсихотиків щодо подолання резистентної до терапії антидепресантами тривожно-фобічної та іпохондричної симптоматики.

Фармакологічну терапію розладів адаптації необхідно розпочинати з призначення антидепресантів, враховуючи структуру психопатологічних порушень. Велике значення мають індивідуальна чутливість до обраного препарату, переносимість препарату пацієнтом, відсутність негативного впливу на якість життя хворих. Окрім синдромально спрямованої терапії призначається комплекс засобів симптоматичної дії (наприклад, тих, що регулюють метаболічні процеси, мають антипароксизмальну дію та ін.).

Так, для пацієнтів *з депресивним підваріантом* РА фармакологічна терапія розпочинається з призначення мінімально ефективних доз антидепресантів. Поступово, протягом 2 тижнів, дозу збільшують, підвищуючи до оптимальної, як правило, середньо терапевтичної. Протягом перших двох-чотирьох тижнів терапії, доки власне тимоаналептичний ефект антидепресантів не стабілізувався, доцільним є призначення анксіолітиків, а при наявності ще й психовегетативної симптоматики необхідно приєднати β-адреноблокатори (пропранолол).

З антидепресантів найбільш доцільним для лікування депресивного варіанту РА є призначення препаратів із стимулюючою або збалансованою (седативно-стимулюючою) дією (пароксетин, сертралін, есциталопрам або агомелатин).

Стабілізатори настрою призначаються у наступних дозах: карбамазепін – 200-400 мг на добу; препарати вальпроєвої кислоти – у дозі 300-600 мг на добу або ламотриджин – 25-75 мг на добу.

З анксіолітиків перевага надається гідазепаму – 50-200 мг на добу. Можуть також призначатися альпразолам у дозі 0,75-1,5 мг на добу, діазепам – 5-15 мг на добу. Але курс їх призначення, на відміну від антидепресантів (до 2-х місяців), не повинен перебільшувати 2-х тижнів. У якості вегетостабілізаторів з препаратів, що належать до групи β-адреноблокаторів, використовується пропранолол у дозі до 120-240 мг на добу.

В терапії хворих *з тривожним підваріантом РА* перевага надається антидепресантам з протитривожною дією. Серед цієї групи препаратів ефективним є призначення агомелатину, флувоксамину або тразодону.

В особливих випадках (резистентних до терапії антидепресантами) швидкій редукції тривоги сприяє призначення антипсихотичних засобів коротким курсом: хлорпротиксен в дозі до 25-75 мг на добу або рисперидон - до 2 мг на добу. Серед нормотиміків перевага надається вальпроатам, добова доза яких сягає 300-1000 мг.

Фармакологічна терапія *змішаного підваріанту* РА (тривожно-депресивного) також розпочинається з призначення препаратів з антидепресивною дією. Перевага надається засобам зі збалансованою (седативно-стимулюючою) дією. Серед цієї групи препаратів доцільним є вибір препаратів груп СІЗЗС – сертраліну, ципрамілу, флуоксетину. Також показано призначення тразодону або агомелатину.

Перші 1-2 тижні лікування антидепресантами проходять під прикриттям засобів, що належать до групи анксіолітиків і, в певних випадках, тимостабілізаторів або β-адреноблокаторів. Серед препаратів з

транквілізуючою дією найбільш доцільним є застосування альпразоламу, який призначають у дозі 0,75-1,5 мг на добу, діазепаму – 5-15 мг або гідазепаму – 50-200 мг на добу. При призначенні стабілізаторів настрою перевага надається карбамазепіну у добовій дозі 200-400 мг або препаратам вальпроєвої кислоти – у дозі 300-600 мг на добу або ламотриджину – 25-75 мг на добу. З препаратів з вегетостабілізуючою дією назначаються пропаналол у дозі 120-240 мг на добу.

Для фармакологічної терапії варіанту *РА* з перевагою *поведінкових порушень* у клінічній картині до базового лікування антидепресантами і анксіолітиками приєднуються надмалі дози „коректорів поведінки“. З антидепресантів широко застосовуються препарати групи СІЗЗС – сертралін в дозі 50-100 мг на добу, флуоксетин – 20-40 мг на добу, есциталопрам – 10-20 мг на добу або пароксетин – 20-40 мг на добу.

При призначенні антипсихотиків перевага надається хлорпротиксену – 20-100 мг або сульпіриду – 50-200 мг. Найбільш доцільним серед препаратів з транквілізуючим ефектом є призначення гідазепаму – 50-200 мг на добу, діазепаму – 5-15 мг на добу. Крім того, застосовуються препарати групи тимостабілізаторів – карбамазепін як у звичайній формі до 600 мг на добу, так і в ретардованій формі – до 300 мг на добу.

4.4 Психотерапія і психокорекція розладів адаптації

На підставі методик та технік когнітивно-біхевіоральної терапії (КПТ) в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» було розроблено новий психокорекційно-психотерапевтичний комплекс (ППК) для підвищення ефективності психокорекційно-психотерапевтичного втручання при РА. Він містить три основні терапевтичні блоки:

а) для усунення «когнітивних помилок» і покращення емоційного стану застосовується когнітивна терапія Бека (КТБ);

б) техніки, що моделюють поведінку (ТМП), спрямовані переважно на корекцію поведінкових розладів;

в) вегетативні порушення корегуються за допомогою техніки прогресивної м’язової релаксації (ПМР).

Перевага такого комплексного підходу полягає в тому, що методи когнітивно-поведінкової психотерапії (когнітивна терапія Бека і моделюючі техніки) та методика прогресивної м’язової релаксації ефективно доповнюють одне одного.

Хоча ці методики та техніки є взаємодоповнюючими одна одну, але провідною залишається когнітивна терапія Бека. Частота терапевтичних сесій когнітивно-поведінкової терапії не повинна бути меншою, ніж 1-2 рази на тиждень, а їх тривалість повинна становити від 60 до 90 хвилин. Релаксаційний тренінг застосовується переважно в індивідуальній формі (у вигляді сеансів самонавчання – 1-2 рази на добу), але інколи і груповій (2-3 рази на тиждень). Тривалість одного сеансу – від 30 (індивідуальний) до 60 хвилин (груповий). Повний курс терапевтичного втручання становить від 2 до 3 місяців.

Побудова і реалізація алгоритму розробленого ППК залежить від декількох факторів: етапу захворювання, клінічного варіанту розладу, супутньої патології (в т.ч. сомато-неврологічної), типу перебігу розладу, що, в свою чергу, впливає на тривалість лікування. Саме тому, поряд з загальними прийомами та алгоритмами психокорекційного і психотерапевтичного впливу, розроблений ППК має певні особливості у застосуванні.

У хворих на РА, в структурі розладів яких домінують специфічні «когнітивні помилки» та/або емоційні порушення, початковий етап лікування розпочинається з когнітивної терапії Бека (частота і тривалість терапевтичних сесій описана вище). На подальшому етапі до КТБ приєднуються техніки, що моделюють поведінку, та ПМР. Їх застосування розпочинається з 3-4 тижня курсу лікування.

Перевага в структурі РА поведінкових порушень вимагає розпочинати застосування ППК з технік, які моделюють поведінку. На наступному етапі лікувального курсу, який розпочинається з 3-го тижня, до ТМП приєднується КТБ, яка займає на цьому етапі провідну роль у лікуванні даних розладів. На 4-

6 тижні заключного етапу лікування до ТМП і КТБ приєднується методика ПМР.

Застосування ППК з призначення технік ПМР доцільно у тих випадках, коли в структурі психопатологічних порушень у хворих на РА домінує вегетативна симптоматика. На подальшому етапі психокорекційно-психотерапевтичного втручання, тобто на третьому тижні, до ПМР приєднується КТБ, яка відіграє провідну роль у лікуванні даних порушень. На заключному етапі лікування (4-6 тиждень) до двох вищезгаданих методик приєднуються техніки, які моделюють поведінку.

Застосування ППК розпочинається у середньому через 7 днів після призначення фармакологічних засобів. Цей тижневий період для хворих РА мав підготовчий характер до застосування методів та технік психотерапії, що складали ППК. Під час цього періоду відбувалось формування позитивної мотивації до процесу лікування за допомогою цього методу і, водночас, посилення комплайєнтності хворих щодо загального курсу терапії.

Зменшення симптомів гіперактивації у хворих на РА є, перш за все, свідченням терапевтичної ефективності розробленого ППК і обраної тактики. Саме ознаки вегетативної гіперреактивності є найменш стійкими у структурі РА. Найменших змін зазнають психопатологічні порушення, які представлені симптомами вторгнення. Тобто, «когнітивні помилки» є найбільш ригідними структурами щодо психотерапевтичного впливу і психологічної корекції.

4.5 Профілактика посттравматичних стресових розладів і розладів адаптації

Профілактика ПТСР і РА у осіб, що пережили екстремальні події, повинна мати комплексний характер, базуватися на мультидисциплінарному підході та включати в себе медичні, психологічні та соціальні заходи. Профілактична медико-психологічна допомога є найбільш ефективним засобом запобігання негативному впливу тяжкої психічної травми на психічне здоров'я людини, в

тому числі дітей та підлітків. Однією з причин росту числа пацієнтів із психічною патологією, у т.ч. і тих, у яких діагностуються ПТСР і РА, що обумовлені впливом життєвонебезпечних ситуацій, є практично повна відсутність програм профілактичної спрямованості.

Побудова профілактичних програм повинна проводитися з урахуванням основних факторів і умов формування ПТСР і РА: особливостей самої травматичної події, наявності негативних "професійних" чинників, соціально-демографічних і соціально-економічних характеристик, анамнестичних даних, соціально-психологічних і індивідуально-психологічних особливостей.

Ідентифікація стрес-чинників є основною при вирішенні питань організації необхідної медичної та психосоціальної допомоги постраждалому населенню. Виділення "пускових" - найбільш патогенних факторів, які з більшою вірогідністю здатні викликати психічні порушення, в т.ч. розвиток ПТСР і РА, визначає групу первинних стрес-чинників, які необхідно подолати (або зменшити їх вплив) в першу чергу. Ці заходи повинні відбуватися безпосередньо з моменту початку надання допомоги постраждалому населенню.

Виділення т.з. "підтримуючих" патогенних факторів дозволить визначити групу вторинних стрес-чинників, які пов'язані з екстремальними ситуаціями, але самостійно не призводять до формування психічних розладів. Заходи щодо подолання негативного впливу цих чинників повинні відбуватися в процесі ліквідації наслідків катастрофічних подій і продовжуватися після завершення рятувальних робіт. Для проведення ефективних реабілітаційних та психопрофілактичних заходів необхідно також визначення "антистресових" факторів, які призводять до зниження патогенного впливу екстремальних подій.

Організація ефективної допомоги потерпілим у результаті бойових дій припускає три основних напрямки, які взаємодоповнюють один одного:

1. створення державної служби допомоги потерпілим з відповідним законодавчим і фінансовим забезпеченням;

2. створення різних громадських організацій по типу товариства ветеранів афганської війни, груп взаємодопомоги жертв катастроф, груп зустрічей, відкритих для кожної людини, що пережила екстремальну подію, де вона могла б одержати потрібну їй інформацію, зрозуміти, що її проблеми можуть бути вирішені;

3. організація консультативної служби для родичів потерпілих, у рамках якої можна було б одержати професійну психологічну допомогу, конкретні рекомендації з побудови взаємин у родині, зняттю власної психічної напруги.

Програма превентивної медичної допомоги є найбільш ефективним втручанням з метою запобігання наслідків впливу травми на психіку людини. У період дії психотравмуючих екстремальних факторів найважливішими психопрофілактичними заходами є:

- організація чіткої роботи з надання медичної допомоги потерпілим із психогеніями;
- об'єктивне інформування населення про медичні аспекти екстремальної події;
- залучення легкопостраждалих до рятувальних і невідкладних аварійно-відбудовчих робіт.

По закінченні дії життєвонебезпечної катастрофічної ситуації психопрофілактика повинна включати наступні заходи:

- інформування населення про наслідки екстремальної події та інших дій і їхнього впливу на здоров'я людей;
- залучення легкопостраждалих до участі в рятувальних і невідкладних аварійно-відбудовчих роботах і до надання психологічної підтримки жертвам;
- профілактику виникнення рецидивів або повторних психічних розладів (вторинна профілактика), а також розвитку психогенно зумовлених соматичних порушень;
- медикаментозну профілактику відстрочених психогенних реакцій.

Висновки

1 Психічні розлади під час бойових конфліктів є розповсюдженими формами патологічних станів, які виникають як у військово-службовців ЗС України, бійців НГ, так і в їх родичів та біженців, які вимушено лишили місця постійного мешкання.

2 Клінічна картина психічної патології в даних контингентів представлена широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів – від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології, серед яких переважають постравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації (РА).

3 Система лікувально-реабілітаційних заходів для хворих на ПТСР і РА повинна мати комплексний характер і містити в собі медикаментозну терапію, психотерапію і психологічну корекцію. Початок терапевтичного втручання повинний бути, по можливості, максимально раннім, вслід за дією стресора, і мати тривалий характер.

4 Фармакологічна терапія визначається особливостями клінічної картини захворювання, наявністю коморбідних розладів, особистісними характеристиками пацієнту і полягає в застосуванні: антидепресантів; транквілізаторів; снодійних препаратів; тимостабілізаторів; β-адреноблокаторів.

5 Найбільш ефективним методом психотерапії ПТСР і РА є когнітивно-біхевіоральна терапія. За формою проведення психотерапевтичні впливи підрозділяються на індивідуальні, групові або їх поєднання. Основними принципами проведення психотерапії для різних груп постраждалих є: 1) обов'язковість психотерапевтичного втручання; 2) максимально ранній початок після психотравми з метою запобігання розвитку і хронізації захворювання; 3) комплексне тривале лікування в поєднанні з фармакотерапією.

Перелік рекомендованої літератури

1. Волошин П.В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профілактики / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов //Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 34–37.

2. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на посттравматичні стресові розлади (НАКАЗ МОЗ України № 59 від 05.02.2007).

3. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клінічний посібник. – Харків: Арсіс, 2001. – 303 с.

4. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків: Клінічний посібник. – Харків: Фоліо, 2001. – 271с.

5. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В.П. Коханов, В.Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2008 – 448 с.

6. Психосоциальная помощь жертвам войны: беженкам и членам их семей / Либби Тата Арсел, Вера Фолнегович-Шмалц, Драгица Козарич-Ковачич, Анна Марушич. – К.: Изд-во «Сфера», 1998. – 163 с.

7. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації / уклад.: Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. та ін. – Харків, 2002. – 47 с.

8. Розлади адаптації: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації / уклад.: Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. – Харків, 2009. – 32 с.

9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

10. Розділ 5 (Психіатрія, наркологія, лікарські засоби) // Формуляр лікарських засобів. – 2014. – Вип. 6. – С. 311–408.

11. Шестопалова Л.Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти / Л.Ф. Шестопалова // Гуманітарний часопис. – 2005. – № 1. – С. 103–108.

12. Шестопалова Л.Ф. Посттравматичні стресові розлади у осіб, що пережили екстремальні події: соціально-психологічні фактори формування та профілактика / Л.Ф. Шестопалова // Постчорнобильський соціум: 20 років по аварії. Чорнобиль і соціум. – Київ, 2006. – Вип. 11. – С. 171–185.

13. Шестопалова Л.Ф. Застосування психокорекційно-психотерапевтичного комплексу при розладах адаптації / Л.Ф. Шестопалова, Д.М. Болотов, В.А. Кожевникова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – № 2 (10). – 2006. С. 43–44.

14. Stahl's essential psychopharmacology: the prescriber's guide. Antidepressants – 4th ed. Cambridge University Press, 2011. – 279 p.

15. World federation of Society of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post. – Traumatic Stress Disorders. – First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry. – 2008. – 9 (4). – P. 248–312.

ДОДАТКИ

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА ДЛЯ ОЦІНКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РЕАКЦИЙ

Місісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane et al, 1987, 1988). В теперішній час вона є одним з найбільш використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Лікерта. Оцінка результатів проводиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду. Пункти опитувальника відповідають 4 категоріям, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 – уникання і 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості, а також п'ять питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальності. МШ відзначається високою діагностичною ефективністю, а підсумковий бал за шкалою корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад». **Слід підкреслити, що встановлення клінічного діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» здійснюється при наявності відповідних клінічних критеріїв за МКХ-10, доповнених результатами обстеження за допомогою МШ.**

Важливо: обстеження за допомогою МШ здійснюється тільки у випадку наявності у людини в анамнезі переживання екстремальної події (діагностичний критерій А). Вразі відсутності критерію А обстеження за допомогою МШ не здійснюється.

Ключі до обробки:

* Сума балів за пунктами з прямою шкалою (сума 1): 1,3,4,5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,18,20,21,23,25,26 , 28,29,31,32, 33,35, 36,37,38,39. Сума балів за пунктами із зворотного шкалою (сума 2): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34. Загальний бал: сума 1 + сума 2.

* Примітка: тут наводяться ключі для цивільного варіанту МШ. При оцінці військового варіанту відповідно сума 1 обчислюється як сума балів за пунктами: 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35; сума 2 обчислюється аналогічно.

до **77** балів - нормативні показники;
78-97 балів - окремі симптоми ПТСР;
98-145 балів – ознаки клінічного варіанту ПТСР.

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА (цивільний варіант)[1]

Ф.І.О._____

Дата_____

ІНСТРУКЦІЯ. В таблиці наведено твердження, в яких узагальнено різноманітний досвід людей, які пережили важкі, екстремальні події і ситуації. Поряд з кожним твердженням подано варіанти відповідей. Оберіть і відмітьте той варіант, що найкраще описує ваші почуття: **1 – «Цілком невірно», 2 – «Частково вірно», 3 – «Певною мірою вірно», 4 – «Вірно», 5 – «Цілком вірно».**

Твердження	Варіант відповіді				
	Цілком невірно	Частково вірно	Певною мірою вірно	Вірно	Цілком вірно
1. В минулому у мене було більше близьких друзів, ніж зараз	1	2	3	4	5

[1] Бланки цивільного та військового варіантів представлені українською та російською мовами.

2. У мене немає почуття провини за все те, що я робив в минулому	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то, найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу)	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене	1	2	3	4	5
6. Я здатний встановити емоційно-близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7. Мені сняться кошмари про те, що було насправді зі мною в минулому	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив у минулому, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним	1	2	3	4	5
10. Останнього часу я відчуваю, що хочу покінчити з собою	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли потрібно вставати	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші вже померли	1	2	3	4	5
13. У певних ситуація я почуваюся так, наче я повернувся в минуле	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу	1	2	3	4	5

16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають	1	2	3	4	5
17. Мене так само радують ті ж речі, що й раніше	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх	1	2	3	4	5
19. Я вважаю, що мені працювати не важко	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитись	1	2	3	4	5
21. Я безпідставно плачу	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення та бажання	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюсь	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть моя родина, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про деякі речі, що я робив у минулому, ніколи не зможу будь-кому розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, що траплялися зі мною в минулому	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжусь у натовпі	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю рівновагу і відчуваю роздратування через дрібниці	1	2	3	4	5
32. Я боюсь засинати	1	2	3	4	5

33. Я намагаюсь уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною в минулому	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше	1	2	3	4	5
35. Мені важко проявляти свої почуття, навіть до близьких людей	1	2	3	4	5
36. Часом я раптом поводжуся або відчуваю себе так, як ніби те, що було зі мною в минулому, відбувається знову	1	2	3	4	5
37. Я не можу згадати деякі важливі речі, які сталися зі мною в минулому	1	2	3	4	5
38. Я дуже пильний і насторожений більшу частину часу	1	2	3	4	5
39. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що в мене починається сильне серцебиття і перехоплює подих, я весь тремчу,, у мене паморочиться в голові, з'являються «мурашки», і я майже втрачаю свідомість	1	2	3	4	5

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА (гражданский вариант)

Ф.И.О._____

Дата _____

ИНСТРУКЦИЯ. В таблице приведены утверждения, в которых обобщен разнообразный опыт людей, переживших тяжелые, экстремальные события и ситуации. Рядом с каждым утверждением представлены варианты ответов.

Выберите и отметьте тот вариант, который лучше всего описывает Ваши чувства: **1 – «Совершенно неверно»; 2 – «Отчасти верно»; 3 – «В некоторой степени верно»; 4 – «Верно»; 5 – «Совершенно верно».**

Утверждения	Вариант ответа				
	Совершенно неверно	Отчасти верно	В некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно
1. В прошлом у меня было больше близких друзей, чем сейчас	1	2	3	4	5
2. У меня нет чувства вины за все то, что я делал в прошлом	1	2	3	4	5
3. Если кто-то выведет меня из терпения, то, вероятнее всего, я не сдержусь (применю физическую силу)	1	2	3	4	5
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль	1	2	3	4	5
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, боятся меня	1	2	3	4	5
6. Я способен вступать в эмоционально-близкие отношения с другими людьми	1	2	3	4	5
7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было со мной реально в прошлом	1	2	3	4	5
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в прошлом, мне просто не хочется жить	1	2	3	4	5
9. Внешне я выгляжу бесчувственным	1	2	3	4	5

10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой	1	2	3	4	5
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда нужно вставать	1	2	3	4	5
12. Я все время задаю себе вопрос, почему я еще жив, в то время как другие уже умерли	1	2	3	4	5
13. В определенных ситуация я чувствую себя так, как будто я вернулся в прошлое	1	2	3	4	5
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать	1	2	3	4	5
15. Я чувствую, что больше не могу	1	2	3	4	5
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают	1	2	3	4	5
17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше	1	2	3	4	5
18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх	1	2	3	4	5
19. Я обнаружил, что мне работать не трудно	1	2	3	4	5
20. Мне трудно сосредоточиться	1	2	3	4	5
21. Я беспричинно плачу	1	2	3	4	5
22. Мне нравится быть в обществе других людей	1	2	3	4	5
23. Меня пугают мои стремления и желания	1	2	3	4	5
24. Я легко засыпаю	1	2	3	4	5
25. От неожиданного шума	1	2	3	4	5

я сильно вздрагиваю					
26. Никто, даже члены моей семьи не понимают, что я чувствую	1	2	3	4	5
27. Я легкий, спокойный, уравновешенный человек	1	2	3	4	5
28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в прошлом, я никогда не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять	1	2	3	4	5
29. Временами я употребляю алкоголь (наркотики или снотворные), чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случались со мной в прошлом	1	2	3	4	5
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе	1	2	3	4	5
31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей	1	2	3	4	5
32. Я боюсь засыпать	1	2	3	4	5
33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что происходило со мной в прошлом	1	2	3	4	5
34. Моя память так же хороша, как и раньше	1	2	3	4	5
35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям	1	2	3	4	5
36. Временами я вдруг веду себя или чувствую так, как будто то, что было со мной в прошлом, происходит снова	1	2	3	4	5
37. Я не могу вспомнить некоторые важные вещи,	1	2	3	4	5

которые произошли со мной в прошлом					
38. Я очень бдителен и насторожен большую часть времени	1	2	3	4	5
39. Если случается что-нибудь, напоминающее мне о прошлом, меня охватывает такая тревога или паника, что у меня начинается сильное сердцебиение и перехватывает дыхание, я весь дрожу и покрываюсь потом, у меня кружится голова, появляются «мурашки», и я почти теряю сознание	1	2	3	4	5

МІСІСІПСЬКА ШКАЛА (військовий варіант)

Ф.І.О._____

Дата_____

ІНСТРУКЦІЯ. В таблиці наведено твердження, в яких узагальнено різноманітний досвід людей, що брали участь у бойових діях. Поряд з кожним твердженням подано варіанти відповідей. Оберіть і відмітьте той варіант, що як найкраще описує Ваші почуття: **1 – «Цілком невірно»; 2 – «Частково вірно»; 3 – «Певною мірою вірно»; 4 – «Вірно»; 5 – «Цілком вірно».**

Твердження	Варіант відповіді				
	Цілком невірно	Частково вірно	Певною мірою вірно	Вірно	Цілком вірно
1. До служби в армії у мене було більше близьких друзів, ніж зараз	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за все те, що я робив під час служби в армії	1	2	3	4	5

3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то, найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу)	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про війну, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене	1	2	3	4	5
6. Я здатний встановити емоційно-близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7. Мені сняться кошмари про те, що було насправді на війні	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним	1	2	3	4	5
10. Останнього часу я відчуваю, що хочу покінчити з собою	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюсь лише тоді, коли потрібно вставити	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я залишився живий, в той час як інші загинули на війні	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я почуваюся так, наче я знову в армії	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають	1	2	3	4	5
17. Мене так само радують ті	1	2	3	4	5

ж речі, що й раніше					
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх	1	2	3	4	5
19. Я вважаю, що мені працювати не важко після демобілізації	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21. Я безпідставно плачу	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення та бажання	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюся	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть моя родина, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про деякі речі, що я робив в армії, ніколи не зможу будь-кому розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, що траплялися, коли я служив в армії	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжусь у натовпі	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю рівновагу і відчуваю роздратування через дрібниці	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що траплялося зі мною в армії	1	2	3	4	5
34. Моя пам’ять така ж хороша, як і раніше	1	2	3	4	5
35. Мені важко проявляти	1	2	3	4	5

свої почуття, навіть до близьких людей					

МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА (военный вариант)

Ф.И.О._____

Дата _____

ИНСТРУКЦИЯ. В таблице приведены утверждения, в которых обобщен разнообразный опыт людей, принимавших участие в боевых действиях. Рядом с каждым утверждением представлены варианты ответов. Выберите и отметьте тот вариант, который лучше всего описывает Ваши чувства: **1 – «Совершенно неверно»; 2 – «Отчасти верно»; 3 – «В некоторой степени верно»; 4 – «Верно»; 5 – «Совершенно верно».**

Утверждения	Вариант ответа				
	Совершенно неверно	Отчасти верно	В некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно
1. До службы в армии у меня было больше близких друзей, чем сейчас	1	2	3	4	5
2. У меня нет чувства вины за все то, что я делал во время службы в армии	1	2	3	4	5
3. Если кто-то выведет меня из терпения, то, вероятнее всего, я не сдержусь (применю физическую силу)	1	2	3	4	5
4. Если случается что-то, напоминающее мне о войне, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль	1	2	3	4	5
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, боятся меня	1	2	3	4	5
6. Я способен вступать в эмоционально-близкие отношения с другими людьми	1	2	3	4	5
7. Мне снятся по ночам	1	2	3	4	5

кошмары о том, что было в действительности на войне					
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в армии, мне просто не хочется жить	1	2	3	4	5
9. Внешне я выгляжу бесчувственным	1	2	3	4	5
10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой	1	2	3	4	5
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда нужно вставать	1	2	3	4	5
12. Я все время задаю себе вопрос, почему я остался жив, в то время как другие погибли на войне	1	2	3	4	5
13. В определенных ситуациях я чувствую себя так, как будто я снова в армии	1	2	3	4	5
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать	1	2	3	4	5
15. Я чувствую, что больше не могу	1	2	3	4	5
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают	1	2	3	4	5
17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше	1	2	3	4	5
18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх	1	2	3	4	5
19. Я обнаружил, что мне не трудно работать после демобилизации	1	2	3	4	5
20. Мне трудно сосредоточиться	1	2	3	4	5
21. Я беспричинно плачу	1	2	3	4	5

22. Мне нравится быть в обществе других людей	1	2	3	4	5
23. Меня пугают мои стремления и желания	1	2	3	4	5
24. Я легко засыпаю	1	2	3	4	5
25. От неожиданного шума я сильно вздрагиваю	1	2	3	4	5
26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую	1	2	3	4	5
27. Я легкий, спокойный, уравновешенный человек	1	2	3	4	5
28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в армии, я никогда не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять	1	2	3	4	5
29. Временами я употребляю алкоголь (наркотики или снотворные), чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случались, когда я служил в армии	1	2	3	4	5
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе	1	2	3	4	5
31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей	1	2	3	4	5
32. Я боюсь засыпать	1	2	3	4	5
33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что случалось со мной в армии	1	2	3	4	5
34. Моя память так же хороша, как и раньше	1	2	3	4	5
35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувеп, даже по отношению к близким людям	1	2	3	4	5

Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах

(Методичні рекомендації)

Укладачі:

Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. Лінський І.В., Підкоритов В.С. Ліпатов І.І. Бучок Ю.С. Заворотний В.І.

Підписано до друку

Формат …. Папір офсетний. Друк офсетний

Гарнітура Times. Умовн. друк. Арк.. …. Наклад