

О.С. Чабан, О.О. Хаустова, В.Ю. Омелянович

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ВОЄННОГО ЧАСУ

Монографія



Видавничий дім Медкнига
Київ

**Рекомендовано до видання вченою радою медико-психологічного факультету
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
(протокол № 7 від 23 лютого 2023 р.)**

Рецензенти:

Пілягіна Г.Я., завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, докторка медичних наук, професорка

Осуховська О.С., головна наукова співробітниця відділу психіатрії станів залежності ДУ «Інституту психіатрії, судової експертизи та моніторингу наркотиків МОЗ України», докторка медичних наук, старша наукова співробітниця

Маркова М.В., завідувачка кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, докторка медичних наук, професорка

Ч 71

Психічні розлади воєнного часу. Монографія — К.: Видавничий дім Медкнига, 2023. — 232 с.

У монографії викладено сучасні погляди та практичні рекомендації щодо диференційної діагностики, лікування й реабілітації хворих, які страждають на психічні розлади, пов'язані з впливом стресорів, типових для воєнного часу. Звернуто увагу на види психічної патології, асоційованої як із безпосереднім перебуванням у зоні бойових дій, так і з вимушеною міграцією, полоном та тортурами. На підставі сучасних клінічних настанов провідних західних країн і вітчизняного досвіду розглянуто підходи до діагностики, першої домедичної допомоги, психофармакотерапії й психотерапії бойової та оперативної стресової реакції, гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу, комплексного посттравматичного стресового розладу, тривалого розладу горя й розладу адаптації.

Монографія призначена для військових лікарів усіх спеціальностей, лікарів-психіатрів, лікарів-медичних психологів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-наркологів, лікарів-інтернів і лікарів, які проходять навчання на курсах спеціалізації за спеціальностями «Психіатрія», «Наркологія», «Психотерапія» та «Медична психологія», а також студентів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації за спеціальностями «Медицина», «Медична психологія». Монографія також може бути корисною для підготовки парамедиків та волонтерів, які надають допомогу військовослужбовцям і цивільним, які перебували в зоні бойових дій, були в полоні чи є вимушеними мігрантами.

ISBN 978-966-1597-97-5

ЗМІСТ

Вступ.....	
1. Бойова та оперативна стресова реакція.....	
1.1. Основні клінічні прояви й діагностика бойової та оперативної стресової реакції.....	
1.2. Домедична, перша медична й психотерапевтична допомога пацієнтам із бойовою та оперативною стресовою реакцією.....	
2. Гострий стресовий розлад (гостра реакція на стрес).....	
2.1. Основні клінічні прояви та діагностика гострого стресового розладу (гострої реакції на стрес).....	
2.2. Перша домедична допомога пацієнтам із гострим стресовим розладом (гострою реакцією на стрес).....	
2.3. Психофармакотерапія гострого стресового розладу (гострої реакції на стрес).....	
2.4. Психотерапія гострого стресового розладу (гострої реакції на стрес).....	
3. Посттравматичний стресовий розлад та комплексний посттравматичний розлад.....	
3.1. Нейробіологічні основи посттравматичного стресового розладу	
3.2. Біопсихосоціальні чинники розвитку постстресових психічних розладів.....	
3.3. Епідеміологічні дослідження ПТСР у військовослужбовців різних армій світу.....	
3.4. ПТСР та коморбідні психічні розлади у військовослужбовців і ветеранів бойових дій.....	
3.5. Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу....	
3.6. Психофармакотерапія посттравматичного стресового розладу.	
3.7. Психотерапія посттравматичного стресового розладу.....	
4. Розлад адаптації.....	
4.1. Епідеміологія розладів адаптації.....	

- 4.2. Концептуальні проблеми діагнозу «розлад адаптації»
- 4.3. Основні клінічні прояви й діагностика розладу адаптації
- 4.4. Психотерапія розладу адаптації
- 4.5. Психофармакотерапія розладу адаптації
- 5. Тривалий розлад горя

 - 5.1. Основні клінічні прояви й діагностика тривалого розладу горя ..
 - 5.2. Психотерапія та психофармакотерапія тривалого розладу горя

- 6. Особливості психолого-психіатричного обстеження та надання допомоги особам, які були жертвами катувань і жорстокого поводження під час перебування в полоні чи у фільтраційних таборах

 - 6.1. Найбільш поширені методи катувань і жорстокого поводження .
 - 6.2. Ознаки тортур та неналежного поводження, які можуть бути виявлені під час фізикального обстеження пацієнта
 - 6.3. Психологічні наслідки катувань, неналежного поводження і фактори підвищеного ризику
 - 6.4. Ризик повторного травмування обстежуваної особи
 - 6.5. Загальні принципи проведення психопатологічного обстеження (клінічної бесіди) осіб, які були жертвами катувань та неналежного поводження
 - 6.6. Використання експериментально-психологічних методів в обстеженні осіб, які були жертвами катувань та неналежного поводження

- Висновки
- Перелік умовних скорочень
- Список використаної літератури

ВСТУП

Тема, яку ми взялися дослідити і вивчити на прикладі світових даних та наших власних досліджень, на жаль, залишається актуальною як для населення України, так і для світової спільноти. Тому що скільки існує людство, стільки виникають війни. Але життя знову бере своє до наступного потрясіння людства чи то пандемією, чи економічною кризою, чи війною.

Міняються століття, але не змінюється природа людини, яка так тривало еволюціонувала, із зусиллям вибравшись на вершину харчової піраміди. І тепер цей творець розуму і сама складна біологічна система з не менш складними соціальними зв'язками періодично через ті чи інші причини влаштовує масові вбивства та неморальні акти відносно таких, як вони.

Вивчення історії націй та народів — це одночасно вивчення історії війн і боротьби за незалежність та виживання. А з війнами в соціум приходять психічні й фізичні травми людей. Змінюється охопиття і тотальність війн, технізація війн і людські та матеріальні затрати. Не змінюється суть війн — страждання, втрати, поневіряння, кардинальні зміни життя. А за цим стоять і психічні реакції на ці жахливі події.

Здавалося б, вже стільки вивчено й описано цих психологічних проблем та психічних розладів, пов'язаних саме з війною. Але кожний новий конфлікт, кожна нова війна на нашій планеті — це і нове розуміння цих проявів та розладів. Адже соціум розвивається і не стоїть на місці.

Колись Маршалл Маклуен «запустив» у науковий світ новий термін «глобальне село». Ми всі з огляду на інформаційний простір без кордонів, переплетені надшвидко поширюваною інформацією за допомогою Інтернету, без зупинки спілкуючись у новій субкультурі взаємодії — соціальних мережах, постійно перебуваємо під пресингом і стресовим впливом будь-якої трагічної події на планеті — чи то виверження вулкана, терористичний акт, пандемія, війна.

Але одна справа, коли це далеко від твого дому, а інша — коли вона у твоєму домі. Не терористичний акт чи пандемія — війна. Вона зайшла в кожную оселю українця.

Наша робота, яку ми виносимо на розгляд фахівців будь-якої медичної спеціальності, присвячена вивченню психічних порушень унаслідок впливу дистресу війни.

Ми давно займаємося цією темою. Ще до широкомасштабної війни з Росією. Тому ця монографія є певною мірою підсумком роботи нашої кафедри цього напрямку.

Ми спробували передати наші знання не тільки максимально доступною мовою, але й всеохватно. Велике значення приділили практичним аспектам діагностики та доказово ефективної терапії тих чи інших психічних розладів.

Вважаємо, що монографія стане в нагоді лікарям та студентам медичних вузів, які зможуть на практиці застосувати психолого-психотерапевтичні й психіатричні знання під час роботи з тими, хто цього потребує.

Дуже хотілося б, щоб ці знання не були потрібні через відсутність уражень психічного здоров'я, але, на жаль, вимушені визнати — вони є і будуть. Саме тому їх потрібно вчасно побачити, верифікувати й надати ефективну допомогу.

Ну що ж, друзі, користуйтеся нашою роботою, пишіть свої відгуки та зауваження, діліться своїм досвідом і напрацюваннями.

Ми всі вчимося.

Щастя Вам!

***З повагою, від колективу авторів,
професор Олег Чабан***

1. БОЙОВА ТА ОПЕРАТИВНА СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ

Класифікаційна категорія «**Бойова та оперативна стресова реакція**» (**Combat and Operational Stress Reaction — COSRs**) використовується з 1999 р. Американською військовою психіатрією для комбатантів. Незважаючи на те, що у фаховій медичній літературі трапляється думка, що COSRs є військовим аналогом гострого стресового розладу (DSM-5: 308.3), насправді це зовсім не так. У відповідних настановах США зазначено, що COSRs є за своєю природою фізіологічним станом і відображає перехідну реакцію на бойову травму в умовах ведення бойових дій, яка триває до 72 годин.

Згідно з Інструкцією 6490.05 Міністерства оборони США «Підтримка психологічного здоров'я під час військових дій» [1], бойова та оперативна стресова реакція (COSRs) визначається як «нормальна, фізична, емоційна, когнітивна або поведінкова реакція, несприятливі наслідки або психологічна травма військовослужбовців, які зазнали стресових або травматичних подій у бойових або військових діях». COSRs може відрізнитися за тяжкістю залежно від різноманітних операційних умов, включаючи інтенсивність, тривалість, частоту бойового впливу, лідерство та моральний дух підрозділу тощо. Водночас COSRs не розцінюється як розлади психічного здоров'я чи станів та проблеми, що відповідають критеріям медичної діагностики.

1.1. Основні клінічні прояви й діагностика бойової та оперативної стресової реакції

Термін «**бойова та оперативна стресова реакція**» (Combat and operational stress reactions — COSRs) використовується для опису двох різних типів військових стресових реакцій:

- 1) гострих стресових реакцій у бойовому середовищі, які називаються **бойовими стресовими реакціями (CSRs)**;
- 2) реакцій на більш тривалі військові оперативні стресові фактори, або **оперативні стресові реакції (OSRs)**.

Бойові стресові реакції (CSRs) виникають під час бою або підготовки до бою. Це жорсткі реакції виживання, які викликають фізіологічні, поведінкові, емоційні, психічні та інші зміни в процесах організму.

Приклади **бойових стресових факторів**:

- Травма
- Вбивство учасників бойових дій
- Особисте свідoctво загибелі особи
- Загибель чи смерть іншого члена підрозділу
- Поранення, що призвело до втрати кінцівки

Ситуації, що загрожують життю, запускають каскад відповідей вегетативної нервової системи, яка регулюється двома протилежними відділами — симпатичною нервовою системою, що відповідає за збудження, і парасимпатичною нервовою системою, що відповідає за гальмування. Результатом є континуум автоматичних реакцій, які називають «**захисним каскадом**», що характеризується екстремальними (але відносно короткими) високими або низькими показниками фізіологічних функцій, таких як усвідомлення/збудження, поведінкові, емоційні, розумові, мовні та сенсомоторні. Ці зміни є інтенсивними і викликають помірні та важкі порушення, які тривають лише години або щонайбільше кілька днів.

Деякі з бойових стресових реакцій, які може відчувати військово-службовець, включають неспокій, паніку, дратівливість, лють, сплутаність свідомості, проблеми з пам'яттю, втому, безсоння, серцебиття, задишку та роз'єднання.

З клінічної точки зору реакції на бойовий стрес (CSRs) — це нормальні, мимовільні, тимчасові реакції на надзвичайно стресові події, пов'язані з боєм, очікувані реакції організму, які охоплюють фізичні, поведінкові, емоційні, психічні та інші зміни в процесах. З огляду на це пропонуємо основні профілі клінічних ознак і симптомів, пов'язаних із реакціями на боротьбу зі стресом, які можуть бути ознаками реакції на бойовий стрес (CSRs) [2]:

Симптоми збудження	Симптоми гальмування
Фізіологічні симптоми	
<ul style="list-style-type: none"> • Інтенсивне збільшення частоти серцевих скорочень (ЧСС) • Раптове, помітне підвищення артеріального тиску • Швидке і глибоке дихання • Підвищення тону м'язів • Підвищення температури тіла • Підвищене потовиділення • Сухість у роті та сухість очей • Мідріаз • Функціональна гіперметропія • Зниження апетиту та травної діяльності • Зменшення виділення сечі та кишечника • Запаморочення • Труднощі із засинанням або підтримкою процесу сну • Нічні кошмари • Пілоерекція, фасцикуляція чи судоми 	<ul style="list-style-type: none"> • Різде зниження частоти серцевих скорочень (ЧСС) • Раптове значне падіння артеріального тиску • Повільне і поверхневе дихання, задишка • Зниження чи в'ялий тонус м'язів • Зниження температури тіла, тремтіння • Підвищена кількість слини і сліз • Міоз • Фіксований, скляний погляд • Підвищення апетиту та травної діяльності • Посилене виділення сечі та кишечника (нетримання) • Нудота/блювання • Сонливість • Неконтрольований тремор
Поведінка	
<ul style="list-style-type: none"> • Надзвичайне збудження, неспокій або нерозсудливість у поведінці • Надмірна агресивність та можливі сварки, бійки чи буйство всередині підрозділу • Інтенсивна емоційно-керована поведінка, така як напади паніки, спалахи плачу, втеча 	<ul style="list-style-type: none"> • Ступорозні стани з нездатністю рухатися • Соціальна відстороненість, невідповідність навколишнім подіям, відключеність від оточуючих • Відсутність емоційно-відповідної реакції до зовнішньої небезпеки
Емоційна сфера	
<ul style="list-style-type: none"> • Сильний гнів, страх або ейфорія • Виражена емоційна лабільність 	<ul style="list-style-type: none"> • Надзвичайний страх, безвихідь • Емоційне заціпеніння або емоційна анестезія

Симптоми збудження	Симптоми гальмування
Мислення	
<ul style="list-style-type: none"> • Прискорений темп мислення з думками, які спочатку виникають швидко й чітко, але стають занадто швидкими, викликаючи плутанину та проблеми з пам'яттю, погані судження та труднощі з розумінням мовлення 	<ul style="list-style-type: none"> • Повільний темп мислення з думками, які виникають занадто повільно або повністю відключаються, що спричиняє дезорієнтацію, втрату пам'яті й нездатність приймати рішення або розуміти мовлення
Свідомість та самосвідомість	
<ul style="list-style-type: none"> • Надлишкова пильність і надмірне збудження • Цілеспрямованість і надмірна зосередженість на загрозі • Перебільшений чотирипагорбний рефлекс • Відчуття нереальності, симптоми дереалізації-деперсоналізації 	<ul style="list-style-type: none"> • Відсутність усвідомлення та нереагування на себе, інших або оточення • Неможливість зосередитися на безпосередніх загрозах або реагувати на них • Втрата реакції на збудження та інших рефлексів • Відчуття реальності або зовсім слабо виражені симптоми дереалізації-деперсоналізації
Мовлення	
<ul style="list-style-type: none"> • Гучне, пришвидчене мовлення або заїкання 	<ul style="list-style-type: none"> • М'яке мовлення, бурмотіння або нездатність говорити
Сприймання	
<ul style="list-style-type: none"> • Перебільшений або більш яскравий зір, слух або відчуття • Поколювання в частинах тіла (парестезії) • Знижена здатність відчувати фізичний біль (неопіодні рецептори) 	<ul style="list-style-type: none"> • Погіршення чи втрата зору, слуху або відчуттів • Оніміння частин тіла (парестезії) • Відсутність відчуття фізичного болю (опіодні рецептори)

Операційні стресові реакції (OSRs) — це очікувані тимчасові поведінкові, когнітивні, емоційні та фізичні зміни, що виникають у результаті повторного впливу одного або кількох стресових факторів у бойових або небойових оперативних умовах. Приклади **операційних стресових факторів**:

- Важке середовище проживання та роботи (наприклад, ізоляція, екстремальний клімат, оточення або сенсорні стресори)
- Переживання чи свідчення переслідувань, катувань, знущань або міжособистісного конфлікту, пов'язаного з роботою
- Високе навантаження (наприклад, тривалий робочий час і високі вимоги до завдань)
- Неодноразовий вплив травми, небезпеки та втрати
- Умови роботи, які порушують сон (наприклад, змінна робота, робота вночі)
- Стресові події, пов'язані з близькими або друзями (наприклад, подружні проблеми, хвороба або смерть)

Деякі прояви оперативних стресових реакцій, які можуть відчувати військовослужбовці чи цивільні особи, включають:

- Тривогу або страх
- Дефіцит уваги, її концентрації або пам'яті
- Вигорання, емоційне виснаження або відсторонення
- Пригнічений настрій, смуток, безпорадність або горе
- Труднощі із засинанням або підтриманням процесу сну
- Розчарування, дратівливість або гнів
- Окремі симптоми посттравматичного стресового розладу

1.2. Домедична, перша медична й психотерапевтична допомога пацієнтам з оперативною та бойовою стресовою реакцією

Проведення широкомасштабних бойових дій із рівним за силою або переважаючим супротивником зазвичай сильно ускладнюють пересування пацієнтів та їхню медичну евакуацію, а також пересування медичних спеціалістів між підрозділами. Такі складнощі у функціонуванні військової медицини потребують більш тривалої домедичної (польової) допомоги, протягом якої неспеціалізований персонал повинен підтримувати пацієнта впродовж досить тривалого періоду. Під час військово-медичних досліджень надання такої допомоги постраждалим із «небойовими», зокрема психічними, травмами дотепер не входило до пріоритетних напрямків, хоча деякі автори, які вивчали досвід військових операцій армії США та об'єднаних сил, вказували на необхідність планування й адаптації такої допомоги щодо боротьби з бойовою та оперативною стресовою реакцією в межах майбутніх війн [3].

За даними північноамериканських дослідників, психічні розлади призводили до медичної евакуації 12% серед усіх евакуйованих

військовослужбовців під час перебування армії США в Іраку протягом 2003-2011 рр., а впродовж 2013-2015 рр. їх частка зросла до 15% [4-6].

Розширення надання допомоги військовослужбовцям із психічними травмами в армії США під час бойових дій в Іраку та Афганістані більшою мірою досягалось за рахунок збільшення кількості «бойових медичних техніків» (Combat Medical Technician — солдат, який має медичну підготовку) та інших постачальників догоспітальної «тактичної невідкладної медичної допомоги» (TEMS), у ролі якої могли виступати як середній медичний персонал, так і парамедики. Ці «техніки» і «провайдери» першої медичної та домедичної допомоги призначалися до бригадних бойових груп і окремих військових загонів та показали високу результативність роботи під час військових конфліктів 1910 — початку 1920-х років нашого сторіччя. За даними літератури, під час операції США «Буря в пустелі» тимчасові втрати внаслідок психічних розладів були значно більшими в тих підрозділах, у яких не було можливості надавати долікарську та першу лікарську психіатричну допомогу [7].

Оцінюючи можливі варіанти майбутніх війн, фахівці військової психіатрії США звертають особливу увагу на те, що у випадку приблизно рівних можливостей між супротивниками найсерйознішим фактором є можлива перевага в повітрі, яка унеможлиблює використання літаків та гелікоптерів для забезпечення діяльності медичної служби. Сторона, яка не має вагомої переваги в повітрі, дотримання правила «золотої години» для надання допомоги є неможливим, пацієнти з бойовими пораненнями та травмами можуть очікувати надання кваліфікованої медичної допомоги по декілька діб, а пацієнти з психічними травмами, у психотичних станах, із суїцидальними думками тощо — очікувати на допомогу тижнями [7]. Також небезпека чи неможливість використовувати авіацію не дозволить переміщувати медичних працівників до місць, де вони змогли б надавати безпосередню допомогу, а високі вимоги щодо мобільності передових підрозділів зазвичай перешкоджають їх пересуванню разом із бойовими частинами. Вказані фактори призводять до висновку щодо більшого попиту на неспеціалізовану домедичну чи на долікарську допомогу пацієнтам із COSRs безпосередньо на передовій.

Виходячи з вищесказаного, слід звернути увагу на декілька позицій, які пояснюють необхідність надання допомоги військовослужбовцям із COSRs якнайшвидше саме на бойових позиціях.

По-перше: це можливо тому, що в більшості таких пацієнтів психопатологічна симптоматика буде короткотривалою, минущою та більшою

мірою обмежуватиметься епізодами депресії, гострими реакціями гніву, порушеннями сну [8]. Такі минущі стани цілком можливо вирішити за допомогою швидкого підтримувального втручання в перші години після їх виникнення.

По-друге: у випадку ненадання допомоги військовослужбовцям із COSRs значно зростає ризик розвитку більш серйозних та тривалих психічних розладів, які будуть потребувати кваліфікованої медичної допомоги. Доцільність їх перебування на передовій може бути сумнівною, і навіть якщо ці бійці не будуть евакуйовані, їх бойова ефективність буде значно зниженою.

По-третє: своєчасне надання першої допомоги з наступним лікуванням та реабілітацією значно знижує можливість рецидивів у майбутньому (за деякими даними, у чотири рази [9]) та дозволяє ефективно використовувати таких військовослужбовців у подальшому.

По-четверте: вплив бойового стресу може збігатись із дебютом хронічного психічного розладу (такого як біполярний розлад, шизофренія, шизоафективний розлад тощо), на який військовослужбовець не страждав раніше, але який повністю унеможливорює його використання в бойових діях, а його подальше перебування на передовій може потребувати відлучення інших бійців від їх бойових завдань для нагляду за такими пацієнтами [10].

Зазначені особливості потребують розширення підготовки з надання само- та взаємодопомоги, цільового розширення базової підготовки парамедиків, середнього й лікарського складу медичних частин. Виходячи з того, що COSRs, за визначенням, не є психічним розладом чи навіть патологічним станом, їх корекція обмежується евакуаційними заходами та психотерапевтичними інтервенціями і тренінгами (включаючи заходи із само- та взаємодопомоги).

Одним із пріоритетних заходів із підготовки бійців до самостійного подолання стресових факторів у зоні бойових дій є навчальна програма «**Master Resilience Training**» (**MRT**), яка включає кілька факторів, пов'язаних з індивідуальною стійкістю, насамперед розумову спритність та силу характеру. При цьому розвиток стійкості може включати більш довгострокові навички подолання й позиції лідера [11].

Наступний самостійний профілактичний засіб — «Тренінг зі щеплення від стресу» — **Stress inoculation training (SIT)** [12-16]. SIT включає такі методи, як навчання релаксації та керування стресом із метою зменшення рівня збудження. При цьому існують вдалі спроби адаптації SIT для віртуального моделювання сценаріїв бойових дій і можливих

стресорів [13]. За умови проведення планової підготовки військово-службовців перед їх відправленням у зону бойових дій принципи SIT можуть бути використані для забезпечення певного ступеня передбачуваності та готовності, що запобігає реакціям бойового стресу. На сьогодні розроблено кілька мобільних додатків для самоконтролю психологічних симптомів у військових умовах, які показали хороші результати при емпіричному оцінюванні. Деякі із цих програм, такі як «PTSD Coach» [14], були розроблені для навчання, самооцінки та лікування симптомів, пов'язаних із певним розладом, інші додатки можуть бути використані, щоб дозволити пацієнтам застосовувати засоби подолання за відсутності професіонала. Так, програма «Breathe 2 Relax» («Дихання 2 розслаблення») [15] надає вправи на діафрагмальне дихання, які використовуються для контролю пульсу та дихання навіть у тактичних умовах, а мобільний додаток «Virtual Hope Box» («Віртуальна скринька надії») [16] містить прості інструменти, такі як вправи на розслаблення й нагадування про причини життя в кризові моменти. Водночас слід зауважити, що подібне програмне забезпечення має певні обмеження в зоні бойових дій, тому що потребує доступу до мережі Інтернет та не використовує шифрування даних.

Оскільки COSRs є очікуваною відповіддю на бойові та військові операції, служби медичного й психологічного забезпечення військово-службовців, а також система медичної та психологічної допомоги громадянам можуть використовувати стандартизовані заходи до всіх контингентів, які опинилися в зоні бойових дій.

Як первинна профілактика бойової та оперативної стресової реакції Defense Health Agency (DHA — Агенція Міністерства оборони США) пропонує декілька обов'язкових заходів. Слід відмітити, що DHA є сумісною інтегрованою агенцією бойової підтримки, яка дозволяє медичним службам армії, флоту та військово-повітряних сил надавати високоякісну інноваційну допомогу як у мирний, так і воєнний час, користуючись принципами **«Ready Reliable Care»**.

DHA рекомендує такі заходи первинної допомоги:

1. Необхідно допомогти військовослужбовцю розпізнати ознаки та симптоми COSRs, запобігати їх виникненню шляхом навчання, щоб підвищити впевненість і навички зменшити вплив бойового

- та оперативного стресу за допомогою простих заходів, таких як заспокоєння, відпочинок і гарантування безпеки.
2. Забезпечення розуміння та впевненості пацієнта в тому, що COSRs є нормальною реакцією під час перестрілки чи інших екстремальних ситуацій, — вони є мимовільними, мимовільними реакціями на ситуації, що загрожують життю.
 3. Слід запитати про минулі поведінкові реакції на сильний стрес, пояснення, що попередні CSRs можуть бути пов'язані з поточними симптомами та стресовими факторами, необхідно розглянути заходи, щоб розірвати цей зв'язок.
 4. Якщо військовослужбовець зазнає недавнього чи наявного COSRs, необхідно запропонувати заходи для лікування гострої тривоги або паніки (заземлення, дихання, експозиційна терапія тощо).
 5. Потрібно розгорнути план дій (наприклад, відкоригувати розклад, відстежувати статус, визначити шлях повернення на службу).
 6. Слід оцінити ризик для майбутнього COSRs (наприклад, майбутнє інтенсивне розгортання військ або польова операція) та обговорити стратегії з військовослужбовцем (наприклад, заземлення, дихання, система приятелів, джерела допомоги).
 7. Якщо військовослужбовець із COSRs не реагує на первинні втручання, рекомендується скерувати його до лікаря-психіатра.

В армії США першу психологічну допомогу надають «напівфахівці»: спеціалісти (техніки) із поведінкового здоров'я і навіть військові капелани. Якщо доцільність інституту капеланів у Збройних силах України, з урахуванням усіх складнощів і напруженості міжконфесійних стосунків у нашій країні, взагалі залишається вкрай сумнівною, то про першу професійну позицію слід розповісти трохи докладніше. **Техніки із поведінкового здоров'я (Behavioral Health Technician)** широко використовуються в Сполучених Штатах у цивільній системі охорони здоров'я, надаючи безцінну допомогу соціальним працівникам, психологам, медичним сестрам і лікарям, які лікують пацієнтів, хворих на розлади розвитку, психічні або нейродегенеративні захворювання. Найчастіше вони працюють у психіатричних установах, проте різноманітні організації, такі як заклади довгострокового догляду включно з будинками престарілих і житловими громадами, притулки для бездомних та аутріч-організації (outreach), агентства з надання допомоги вдома, стаціонарні та амбулаторні заклади лікування наркотичної залежності, також користуються їхніми послугами.

В армії США існує відповідна військова спеціальність «MOS 68X» — **спеціаліст із поведінкового здоров'я (Behavioral Health Specialist)**. Ці військові спеціалісти допомагають кваліфікованому медичному персоналу в нагляді, догляді та лікуванні військовослужбовців із психічними розладами. При цьому їх діяльність перебуває під безпосереднім контролем лікаря-психіатра, медичної сестри, психолога чи соціального працівника. Від новобранців, які вступають на службу до армії на посаду спеціаліста із психічного здоров'я, не вимагається будь-яка спеціальна освіта. Після відбору та успішного складання тесту ASVAB вони проходять 10-тижневий базовий курс бойової підготовки з наступною індивідуальною розширеною підготовкою протягом 17-20 тижнів у медичних і навчальних центрах армії США.

Під належним наглядом ці спеціалісти можуть виконувати низку основних функцій на передовій, включаючи початкове виявлення психопатологічних симптомів, навчання пацієнтів та безпосереднє втручання з метою зниження ризику самогубства. В американських публікаціях останніх років звертається увага на те, що ці штатні «напівфахівці» чи «технічні спеціалісти» є критично важливим активом для розпізнавання ранніх ознак дезадаптивної поведінки окремих бійців і сприяння кращому пристосуванню підрозділів [17-19].

Незважаючи на домедичну допомогу парамедиків, навички самої взаємодопомоги, кваліфікована допомога військовослужбовцям із COSRs може бути надана, безперечно, тільки медичними працівниками. Об'єктивних даних щодо стану підготовки й ефективності надання медичної допомоги військовослужбовцям із психічною патологією за цілою низкою причин на сьогодні немає. Якщо розглядати дані армії США, то менше половини військових медиків розцінюють свою підготовку щодо вирішення проблем, пов'язаних із психічними розладами, як достатню [20].

2. ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС)

Діагноз гострого стресового розладу (ASD) вперше було введено Американською психіатричною асоціацією в північноамериканську класифікацію DSM-IV у 1994 році з метою надання допомоги тим пацієнтам, у яких спостерігалися клінічно окреслені психопатологічні ознаки психічного розладу внаслідок екстремального психотравмуючого впливу, але строки їх виникнення та структурна своєрідність унеможлилювали розглядати ці стани в межах діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) і надавати відповідну медичну допомогу, попереджуючи виникнення дійсного ПТСР [21, 22]. Діагноз включав у себе п'ять типів симптомів: дисоціацію, повторне переживання, запобігання, збудження й функціональні порушення (у кожній категорії, крім дисоціації, — по одному симптому), а для встановлення діагнозу потрібно було не менше трьох симптомів.

Якщо «Бойова та оперативна стресова реакція» розцінюється як варіант нормального, фізіологічного реагування на вплив надзвичайних психотравмуючих факторів воєнного часу, то її патологічним еквівалентом є **«Гострий стресовий розлад» (ГСР)**, який на сьогодні входить до північноамериканської класифікації хвороб DSM-5 під кодом **308.3 Acute Stress Disorder (ASD)** [23]. Аналогічною діагностичною рубрикою в Міжнародній класифікації хвороб ICD-10, яка сьогодні використовується у великій кількості країн-членів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), зокрема в Україні, є рубрика **«F43.0. Гостра стресова реакція» (Acute stress reaction — ASR)** [24]. Водночас у новітній Міжнародній класифікації хвороб ICD-11, схваленої ВООЗ 25 травня 2019 р. та поступове використання якої державами-членами ВООЗ розпочато з 1 січня 2022 р., будь-якого аналога діагностичної рубрики, яка б класифікувала гострий психічний розлад, що розвивається «у відповідь на виняткове фізичне та психічне навантаження» [25], взагалі немає. Навпаки, в ICD-11 **«Гостра стресова реакція»** під кодом **QE84** віднесена не до психічної патології, а до розділу 24 «Фактори, що впливають на стан здоров'я або контакт із медичними службами

(Factors influencing health status or contact with health services)», що, найімовірніше, є аналогом діагнозу «бойова та оперативна стресова реакція», ніж того психопатологічного стану, який позначається з позицій ICD-10 ідентичним терміном. Ця термінологічна плутанина, створена авторами ICD-11, не повинна впливати на якість діагностичного пошуку, базовими складовими якого є вирішення питання про клінічний чи доклінічний рівень наявного стану, відповідно до чого і можливо позначати цей стан як «бойову та оперативну стресову реакцію» чи «гострий стресовий розлад», використовуючи більш чітку і зрозумілу номенклатуру класифікації DSM-5.

Виходячи з того, що ГСР часто виступає як перший етап розвитку ПТСР, дослідження реальної поширеності ГСР є питанням із досить сумнівним результатом. За даними сучасних публікацій, поширеність ГСР варіює залежно від характеру травми та клінічних поглядів авторів публікацій і становить від 1,3 до 11,2% [21].

Точної патофізіологічної основи виникнення ГСР на сьогодні не виявлено, хоча розроблені різні психофізіологічні моделі розладу. Більшість цих моделей мають за свою теоретичну базу рефлекторну теорію І.П. Павлова, пов'язуючи цей стан із «підтвердженням страху». У даному випадку травматичний стимул (вибух, звук пострілу тощо) виникає разом із психологічно нейтральним стимулом (запахом, світлом тощо) або з контекстом (наприклад, нічний час). У майбутньому при впливі нейтрального стимулу чи контексту мозок та тіло демонструють пережиті реакції страху навіть за відсутності травматичного стимулу [26]. Відомо, що в більшості здорових людей відбувається адаптація до цього «зумовленого страху» шляхом поступового зниження сили відповіді на стимул, але якщо ці адаптивні механізми виявляються недостатніми чи неадекватними, пацієнт продовжує відчувати цей страх на нейтральні стимули і виявляє симптоми ГСР [27].

2.1. Основні клінічні прояви та діагностика гострого стресового розладу (гострої реакції на стрес)

Фактори ризику виникнення гострого стресового розладу включають попередні психічні розлади та вплив попередніх психотравмуючих факторів, високий рівень афективної нестійкості (невротизм), виключну серйозність травматичної події й стилів стратегій подолання. Катастрофічні оцінки травматичного досвіду, які часто характеризуються перебільшеною оцінкою майбутньої шкоди, провини або безнадійності, є вагомим

фактором ризику виникнення гострого стресового розладу. Крім того, більший ризик виникнення гострого стресового розладу мають жінки.

Метааналізи, проведені Ozer et al., а також Brewin et al. [28, 29], дозволили Sargeen J. [30] класифікувати фактори ризику на три категорії:

1. Претравматичні фактори:

- Жіноча стать
- Інтелектуальна недостатність
- Відсутність чи недостатність освіти
- Історія травматичних подій
- Психіатричні розлади в анамнезі
- Розлад особистості
- Спадкова схильність

2. Перитравматичні фактори:

- Тяжкість травми
- Фізичний напад
- Зґвалтування
- Тілесне ушкодження

3. Посттравматичні фактори:

- Безпосередньо симптоми гострого стресового розладу
- Тахікардія
- Низький соціально-економічний статус
- Сила фізичного болю
- Перебування в реанімації
- Черепно-мозкова травма
- Дисоціативні симптоми
- Інвалідність
- Подальший життєвий стрес

DSM-5

Із позицій DSM-5 суттєвою ознакою гострого стресового розладу є розвиток характерних симптомів, які тривають від 3 днів до 1 місяця після впливу однієї або кількох травматичних подій. Діагностичний пошук включає в себе оцінювання декількох діагностичних критеріїв: А, В, С, D та Е.

А. Вплив фактичної або загрози смерті, серйозної травми або сексуального насильства в одному (або більше) з таких способів:

1. *Буквальне, особисте переживання травматичних подій.*
2. *Перебування свідком події(-ї), яка сталася з іншими.*

3. Отримання інформації, що подія(-ї) сталася з близьким членом сім'ї чи близьким другом.

Примітка. У випадках фактичної або загрози смерті члена сім'ї чи друга подія мала бути насильницькою або неочікуваною.

4. Повторне або екстремальне враження від неприємних деталей травматичної події (наприклад, працівники, які збирають людські останки, поліцейські після неодноразового ознайомлення з деталями жорстокого поводження з дітьми).

Примітка. Це не стосується впливу через електронні засоби масової інформації, телебачення, фільми або зображення, якщо це не пов'язано з роботою.

Слід зазначити, що травматичні події, які безпосередньо переживаються пацієнтом, включають, але не обмежуються реакцією на війну як учасника бойових дій чи представником цивільного населення, погрозами чи фактичним насильницьким нападом (наприклад, зґвалтування, фізичні напади, активні бойові дії, пограбування, фізичне та/або сексуальне насильство в дитинстві, викрадення, захоплення заручників, терористичний напад, полон, катування), природні або антропогенні катастрофи (наприклад, землетрус, ураган, авіакатастрофа) і серйозні нещасні випадки (наприклад, автомобільна катастрофа, виробнича аварія). Важливим є те, що відповідно до стресових причин даного психічного розладу небезпечну для життя хворобу або виснажливий стан здоров'я не обов'язково слід розцінювати як достатню травматичну подію.

Стресори, пов'язані зі станом здоров'я, які можливо кваліфікувати як травматичні, включають раптові, вкрай катастрофічні події (наприклад, пробудження під час операції, анафілактичний шок). Стресові події, які не мають важких і травматичних компонентів подій, охоплених Діагностичним критерієм А, можуть призвести до розладу адаптації, але не до гострого стресового розладу.

Клінічна картина гострого стресового розладу може відрізнитися залежно від людини, але зазвичай включає в себе тривожну реакцію, у певній формі повторного переживання травматичної події або реакції на неї. У деяких людей може переважати дисоціативна відстороненість, хоча ці особи, як правило, також демонструють сильну емоційну або фізіологічну реактивність у відповідь на нагадування про травму. В інших людей може мати місце виражена реакція гніву, при якій реактивність характеризується дратівливістю або агресивною реакцією.

Події, свідками яких були пацієнти, можуть включати, але не обмежуються спостереженням за загрозою чи серйозною травмою, неприродною смертю, фізичним чи сексуальним насильством, заподіяних іншою людиною внаслідок насильницького нападу, тяжким домашнім насильством, важкою аварією, війною та катастрофою. Психотравмуючою ситуацією також може стати свідоцтво медичного термінального стану за участю дитини (наприклад, крововиливу, що загрожує життю). Події, пережиті опосередковано через знання про подію, обмежуються близькими родичами або близькими друзями. Такі події мали бути насильницькими або випадковими і включають насильницький напад, самогубство, серйозний нещасний випадок або серйозні травми, при цьому смерть через природні причини як психотравмуючого фактора, який може призвести до виникнення гострого стресового розладу, не повинна розглядатись.

Розлад може бути особливо важким у випадках, коли стресор є ціловим, особистісним і навмисним (наприклад, катування, зґвалтування). Імовірність розвитку гострого стресового розладу може зростати в міру збільшення інтенсивності та фізичної близькості до стресора, який його викликає.

В. Наявність дев'яти (або більше) з наступних симптомів із будь-якої з п'яти категорій вторгнення, негативного настрою, дисоціації, уникнення та збудження, які виникли або стали більш виразними після того, як трапилися травматичні події:

Симптоми вторгнення:

1. Повторні, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію.

Примітка. У дітей може відбуватися повторювана гра, у якій є тема або аспекти травматичної події.

Травматичну подію можна пережити різними способами. Зазвичай людина періодично і нав'язливо згадує про подію (критерій В1). Спогади — це спонтанні або спровоковані повторювані пригадування про подію, які зазвичай виникають у відповідь на подразник, що нагадує травматичний досвід (наприклад, звук автомобіля в тиші, що викликає спогади про авіаційні чи ракетні обстріли). Ці нав'язливі спогади часто включають сенсорні відчуття (наприклад, відчуття сильного тепла, яке виникло під час пожежі в будинку), емоції (наприклад, переживання страху повірити, що його ось-ось поранять) або фізіологічні (наприклад, відчуття задишки, від якої людина страждала під час утоплення) симптоми.

2. Повторювані тривожні сни, у яких є зміст та/або вплив травматичної події.

Примітка. У дітей можуть бути страшні сни без змісту травми.

Тривожні сни можуть містити теми, які репрезентують або тематично пов'язані з основними загрозами, викликаними травматичною подією (наприклад, у випадку, коли пацієнт вижив в автокатастрофі, тривожні сни можуть включати в себе автомобілі, які розбиваються; у випадку бойового зіткнення в комбатанта тривожні сни можуть включати в себе інші загрози, ніж бойові).

3. Дисоціативні реакції (наприклад, спогади), коли індивідуум відчуває себе чи діє так, ніби травматичні події повторювалися (екстремальним варіантом є повна втрата усвідомлення теперішнього навколишнього середовища).

Примітка. У дітей у грі може відбуватися відтворення, специфічне для пережитої травми.

Дисоціативні стани можуть тривати від кількох секунд до кількох годин або навіть днів, протягом яких складові травматичної події знову переживаються, і людина поводиться так, ніби переживає подію в цей момент. Хоча дисоціативні реакції є поширеними під час травматичної події, для діагностики гострого стресового розладу розглядаються лише дисоціативні реакції, які зберігаються більше ніж 3 дні після травми. Для маленьких дітей відтворення подій, пов'язаних із травмою, може з'являтися в грі і включати дисоціативні моменти (наприклад, дитина, яка вижила в автомобільній аварії, може неодноразово та зосереджено розбивати іграшкові машини під час гри). Ці епізоди, які є зазвичай короткими, часто класифікують як спогади, але, на відміну від спогадів, вони включають відчуття, що травматична подія відбувається в сьогоденні, а не в минулому, і пов'язана зі значним відчуттям страждання.

4. Інтенсивний чи тривалий психологічний стрес або виражені фізіологічні реакції у відповідь на внутрішні чи зовнішні сигнали, які символізують або нагадують аспект травматичні події.

Деякі люди з розладом не мають нав'язливих спогадів про саму подію, але натомість відчувають інтенсивний психологічний дистрес або фізіологічну реактивність, коли вони піддаються впливу провокуючих факторів, що нагадують чи символізують аспект травматичної події (наприклад, побачити когось, хто схожий на злочинця, який вчиняв насильницькі дії стосовно пацієнта). Початковим сигналом може бути

фізичне відчуття (наприклад, відчуття жару для потерпілого від пожежі, запаморочення в тих, хто пережив черепно-мозкову травму), особливо для людей з обтяженим соматичним статусом.

Негативний настрій:

5. Постійна нездатність переживати позитивні емоції (наприклад, нездатність переживати щастя, задоволення чи любовні почуття).

Людина може мати стійку нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, щастя, радість, задоволення або емоції, пов'язані з інтимністю, ніжністю чи сексуальністю) чи негативні емоції, такі як страх, смуток, гнів, провина чи сором.

Дисоціативні симптоми:

6. Змінене відчуття реальності свого оточення або себе (наприклад, бачення себе з точки зору іншого, перебуваючи в заціпенінні, відчуття сповільнення часу).

Зміни усвідомлення можуть включати симптоми деперсоналізації, відсторонене відчуття себе (наприклад, бачити себе з іншого боку кімнати), або симптоми дереалізації, спотворене уявлення про навколишнє (наприклад, відчуття, що речі рухаються в уповільненому темпі, навколишнє здається несправжнім, декоративним).

7. Нездатність пригадати важливий аспект травматичної події (як правило, через дисоціативну амнезію, а не через інші фактори, такі як травма голови, алкоголь або наркотики).

Деякі пацієнти також можуть повідомляти про нездатність пригадати важливий аспект травматичної події. Цей симптом пов'язаний із дисоціативною амнезією і не пов'язаний із травмою голови, алкоголем або наркотиками.

Симптоми уникнення:

8. Зусилля уникнути тривожних спогадів, думок чи почуттів, які пов'язані з травматичними подіями.

9. Намагання уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, предметів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки чи почуття, пов'язані з травматичною подією(-ями).

Пацієнти можуть постійно уникати стимулів, пов'язаних із травмою, і відмовитися обговорювати травматичний досвід або використовувати стратегії уникнення, щоб мінімізувати усвідомлення емоційних реакцій (наприклад, надмірне вживання алкоголю, коли нагадують про

травматичний досвід). Це поведінкове уникнення може включати відмову від перегляду новин, пов'язаних із психотравмуючою ситуацією, відмову повернутися на місце, де сталася травма, або уникнення взаємодії з іншими людьми, які поділилися таким самим травматичним досвідом.

Симптоми збудження

10. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням або збереженням сну, неспокійний сон).

Дуже часто пацієнти з гострим стресовим розладом відчувають проблеми із засинанням і підтримкою сну, що може бути пов'язано з кошмарами або генералізованим підвищенням процесів збудження, що перешкоджає повноцінному сну.

11. Дратівлива поведінка і спалахи гніву (з незначною провокацією або без неї), як правило, виражаються як вербальна або фізична агресія стосовно людей або предметів.

Особи з гострим стресовим розладом можуть бути запальними і навіть проявляти агресивну вербальну та/або фізичну поведінку, причому така поведінка може виникати після впливу вкрай незначних за силою чи змістом стимулів.

12. Гіперпильність.

Гострий стресовий розлад часто характеризується підвищеною чутливістю до потенційних загроз, у тому числі тих, які пов'язані з травматичним досвідом (наприклад, жертва автомобільної аварії може бути особливо чутливою до загрози, потенційно спричиненої будь-якими автомобілями) або не пов'язані з травматичною подією (наприклад, страх перед серцевим нападом).

13. Проблеми з концентрацією уваги.

Труidнощі з концентрацією уваги, включаючи труднощі з відтворенням звичайної інформації, якою користуються в побуті (наприклад, забування свого номера телефону) або у виконанні зосереджених завдань (наприклад, після ділової розмови протягом тривалого періоду часу).

14. Перебільшена реакція сполоху.

Особи з гострим стресовим розладом можуть сильно реагувати на несподівані подразники, проявляючи підвищений четверопагорбний рефлекс із реакцією переляку або стрибкоподібними рухами при гучних звуках чи несподіваних рухах (наприклад, людина може підстрибнути у відповідь на дзвінок телефону).

C. Тривалість порушення (симптоми за критерієм B) становить від 3 днів до 1 місяця після травми.

Примітка. Симптоми зазвичай починаються відразу після травми, але для виконання критеріїв розладу необхідна стійкість протягом щонайменше 3 днів і до місяця.

Повна клінічна симптоматична картина повинна бути наявна протягом щонайменше 3 днів після травматичної події і може бути діагностована не більше ніж через 1 місяць після події. Симптоми, які виникають відразу після події, але зникають менше ніж за 3 дні, не можуть розглядатися як складові гострого стресового розладу.

Хоча гострий стресовий розлад може прогресувати в посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) через 1 місяць, цей стан може бути і транзиторною стресовою реакцією, яка зникає самостійно протягом 1 місяця після травми і не призводить до виникнення посттравматичного стресового розладу. Приблизно половина людей, у яких зрештою розвивається посттравматичний стресовий розлад, спочатку мають гострий стресовий розлад. Погіршення симптомів протягом першого місяця може часто статися в результаті постійних стресових факторів життя або подальших травмуючих подій.

D. Порушення викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальних, професійних чи інших важливих сферах функціонування.

Пацієнти, які страждають на гострий стресовий розлад, зазвичай мають погані або вкрай негативні думки про свою роль у травматичній події, свою поведінку та реакцію на травматичний досвід або про нездатність протистояти ймовірним майбутнім загрозам. Наприклад, людина з гострим стресовим розладом може відчувати надмірну провину за те, що не запобігла тому, що трапилось під час травматичної події, або не адаптувалася до цього досвіду більш успішно. Особи з гострим стресовим розладом можуть також викривлено інтерпретувати свої симптоми, тож неможливість пригадати деталі психотравми або емоційне заціпеніння можуть бути інтерпретовані як ознаки зниження розумових здібностей.

Окрім того, пацієнти з гострим стресовим розладом зазвичай відчують панічні атаки в перший місяць після травми, які можуть бути викликані нагадуванням про травму або виникнути спонтанно. Також ця категорія пацієнтів може проявляти хаотичну або імпульсивну поведінку. Наприклад, вони можуть безрозсудно керувати автомобілем,

приймати нераціональні рішення або надмірно грати в азартні ігри. У дітей може виникати значний страх розлуки, що, імовірно, проявляється надмірною потребою уваги.

У разі тяжкої втрати (смерті), яка сталася в травматичних обставинах, симптоми гострого стресового розладу **можуть включати симптоми гострої реакції горя**. У таких випадках симптоми повторного переживання, дисоціації та збудження можуть включати реакції на втрату, такі як нав'язливі спогади про обставини смерті, невіру в те, що людина померла, і гнів із приводу смерті.

Е. Порушення не пояснюється фізіологічними ефектами речовини (наприклад, ліків або алкоголю) чи іншим медичним станом (наприклад, легка черепно-мозкова травма), а також коротким психотичним розладом.

В осіб із гострим стресовим розладом також часто спостерігаються симптоми, які виникають після легкої ЧМТ (наприклад, головні болі, запаморочення, чутливість до світла або звуку, дратівливість, порушення концентрації), причому ці симптоми однаково поширені як у пацієнтів із травмами головного мозку, так і без будь-яких ушкоджень головного мозку, а їх часте виникнення в пацієнтів із ЧМТ може бути пов'язано не тільки з органічним ураженням головного мозку, а й саме з проявами гострого стресового розладу.

Диференційна діагностика гострого стресового розладу повинна проводитись насамперед із порушеннями адаптації (адаптаційним розладом), посттравматичним стресовим розладом, панічним розладом, дисоціативними (конверсійними) розладами, obsесивно-компульсивним розладом, психотичними розладами та черепно-мозковою травмою.

На відміну від гострого стресового розладу, діагноз розладу адаптації використовується, коли реакція на подію чи стресовий фактор (критерій А) не відповідає критеріям гострого стресового розладу (або іншого конкретного психічного розладу), тобто стресор не повинен стосуватись фактичної несподіваної чи насильницької смерті або загрози смерті, серйозних травм чи сексуального насильства (наприклад, для порушення адаптації таким фактором може бути від'їзд подружжя, звільнення з роботи, звичайна смерть чи звістка про смерть). Таким чином, навіть серйозні реакції на захворювання, що загрожує життю, які можуть включати деякі симптоми гострого стресового розладу, можна більш правильно класифікувати як розлад адаптації. Деякі форми розладу адаптації не включають симптоми гострого стресового розладу,

хоча можуть характеризуватися гнівом, депресією чи почуттям провини. Реакція депресії або гніву при розладі адаптації може включати роздуми про травматичну подію, на відміну від мимовільних і нав'язливих тривожних спогадів при гострому стресовому розладі.

Незважаючи на те, що спонтанні панічні атаки дуже поширені при гострому стресовому розладі, стан слід класифікувати як панічний розлад лише в тому випадку, якщо панічні атаки є несподіваними і є занепокоєння щодо майбутніх нападів або дезадаптивних змін у поведінці, пов'язаних зі страхом можливих страшних наслідків цих атак.

Важкі дисоціативні реакції з явищами дереалізації-деперсоналізації за відсутності інших характерних симптомів гострого стресового розладу слід класифікувати як дисоціативний розлад, навіть за наявності впливу екстремального психотравмуючого фактора. У випадках, якщо важка втрата пам'яті на події періоду психотравми зберігається за відсутності інших характерних симптомів гострого стресового розладу, такий стан також може бути розцінений як дисоціативна амнезія.

Від посттравматичного стресового розладу гострий стресовий розлад відрізняється насамперед часом виникнення та тривалості: симптоматика гострого стресового розладу повинна виникнути протягом 1 місяця після травматичної події і зникнути протягом цього 1-місячного періоду, а у випадках, якщо симптоми зберігаються понад 1 місяць і відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу, діагноз слід змінити з гострого стресового розладу на посттравматичний стресовий розлад.

При obsesивно-компульсивному розладі виникають повторювані нав'язливі думки, але вони відповідають клінічному визначенню нав'язливої ідеї. Крім того, нав'язливі думки не пов'язані з пережитою травматичною подією, а інші симптоми гострого стресового розладу зазвичай відсутні, тоді як у клінічній картині наявними можуть бути компульсії, які не характерні для гострого стресового розладу.

Флешбеки, що мають місце при гострому стресовому розладі, слід відрізнити від ілюзій, галюцинацій та інших розладів сприйняття, які можуть виникати при шизофренії, депресивному, біполярному розладі та інших психотичних розладах.

Від психопатологічних проявів розладів унаслідок вживання психоактивних речовин і симптоматичних психотичних розладів унаслідок соматичних захворювань гострий стресовий розлад відрізняється тим, що він завжди безпосередньо пов'язаний із травматичним досвідом і виникає за відсутності інших причин.

Як зазначалося вище, у випадках черепно-мозкової травми, яка виникає під час травматичної події (наприклад, вибух бомби чи снаряда, травма під час автокатастрофи), можуть з'явитися симптоми гострого стресового розладу. Подія, що спричиняє травму голови, також може бути психологічною травмою, а нейрокогнітивні симптоми, пов'язані з ЧМТ, не є взаємовиключними і можуть виникати одночасно із симптомами гострого стресового розладу. Симптоми, які раніше називали постконтузійними (наприклад, симптоми посттравматичної астенії, такі як головні болі, запаморочення, чутливість до світла або звуку, дратівливість, дефіцит концентрації уваги), можуть виникати як у пацієнтів з ушкодженнями головного мозку, так і без ушкодження мозку, включаючи людей із гострим стресовим розладом. Оскільки симптоми гострого стресового розладу й нейрокогнітивних симптомів, пов'язаних із ЧМТ, можуть збігатися, диференціальний діагноз між гострим стресовим розладом та симптомами нейрокогнітивного розладу, пов'язаними із ЧМТ, можливий на підставі аналізу наявності симптомів, характерних для кожного із цих видів патології. Так, якщо повторне переживання та уникнення характерні для гострого стресового розладу, а не для наслідків ЧМТ, стійка дезорієнтація й сплутаність більш характерні, навпаки, для ЧМТ (нейрокогнітивні ефекти), ніж для гострого стресового розладу. Крім того, диференційній діагностиці може сприяти те, що симптоми гострого стресового розладу зберігаються лише протягом 1 місяця після травми.

ICD-10

Як зазначалося вище, у Міжнародній класифікації хвороб ICD-10 також наявна діагностична рубрика, подібна до діагнозу DSM-5 «гострий стресовий розлад», що сформульований як **«Гостра реакція на стрес» (Acute stress reaction)**, який має кодування **F43.0.**, що входить до підрозділу «F43. Реакція на важкий стрес та порушення адаптації» розділу V (F) «Розлади психіки та поведінки». Всесвітня організація охорони здоров'я, яка є розробником цієї класифікації, висуває діагностичні критерії цього діагнозу, які дійсно мають велику подібність до діагнозу «гострий стресовий розлад», але сформульовані дещо по-іншому.

З позицій ICD-10, гостра реакція на стрес — це минулий розлад, який розвивається в людини без будь-яких інших видимих психічних розладів у відповідь на виняткове фізичне й психічне навантаження та зазвичай зникає протягом годин або днів. Індивідуальна вразливість

і здатність до подолання відіграють значну роль у виникненні й тяжкості гострих стресових реакцій. Симптоми демонструють типово змішану та мінливу картину і включають початковий стан «заціпеніння» з деяким звуженням поля свідомості та уваги, нездатністю зрозуміти стимули й дезорієнтацією.

Цей стан може супроводжуватися або подальшим відходом від навколишнього середовища (до ступеня дисоціативного ступору, який класифікується під кодом F44.2), або збудженням і надмірною активністю (реакція втечі або фуґи). У клінічну картину зазвичай можуть включатись вегетативні ознаки панічної тривоги (тахікардія, гіпергідроз, почервоніння шкіри).

Симптоми, як правило, з'являються протягом декількох хвилин після впливу стресового стимулу або події і зникають протягом двох-трьох днів (часто протягом годин). Можливе виникнення часткової або повної амнезії (F44.0. Дисоціативна амнезія) для цього епізоду. Якщо симптоми не зникають протягом днів, слід розглянути можливість зміни діагнозу.

Хоча автори ICD-10 і обмежують класифікацію стану пацієнта як гострої реакції на стрес терміном від декількох годин до декількох днів, тоді як класифікація DSM-5, навпаки, дозволяє виставляти подібний діагноз не раніше 3-го дня після психотравми, пролонгуючи можливий термін його тривалості до 1 місяця, в ICD-10 вказано, що код F44.2 включає в себе такі діагнози, як «гостра кризова реакція», «гостра реакція на стрес», «бойова втома», «кризовий стан» та «психічний шок».

ICD-11

У наступній версії Міжнародної класифікації хвороб ICD-11 автори взагалі виключили цей діагноз із розділу «06 Розлади психіки, поведінки або розвитку нервової системи» (Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders), розглядаючи його як непатологічну реакцію під кодом **«QE84 Гостра стресова реакція»**, який входить до розділу «24. Фактори, що впливають на стан здоров'я або контакт із медичними службами» (Factors influencing health status or contact with health services).

У діагностичних критеріях автори ICD-11 зазначили, що гостра стресова реакція стосується розвитку тимчасових емоційних, соматичних, когнітивних або поведінкових симптомів у результаті впливу подій чи ситуацій (короткочасних або тривалих) надзвичайно загрозливого або жакливого характеру (природного чи соціального генезу) — катастрофи, бойові дії, серйозні аварії, сексуальне насильство, напади. Симптоми

можуть включати вегетативні ознаки занепокоєння (наприклад, тахікардію, пітливість, почервоніння), запаморочення, розгубленість, смуток, злість, відчай, надмірну активність, бездіяльність, соціальне відсторонення або ступор. **Реакція на стресор вважається нормальною**, враховуючи ступінь тяжкості стресора, і зазвичай починає зникати протягом декількох днів після події або після виведення із загрозової ситуації. Крім того, в ICD-11 до цієї рубрики включаються такі діагнози, як «гостра реакція на стрес» та «гостра кризова реакція». Таким чином, автори новітньої Міжнародної класифікації хвороб унеможливили надання пацієнтам у таких станах спеціалізованої медичної (психіатричної) допомоги.

Медико-психологічна діагностика ГСР включає в себе насамперед швидкі структуровані опитувальники, серед яких слід назвати тест «Коротка шкала національного дослідження гострого стресового розладу» (National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale — NSESSS) [31], «Стенфордський опитувальник гострої реакції на стрес» (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire — SASRQ) [32], «Шкала гострого стресового розладу» (Acute Stress Disorder Scale — ASDS) [33], які призначені для дорослих, а також «Визначення реакції дитини на стрес» (Child Stress Reaction Checklist — CSDC) [34] і «Визначення гострого стресу» (Acute Stress Checklist — ASC-Kids) [35-37], призначені для дітей.

Тест «National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale» (NSESSS) [31] розроблений Американською психіатричною асоціацією (APA) у 2013 р. та призначений для оцінювання важкості симптомів гострого стресу в дорослих. Слід зауважити, що APA надає право на офіційне використання цього тесту (без вимоги додаткового дозволу) клініцистам і дослідникам для роботи зі своїми пацієнтами. Шкала складається із 7 пунктів, які оцінюють важкість симптомів гострого стресового розладу в осіб, старших за 18 років, після надзвичайної стресової події. Тест розроблено таким чином, щоб пацієнт виконував його після встановлення діагнозу ГСР чи після виявлення значущих симптомів ГСР, але до наступних візитів до клініциста. Кожен пункт вимагає від пацієнта, який отримує допомогу, оцінити важкість свого стану за останні сім днів. Для роботи з пацієнтом пропонується надати йому для заповнення бланк, зображений на рис. 1.

Прізвище, ім'я, по батькові _____
 Вік: _____ Стать: _____ Подія (будь ласка, перерахуйте травмуючі події, які Ви пережили): _____

Дата травмуючої події, яку Ви пережили: _____

Інструкція: У людей іноді виникають проблеми після надсильних стресових подій чи переживань. Наскільки Вас непокоїли в ОСТАННІ СІМ ДНІВ кожна з наступних проблем, які виникли чи поглибились після надсильної стресової події чи переживання.

Будь ласка, відповідайте на кожен пункт, відзначаючи тільки одну клітинку в рядку.

№	Питання					
		ніко- ли не було	трохи	помір- но	до- сить силь- но	дуже силь- но
1.	Чи виникали у Вас флешбеки? Тобто Ви несподівано відчували нібито стресові події минулого повторюються знову (наприклад, Ви знову переживали те саме, що й під час стресової ситуації, побачивши, почувши, нюхаючи чи фізично відчуваючи щось, що було саме під час стресової події)?					
2.	Чи відчуваєте Ви себе дуже емоційно засмученим, коли щось нагадує Вам про стресовий досвід?					
3.	Чи відчуваєте Ви себе відчуженим чи далеким від свого особистого «Я», своїх фізичних відчуттів, спогадів?					
4.	Чи намагаєтесь Ви запобігти думкам, почуттям чи фізичним відчуттям, які нагадують Вам про стресову ситуацію?					
5.	Чи стали Ви «надпильним», постійно насторожі чи постійно очікуєте небезпеку?					
6.	Ви сильно нервуєте чи легко лякаєтесь, коли чуєте несподіваний звук?					
7.	Ви стали надмірно дратівливим чи злим, що кричите на інших людей, б'єтесь із ними чи ламаєте речі?					

Рис. 1. Бланк тесту «National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale» — NSESS

Інтерпретація результатів

Кожен пункт тесту оцінюється за шкалою Лайкерта з 5 ступенями свободи від 0 до 4 балів: ніколи не було = 0 балів; трохи = 1 бал; помірно = 2 бали; досить сильно = 3 бали; дуже сильно = 4 бали.

Бали за кожним пунктом слід підсумувати — це загальний необроблений бал. Загальний бал може варіювати від 0 до 28 балів, при цьому більш високі бали вказують на більшу важкість ГСР.

Середній загальний бал розраховують шляхом поділу загального необробленого бала на 7 (тобто на кількість пунктів тесту).

У випадку, якщо 2 чи більше пунктів пацієнт залишив без відповіді, то загальний бал не розраховується, а пацієнта заохочують до повного заповнення тесту.

Якщо без відповіді залишився 1 пункт, розраховується пропорційний бал: сума балів за пункти, на які отримані відповіді, множиться на 7 (кількість пунктів тесту), а отриманий результат ділиться на 6 (кількість отриманих відповідей). Якщо результат виходить дробовий, його округляють до цілого числа.

Тест може використовуватись періодично протягом лікування з метою оцінювання змін у стані пацієнта та ефективності терапії. Стабільно високі бали за окремими пунктами можуть вказувати на проблемні сфери для цього пацієнта та потребувати особливої уваги з боку клініциста.

Тест «Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire» (SASRQ) [32] було розроблено для самооцінювання симптомів ГСР, коли гострий стресовий розлад чи гостра реакція на стрес багатьма авторами часто розцінювалась як гострий період ПТСР. Тому цей опитувальник у багатьох роботах було рекомендовано також і для діагностики ПТСР. SASRQ являє собою структуроване інтерв'ю, яке складається з 30 пунктів: 10 пунктів стосуються симптомів дисоціації, 6 пунктів — повторного переживання, 6 пунктів — запобігання, 6 пунктів — тривоги та підвищеного збудження, 2 пункти — порушень функціонування. Кожен пункт може бути оцінений за шкалою Лайкерта з шістьма ступенями свободи.

Пацієнту пропонують описати стресову подію, яка з ним відбулася та які страждання в нього вона викликала. Після цього пацієнту пропонують заповнити бланк тесту (рис. 2, 3).

Інтерпретація результатів

Кожен із 30 пунктів оцінюється за шкалою залежно від виразності симптомів:

- Ніколи не було — 0 балів
- Дуже рідко — 1 бал

- Рідко — 2 бали
- Іноді — 3 бали
- Часто — 4 бали
- Дуже часто — 5 балів

Після цього пацієнта запитують про те, скільки днів він (вона) відчуває найгірші симптоми дистресу.

Результат можливо оцінювати двома способами: безперервно — шляхом підсумування показників за всіма пунктами та дихотомічно — розцінюючи бали в діапазоні від 0 до 2, як 0 балів, а в діапазоні від 3 до 5 балів — як 1 бал. Результат вважається таким, що задовольняє критерій «В» діагнозу ГСР (308.3) за DSM-5, якщо респондент підтверджує три чи більше пунктів, які віднесені до дисоціації:

- Афективна тупість — пункти 20, 28
- Зниження усвідомлення образ — пункти 4, 24
- Дерезалізація — пункти 3, 18
- Деперсоналізація — пункти 10, 13
- Дисоціативна амнезія — пункти 16, 25

Для того щоб підтвердити діагноз ГСР, також має бути підтвердження наявності симптомів у діагностичних критеріях, які залишились:

- Критерій С — пункти 6, 7, 15, 19, 23, 29
- Критерій D — пункти 5, 11, 14, 17, 22, 30
- Критерій E — пункти 1, 2, 8, 12, 21, 27
- Критерій F — пункти 9, 26

Інструкція: Нижче наведений список переживань, які люди іноді відчувають під час чи після стресової події. Будь-ласка, уважно прочитайте кожен з пунктів та вирішіть, наскільки він вірно описує Ваш стан під час чи одразу (до чотирьох тижнів) після стресової події. Використовуйте оцінку від «ніколи не було» до «дуже часто», відмічаючи в рядку кожного пункту тільки одну оцінку.

№		ніколи не було	дуже рідко	рідко	іноді	часто	дуже часто
1	У мене були труднощі з засинанням чи зі сном						
2	Я відчував занепокоєння						
3	Я відчув лихоліття						
4	Я зволікав з відповіддю						
5	Я намагався запобігати відчуттів, пов'язаних зі стресовою ситуацією						
6	Мені постійно снилися тривожні сни про стресову ситуацію						
7	Я відчував себе дуже засмученим, якщо відбувались події, які нагадували про стресову ситуацію						
8	Я здригаюся з найменшого приводу						
9	Стресова ситуація ускладнила мою роботу чи інші речі, які мені треба зробити						
10	У мене не було звичайного розуміння того, хто я є						
11	Я намагаюся запобігти дій, які нагадують мені про стресову ситуацію						
12	Я відчував себе надпульним чи «зведеним», «на межі»						
13	Я відчував себе так, ніби я був для себе незнайомцем						
14	Я намагаюся запобігати розмов про стресову ситуацію						
15	У мене була тілесна реакція на нагадування про стресову ситуацію						
16	У мене були проблеми з запам'ятовуванням важливих деталей про стресову ситуацію						
17	Я намагаюся запобігати думок про стресову ситуацію						

Рис. 2. Бланк тесту «Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire» (SASRQ) — титул

№		ніколи не було	дуже рідко	рідко	іноді	часто	дуже часто
18	Речі, які я бачив, виглядали для мене інакше, ніж, як я знаю, вони виглядали в дійсності						
19	У мене були повторювані та небажані спогади про стресову ситуацію						
20	Я відчував себе далеким від своїх емоцій						
21	Я відчував роздратування чи спалахи гніву						
22	Я запобігав контактів з людьми, які нагадували мені про стресову ситуацію						
23	Я несподівано діяв чи відчував себе так, нібито пережита стресова ситуація відбувається знов						
24	Мій розум спустів						
25	У мене була втрата пам'яті на великі періоди стресової ситуації						
26	Стресова ситуація викликала проблеми у моїх стосунках з іншими людьми						
27	Мені важко зосередитися						
28	Я відчував себе відчуженим чи відокремленим від інших людей						
29	У мене було чітке відчуття, що стресова ситуація відбувається знов і знов						
30	Я намагався триматися подалі від місць, які нагадували мені про стресову ситуацію						

Протягом скількох днів Ви відчували будь-який з симптомів дистресу, які були перераховані вище(відмітьте, будь-ласка, тільки один варіант)?

Не було _____
 Один день _____
 Два дні _____
 Чотири дні _____
 П'ять чи більше днів _____

Рис. 3. Бланк тесту «Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire» (SASRQ) — зворотний бік

Тест «Acute Stress Checklist» (ASC-Kids) [35-37] було розроблено в Центрі педіатричного травматичного стресу (CPTS) як експрес-методика діагностики ГСР у дітей та підлітків віком від 8 до 17 років (бланк тесту наведено на рис. 4, 5).

Інтерпретація

Опитувальник складається з 29 пунктів, які оцінюють реакції на стрес протягом одного місяця після його впливу. Час для проведення тестування та підсумування результатів не перевищує 5-10 хвилин.

Оцінювання кожного пункту, крім 28-го та 29-го, здійснюється за шкалою з трьома ступенями свободи:

- Ніколи / Ні — 0 балів
- Іноді / Дещо — 1 бал
- Часто / Цілком правильно — 2 бали

Для 28-го та 29-го пунктів оцінювання здійснюється за зворотною шкалою:

- Ніколи / Ні — 2 бали
- Іноді / Дещо — 1 бал
- Часто / Цілком правильно — 0 балів

Оцінювання важкості симптомів здійснюється підсумовуванням результатів за пунктами з 5-го по 23-й. Оцінювання наявності або відсутності діагностичних критеріїв ГСР відповідно до вимог DSM-IV (табл. 1) та DSM-5 (табл. 2): елемент DSM наявний — 2 бали за відповідним пунктом; елемент DSM відсутній — від 0 до 1 балів.

Інструкція: Ми хотіли б знати про ваші думки, почуття та реакції після стресової ситуації. Немає правильних чи неправильних відповідей, лише ті, які відповідають тому, що особисто Ви думаєте та відчуваєте.

Будь ласка, поставте X у полі, що показує, наскільки кожне з цих речень відповідає ВАМ.
Наприклад: якщо Ви відчуваєте сонливість тільки вранці або деякий час відчуваєте сонливість вранці, ви повинні поставити X у середній рамці.

Поки відбувалася стресова ситуація:		Ніколи / Ні	Іноді / Дещо	Часто / Цілком
1	Це було справді шокуючим, жахливим			
2	Я хотів це зупинити, але не міг			
3	Мені було дуже страшно			
4	Я думав, що можу померти			
Поки це відбувалося АБО після:		Ніколи / Ні	Іноді / Дещо	Часто / Цілком
5	У мене не було жодних почуттів – я не міг засмучуватися, сумувати чи радіти			
6	Речі здавалися мені нереальними – я ніби уві сні або дивлюся фільм			
7	Я почувався опшелешеним – я ніби не розумію що відбувається			
8	Я відчував себе іншим і далеким від інших людей, навіть якщо люди були поруч зі мною			
Зараз:		Ніколи / Ні	Іноді / Дещо	Часто / Цілком
9	Я не можу пригадати деякі важливі моменти того, що сталося			
10	Побачене чи почуте під час того, що сталося, постійно спливають у моїй пам'яті			
11	Я не можу перестати думати про це			
12	Часом здається, що все повторюється знову			
13	Коли щось нагадує мені про те, що сталося, я відчуваю себе дуже засмученим			
14	З тих пір, як це сталося, у мене стало більше поганих снів			

Рис. 4. Бланк тесту «Acute Stress Checklist» (ASC-Kids) — титул

Зараз:		Ніколи / Ні	Іноді / Дещо	Часто / Цілком
15	Я намагаюся не думати про те, що сталося			
16	Я намагаюся не говорити про те, що сталося			
17	Я хочу триматися подалі від речей, які нагадують мені про те, що сталося			
18	Я намагаюся припинити свої почуття з приводу того, що сталося			
19	Мені важко заснути чи заснути			
20	З тих пір, як це сталося, я легше злюся або турбуюся			
21	Мені важче зосередитися або бути уважним			
22	Я боюся, що може статися щось погане			
23	Раптовий шум змушує мене підскочити			
Закінчіть кожне речення.				
Виберіть правильні для вас слова та позначте їх хрестиком				
24	Міі думки чи почуття про те, що сталося... <input type="checkbox"/> не турбуйте мене взагалі <input type="checkbox"/> турбуйте мене трохи <input type="checkbox"/> турбуйте мене дуже			
25	Оскільки це сталося, спілкуватися з друзями чи родиною ... <input type="checkbox"/> мені стало легше <input type="checkbox"/> так само, як раніше <input type="checkbox"/> мені важче			
Зараз:		Ніколи / Ні	Іноді / Дещо	Часто / Цілком
26	Мені важко повернутися до звичайних справ (діяльність, школа, спорт)			
27	Мої батьки або інші члени сім'ї були дуже засмучені (сумні, налякані або злі) після того, як це сталося			
28	У мене є люди (мої батьки, родина чи друзі), які дійсно розуміють, що я відчуваю			
29	Якщо я сумую або засмучуюся, у мене є спосіб допомогти собі почуватися краще.			

Рис. 5. Бланк тесту «Acute Stress Checklist» (ASC-Kids) — зворотний бік

Таблиця 1. Відповідність пунктів тесту ASC-Kids діагностичним критеріям гострого стресового розладу DSM-IV

Діагностичні критерії ГСР за DSM-IV		Пункти ASC-Kids
A1	У тесті немає оцінювання: критерій призначений для підтвердження, що дитина пережила потенційно травматичну подію	
A2	Суб'єктивне переживання страху/безпорадності/жаху	пп. 1-3
B	Три і більше симптомів дисоціації (з 5 типів)	пп. 5-9
C	Постійне повторне переживання (принаймні 1 симптом)	пп. 10-14
D	Виражене уникнення (принаймні 1 симптом)	пп. 15-18
E	Виражене збудження (принаймні 1 симптом)	пп. 19-23
F	Симптоми (B, C, D, E) викликають клінічно значущий дистрес або порушення	пп. 24-26
G	Симптоми тривають від 2 днів до 1 місяця (протягом 1 місяця після події)	Припускається, що дитина оцінюється від 2 днів до 1 місяця після травми

Окрім цих діагностичних критеріїв, чотири додаткові пункти, які не включені в таблицю відповідності DSM-IV, можуть бути клінічно корисними:

- Суб'єктивна загроза життю — п. 4
- Реакція батьків/родини на гостру подію — п. 27
- Міжособистісні ресурси подолання — п. 28
- Внутрішні ресурси подолання — п. 29

Таблиця 2. Відповідність пунктів тесту ASC-Kids діагностичним критеріям гострого стресового розладу DSM-5

Діагностичні критерії ГСР за DSM-5	Пункти ASC-Kids
А У тесті немає оцінювання: критерій призначений для підтвердження, що дитина пережила потенційно травматичну подію	
В 9 або більше з 14 симптомів: Вторгнення Дисоціація Уникнення Збудження За DSM-5 вважайте симптом наявним, якщо БУДЬ-ЯКИЙ пункт у дужках [] є позитивним	Вторгнення: [п. 10 або п. 11], пп. 12, 13, 14 Дисоціація: п. 5 [п. 6 або п. 7], п. 9 Уникнення: [п. 15 або п. 18], [п. 16 або п. 17] Збудження: пп. 19, 20, 21, 22, 23
С Симптоми тривають від 3 днів до 1 місяця (протягом 1 місяця після події)	Припускається, що дитина оцінюється між 3 днями та 4 тижнями після травми
D Симптоми викликають клінічно значущий дистрес або порушення	пп. 24-26

2.2. Перша домедична допомога пацієнтам із гострим стресовим розладом (гострою реакцією на стрес)

У напрямку розвитку заходів щодо само- і взаємодопомоги військовою психіатрією Ізраїлю з метою покращення взаємодопомоги бійців під час ведення бойових дій було розроблено **Шістдесят другий протокол допомоги товаришам для вирішення проблем гострої реакції на стрес (ASR) та застигання під час вогневого контакту** [38]. У Сполучених Штатах цей протокол було адаптовано до навчального стандарту iCOVER [39], він складається з дев'яностохвилинного модуля з практичними вправами, які окреслюють послідовність шести кроків для втручання під час гострої реакції на стрес (ASR):

1. Ідентифікуйте та розпізнайте ознаки ASR, що призводить до функціональних порушень.

2. Спілкуйтеся із солдатом, вимовляючи його чи її ім'я, встановлюючи зоровий контакт і тримаючи його або її за руку.

3. Пропонуйте зобов'язання (наприклад, вказувати, що він чи вона не самотні).

4. Перевіряйте інформацію, ставлячи прості запитання, які ґрунтуються на фактах, щоб стимулювати мислення.

5. Встановіть порядок подій у коротких фразах, щоб закріпити його або її в теперішньому моменті.

6. Вимагайте дії (наприклад, прямого та простого прохання, щоб спонукати його або її до цілеспрямованої поведінки).

Використання iCOVER продемонструвало позитивні результати в сприянні надання допомоги товаришам із розпізнавання та втручання під час ASR і виявило достатню простоту, що дозволяє її використовувати особам без додаткової підготовки.

Крім того, Корпусом морської піхоти США нині впроваджено **III покоління програми оперативного контролю та готовності до стресу** (III of its Operational Stress Control and Readiness (OSCAR)) [40]. OSCAR розширює можливості впливу середніх і молодших командирів Корпусу морської піхоти на психічне здоров'я, навчаючи офіцерів і сержантів розпізнавати та допомагати бійцям, які постраждали від стресу, пов'язаного з бойовими діями.

Згідно з рекомендаціями Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 [66], «...У зоні катастроф і терористичних актів лікарі швидкої допомоги, працівники сфери психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації повинні зорієнтуватися в ситуації й надати пацієнтам першу психологічну допомогу. Вона включає такі етапи:

1. Встановлення контакту із пацієнтом у ненав'язливій і співчутливій манері. Для цього:

- назвіть себе й опишіть свою роль;
- попросіть дозволу поговорити;
- поясніть цілі розмови;
- запитайте про нагальні потреби.

2. Забезпечення безпеки й фізичного комфорту:

- впевніться, що пацієнт перебуває у фізичній безпеці, допоможіть зробити оточення безпечнішим, розпитайте про потребу в медикаментах чи інших необхідних засобах (окуляри, милиці тощо);
- повідомте інформацію про ситуацію, пошуково-рятувальні роботи та/або служби;
- запропонуйте пацієнту забезпечити собі певний фізичний комфорт (щоб зменшити почуття безпорадності, бажано заохотити його подбати про такі чинники, як їжа, захист від вітру або освітлення);
- запропонуйте різні форми соціального комфорту та допоможіть зв'язатися з іншими пацієнтами;
- захистіть пацієнта від додаткових травм і потенційних нагадувань про них.

3. Емоційна стабілізація пацієнтів:

- поважайте бажання пацієнта побути на самоті, дайте йому кілька хвилин, не робіть активних спроб втрутитися, спокійно помовчіть і залишайтеся поряд;
- скажіть йому, що ви тут, поблизу, якщо будете потрібні, або повернетеся до нього за кілька хвилин;
- запропонуйте свою підтримку і допоможіть йому зосередити увагу на конкретних почуттях, думках і досяжних цілях;
- заручіться підтримкою родичів/друзів;
- відверто поговоріть про його нагальні проблеми або труднощі;
- надайте інформацію, яка допоможе йому зорієнтуватися в оточенні;
- попросіть вислухати вас, дивлячись вам в очі;
- поясніть, де він перебуває;
- поговоріть про той аспект ситуації, який перебуває під контролем, вселяє надію або має позитивний характер;
- запропонуйте робити повільні і глибокі вдихи та видихи;
- попросіть назвати п'ять нейтральних речей, які він може бачити, чути та відчувати.

4. Збирання інформації — з'ясуйте нагальні потреби та проблеми пацієнтів, що потребують їх вирішення або негайного скерування до спеціалістів:

- характер і тяжкість пережитого досвіду;
- загибель близької людини;
- тривоги щодо життєвських обставин і загроз після катастрофи;
- розлука з близькими або тривога про їхню безпеку;

- фізична хвороба, психіатричні розлади, потреба в медикаментозному лікуванні;
 - втрати, зазнані в результаті катастрофи;
 - потреби в додаткових допоміжних послугах.
5. Практична допомога пацієнтам, щоб задовольнити їх нагальні потреби:
- уточніть нагальні потреби;
 - обговоріть план дій;
 - посприйте пацієнтам дієво.
6. Встановлення зв'язку із джерелами соціальної підтримки:
- забезпечте зв'язок з особами, здатними надати підтримку (родичами тощо);
 - рекомендуйте пацієнтам звертатися за підтримкою до тих, хто зараз є на місці;
 - обговоріть способи пошуку та надання підтримки;
 - підшукайте можливих помічників;
 - поясніть пацієнту, як він може допомогти іншим.
7. Надання інформації щодо стратегії подолання стресу:
- розкажіть пацієнту про стресові реакції та їх подолання;
 - побудуйте розмову навколо індивідуальних реакцій пацієнта;
 - обговоріть можливі негативні й позитивні реакції;
 - уникайте патологізації реакцій;
 - обговоріть негативні та позитивні способи подолання стресових реакцій (зокрема, гніву, пригніченості, порушень сну).
8. З'єднання пацієнтів із суміжними службами та установами, які надавали їм послуги до катастрофи або які необхідні в даний момент:
- психіатрична допомога;
 - медична допомога;
 - духовна підтримка;
 - дитячі соціальні служби, школи.

Перша психологічна допомога має на меті гарантувати безпеку пацієнта, встановити зв'язок із реабілітаційними ресурсами, послабити стресові реакції, допомогти пацієнту розвинути навички коротко- і довготривалого подолання стресу та зміцнити природну психологічну стійкість пацієнта.

Не рекомендується проводити психологічний дебрифінг на загальній основі, неселективно використовувати психологічний дебрифінг після виникнення потенційно травматичної події. Після потенційно травматичної події рутинні психологічні консультації не рекомендуються.

Найкращим підходом до надання допомоги людям після отримання ними потенційно травматичного досвіду є практична та емоційна підтримка, заохочення використання адаптивних копінг-стратегій і соціальної підтримки».

2.3. Психофармакотерапія гострого стресового розладу (гострої реакції на стрес)

Надання спеціалізованої лікарської допомоги пацієнтам із ГСР включає в себе психофармакотерапію, психотерапію, доступність цих видів допомоги, складову емоційної підтримки з боку рідних чи друзів, догляд та нагляд під час лікування. Крім того, з урахуванням пережитої стресової ситуації пацієнт може потребувати мультимодальної медичної допомоги. Виходячи з розуміння стресу як процесу адаптації індивідуума, до якого залучається декілька систем для координації адаптивної відповіді, насамперед ендокринна, імунна системи та вегетативна нервова система, терапія ГСР має певні особливості в пацієнтів із хронічною соматичною патологією. Часто увага лікаря зосереджена на соматизації симптоматики ГСР, унаслідок чого відбувається недооцінка власне соматичного розладу та його недостатня терапія, що є фактором прогресування соматичного захворювання. З іншого боку, травматичний стрес сам по собі є тригерним фактором розвитку чи загострення для багатьох захворювань. Так, стресові події часто передують фіброміалгії, синдрому подразненого кишківника, групі так званих психосоматичних захворювань, до якої належать виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, atopічний дерматит, ревматоїдний артрит, артеріальна гіпертензія, виразковий коліт, цукровий діабет 2-го типу, ішемічна хвороба серця тощо.

Враховуючи наявність у пацієнтів із ГСР групи симптомів тривожного симптомокомплексу, а саме напруженого передчуття очікування, іноді рухового збудження і насамперед вегетативної гіперактивності, доцільним вважається застосування темгіколурилу — безпечного денного анксиолітика для лікування тривоги та вегетативної дисфункції на тлі соматичних захворювань. Наш досвід терапії пацієнтів із тривожними синдромами в межах невротичних і психосоматичних розладів на прикладі серцево-судинної патології та метаболічного синдрому X (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2009) показав, що вже на 3-4-й день прийому темгіколурилу (адаптол 500 мг тричі на добу) відбувалось подовження й поглиблення сну з відновленням його архітекτονіки, а також зниження артеріального тиску до 15-20%. Причому в пацієнтів із нормотонією

зниження артеріального тиску було транзиторним у межах 1-2 тижнів, а в пацієнтів з артеріальною гіпертензією цей ефект був сталим, що дозволило в деяких випадках зменшити дози антигіпертензійних препаратів. На 21-й день терапії було зафіксовано стійку редукцію тривоги та страху з появою відчуття спокою на тлі достатньої фізичної активності. Наприкінці місячного курсу терапії в 73,3% пацієнтів редукувалися тривога, страхи, емоційне напруження, підвищена втомлюваність та подразливість, інсомнія й виразність алгій, а також відбулося підвищення психічної та фізичної стійкості, стресостійкості й працездатності. Варто зазначити, що активна речовина темгіколурилу за хімічною структурою близька до природних метаболітів організму, тому його можна комбінувати з будь-якими лікарськими засобами.

Навіть після закінчення курсу терапії пацієнти з ГСР потребують періодичних медичних оглядів протягом шести місяців після одужання [41].

Важливим елементом надання лікарської допомоги пацієнтам із ГСР є своєчасне та правильне оцінювання суїцидального ризику, яке повинно проводитись під час кожного огляду, особливо — відносно пацієнтів із супутніми психічними розладами та обтяженим особистим чи сімейним анамнезом [42].

Хоча на сьогодні провідним засобом лікування ГСР вважається психотерапія, а високоякісних доказів ефективності психофармакотерапії немає, і більшість її варіантів ґрунтується не на оцінюванні ефективності лікування ГСР, а на основі досліджень лікування ПТСР [43–66], все ж таки такий вид допомоги є цілком припустимим за умови неможливості надання кваліфікованої психотерапевтичної допомоги чи у випадках відмови пацієнта від психотерапії. Виходячи з клінічної спорідненості ГСР та ПТСР, пропонується використовувати препарати тих груп, дія яких спрямована на зменшення симптомів порушень настрою з періодичними спогадами та симптомами запобігання. До цих препаратів відносяться інгібітори зворотного захоплення серотоніну, інгібітори зворотного захоплення серотоніну та адреналіну, антипсихотики другого покоління.

Найбільш дослідженими та такими, що добре зарекомендували себе в корекції депресивних і тривожно-депресивних станів, є **селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН)** [46]. Найбільш переконливі докази відносяться до таких СІЗЗС, як флуоксетин, сертралін і пароксетин, та одного СІЗЗСН — венфлаксіну, які включені до препаратів першої лінії

психофармакотерапії ПТСР і які також можливо розглядати як препарати першої лінії лікування ГСР [47]. При цьому Управління із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та ліків Федеральної агенції Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США (United States Food and Drug Administration (FDA)) надає офіційні рекомендації для використання ГСР та ПТСР тільки відносно сертраліну і пароксетину.

При проведенні терапії селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну слід завжди пам'ятати про можливі побічні ефекти цих препаратів: синдром подовженого інтервалу QT, гіпонатріємію, суїцидальні думки (особливо в дітей), судоми, підвищений ризик кровотечі, сексуальну дисфункцію, шлунково-кишкові симптоми (нудота, блювання та діарея) та виникнення серотонінового синдрому [49]. Сексуальна дисфункція зі зниженням лібідо, затримка еякуляції та аноргазмія є досить поширеними побічними ефектами терапії СИЗС (від 25 до 73%) [50]. За даними літератури, у 10% пацієнтів, у яких унаслідок терапії СИЗС виникла сексуальна дисфункція, її симптоми згодом самостійно зникають, тому рекомендується почекати й продовжити терапію ще до восьми тижнів, проте якщо симптоми сексуальної дисфункції не зникли, але ефект від СИЗС щодо ГСР клінічно обкреслений, можна використати метод поступового незначного зниження дози препарату або пацієнта слід перевести на терапію іншим СИЗС.

З особливою обережністю слід призначати СИЗС пацієнтам із коморбідним біполярним афективним розладом, а у випадку виявлення в них перших ознак маніакального стану препарат слід відмінити.

Припинення лікування СИЗС слід проводити з поступовим зниженням дози препарату для запобігання виникненню серотонінового синдрому [49, 51], причому титрація вниз має бути вдвічі довшою, ніж титрація вгору, особливо для пароксетину.

Дані сучасної літератури свідчать про вкрай низьку ефективність (чи навіть відсутність ефективності) **бензодіазепінів** у лікуванні чи профілактиці ПТСР. Саме тому нині існує думка про відносні протипоказання препаратів цієї групи для лікування пацієнтів із ГСР та ПТСР [54, 55].

Існують також сучасні дані, які вказують на неефективність лікування ГСР та ПТСР **бета-блокаторами** (пропранололом), яке не зменшує психопатологічну симптоматику, хоча й купірує симпатичні симптоми (тахікардію і гіпергідроз) [44].

Щодо препаратів групи **стабілізаторів настрою** (топірамат, тіагабін) якісні рандомізовані сліпі дослідження, виконані на репрезентативному матеріалі, відсутні [57-59]. Тільки в окремих роботах вказується

на ефективність ламотриджину та габапентину в корекції кошмарів та флешбеків у пацієнтів із ПТСР [59, 60], але ці публікації мають вкрай обмежену доказову базу.

Як препарати, спрямовані на корекцію порушень сну, на сьогодні можливо розглядати селективний блокатор альфа-1-адренорецепторів — празозин, а також небензодіазепіновий гіпнотик — езопіклон та атипіві антипсихотики — оланзапін і рисперидон [61, 62].

Антипсихотики другого покоління (SGAs) можуть використовуватись як у вигляді монотерапії, так і в сполученні з інгібіторами зворотного захоплення серотоніну. Лікарські засоби із цієї групи є препаратами другої лінії, і їх застосування повинно розглядатися тільки для пацієнтів із вираженою тривожною та депресивною симптоматикою [52], які виявили низьку чи відсутню клінічну реактивність на застосування інгібіторів зворотного захоплення серотоніну на психотерапію. Терапію бажано починати з малих доз, збільшуючи їх поступово з великою обережністю. У разі відсутності клінічного ефекту терапію слід припиняти також поступово. Найбільша кількість опублікованих клінічних доказів існує для застосування кветіапіну та рисперидону.

Кветіапін. Терапію ГСР слід починати з 25 мг/добу, у разі потреби поступово збільшуючи її до середньої терапевтичної дози — 50-258 мг/добу. Максимально припустима доза — 800 мг/добу [52].

Рисперидон. Препарат призначається більшою мірою з метою купірування симптомів гіперзбудження та повторних переживань у зоні бойових дій у дозуванні 4 мг/добу з попередньою титрацією [53].

Побічні ефекти антипсихотиків можуть включати в себе синдром подовженого інтервалу QT, метаболічний синдром (особливо оланзапін, клозапін), антихолінергічні та екстрапірамідні симптоми. Хоча екстрапірамідні симптоми менш поширені як побічні ефекти атипіві антипсихотиків, проте може виникнути гостра дистонія, непосидючість, паркінсонізм та пізня дискінезія. Застосування рисперидону може викликати гіперпролактинемію, а клозапін — судоми та нейтропенію.

Нещодавно з'явилися дані щодо використання альтернативних хімічних сполук для лікування ГСР та ПТСР, таких як NMDA-агоністи (кетамін), похідні 2,3-бензопіролу (N,N-диметил-4-гідрокситриптамін-фосфат) та похідні фенілалкіламіну (3,4-метилендіоксифенілметилізоприламін). До того ж останніми роками FDA USA дозволило терапевтичне використання для лікування ПТСР і депресії двох із вказаних препаратів: псилоцибіну та MDMA [63].

Згідно з рекомендаціями Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 [66], «...Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі (стрес-менеджмент), та фармакотерапії. Допомога здійснюється мультидисциплінарною командою за участю лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога, психолога, практичного психолога та інших відповідних фахівців. До надання допомоги залучаються волонтери, ветерани-комбатанти, соціальні працівники, члени родин пацієнтів і представники громадських організацій.

Не повинна надаватися перевага фармакологічним засобам перед травмофокусованою терапією, але їх використання може розглядатись в тому випадку, коли пацієнти не готові чи не бажають залучатись або не мають доступу до отримання лікування за допомогою травмофокусованої терапії, якщо дані особи мають додаткові проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія, або вони не отримали покращення від застосування травмофокусованої терапії. У випадку застосування фармакологічних засобів перевага повинна віддаватись СІЗС.

Лікування антидепресантами повинно розглядатись як доповнення до психотерапії й психокорекції в дорослих, у яких основні симптоми є важкими і перешкоджають пацієнтові отримати користь від психотерапевтичного та психокорекційного втручання».

2.4. Психотерапія гострого стресового розладу (гострої реакції на стрес)

Терапією ГСР першої лінії є **травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія (ТФКПТ)**. За даними сучасних досліджень, ТФКПТ не тільки приводить до купірування симптомів ГСР, але і є найбільш ефективним методом профілактики подальшого розвитку ПТСР [64]. Психотерапевтична допомога може проводитись як безпосередньо off-line, так і on-line через мережу Інтернет та навіть шляхом телефонної розмови.

Цей метод психотерапії зосереджений на підвищенні знань із психології травми, навичках управління симптомами, виявленні й оскарженні когнітивних утворень та експозиційній терапії. Експозиційна терапія — це метод когнітивно-поведінкової психотерапії, який передбачає

контрольований вплив на пацієнта джерела психотравми, що відбувається з метою покращення спогадів про травму та імітує процес згасання страху. На сьогодні експозиційна терапія розглядається як стандарт лікування ГСР та ПТСР. Під час терапії може відбуватися тимчасове загострення психопатологічної симптоматики, але це загострення не є більш вираженим, ніж унаслідок інших видів психотерапії. Останні публікації вказують на відсутність ефективності застосування раннього дебрифінгу (у перші 72 години) як профілактики ПТСР, що не дозволяє рекомендувати його пацієнтам із ГСР [65, 67-70].

Згідно з рекомендаціями Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 [66], «...Комплекс терапевтичних заходів включає травмофокусовані впливи, які є пріоритетними, фармакотерапію, психосоціальну реабілітацію та інші фізичні методи. Дорослі з ГСР мають бути забезпечені психотерапевтичним і психокорекційним травмофокусованим втручанням із використанням травмофокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії та десенсибілізації переробкою рухом очима, що включають експозицію й когнітивне реструктурування.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія проводиться індивідуально, для пацієнтів із ГСР — 5-10 сеансів, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді (для пацієнтів із коморбідною патологією, тривалою й повторною травмою з нестійким терапевтичним альянсом можуть знадобитися додаткові сеанси)».

3. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА КОМПЛЕКСНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ РОЗЛАД

Із часів перших наукових досліджень психопатологічних наслідків участі в бойових діях медицина класифікувала такі особливі стани, як воєнний невроз, бойовий шок, бойова психічна травма, розлад зони бойових дій, приділяючи особливу увагу то одним, то іншим, важливим, з точки зору тогочасного рівня знань, етіологічним факторам [71-73]. Сучасна психіатрія для відстрочених наслідків отримання екстремального психотравмуючого досвіду використовує термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР). У зв'язку з викликами сьогодення ПТСР є серйозною проблемою загальної й особливо військової психіатрії. Дані про поширеність ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів війн широко різняться, але безперечним залишається той факт, що хоча сам діагноз ПТСР є передусім етіологічно зумовленим, тобто пов'язаним із перебуванням у зоні ведення воєнних дій, але значний вплив як на розвиток постстресових психічних розладів, так і на клінічне оцінювання цих станів мають також і «немедичні» чинники, як-то суспільні та сімейно-побутові [74, 75]. Наслідки трагічних подій останніх п'яти років привернули увагу до цієї проблеми і науковців України.

Метою даної роботи було формування на ґрунті аналізу наукової літератури чіткого уявлення про суспільні й сімейні фактори, які впливають як на виникнення посттравматичного стресового розладу в посткомбатантів, так і на використання цього діагнозу лікарями-психіатрами при оцінюванні психічного стану даної групи пацієнтів.

ПТСР — це специфічний психіатричний розлад, який розвивається після безпосереднього або непрямого впливу надзвичайно стресової (травматичної) події або серії подій. Симптоми ПТСР включають нав'язливі спогади, викликані травматичною подією, стражданням у відповідь на пов'язані з травмою сигнали та уникнення цих сигналів, негативні зміни в пізнанні та настрої [76] і можуть бути згруповані в чотири кластери симптомів: вторгнення, уникнення, негативні зміни у відчуттях і настрої та зміни в збудженні й реактивності [77].

Водночас, окрім таких специфічних класифікаційних категорій постстресової психічної патології, як ПТСР та гостра реакція на стрес, які включені і до МКХ-10, і до DSM-5, у науковій літературі, що присвячена вивченню наслідків впливу бойової травми на психіку людини, часто використовуються такі терміни, як «частковий ПТСР» (partial PTSD), а також «комплексний ПТСР», чи «складний ПТСР» (complex PTSD).

Термін «частковий ПТСР» (іноді: підпороговий ПТСР — subthreshold PTSD, субклінічний ПТСР — subclinical PTSD чи пресиндромальний ПТСР — subsyndromal PTSD) [78-80] використовується клініцистами для класифікації стану пацієнтів, у яких мають місце клінічно значущі прояви посттравматичної реакції на екстремальну психотравмуючу ситуацію, але вони цілковито не відповідають діагностичним критеріям ПТСР. Цей термін був уперше висунутий у США як спосіб класифікації ветеранів В'єтнаму, які не відповідали критеріям DSM, але мали окремі характерні симптоми ПТСР [81]. Незважаючи на те, що даний термін було розроблено для класифікації психопатологічних наслідків впливу бойової травми, він дуже швидко й широко став використовуватись і для пацієнтів із «цивільною» постстресовою патологією [82-85].

Термін «комплексний ПТСР» (КПТСР) [86, 87], який увійшов до МКХ-11 (розділ 6B41), використовується для класифікації пацієнтів, стан яких характеризується не тільки проявами ПТСР, але й додатковими симптомами порушень емоційної, когнітивної та поведінкової сфери, наявність яких не може бути пояснена жодною коморбідною патологією. Цей термін уперше було запропоновано на початку 90-х років XX сторіччя J.L. Herman [88] як клінічний синдром після виснажливих травматичних, зазвичай довготривалих боїв. КПТСР призводить до серйозних порушень самоорганізації у формі афективної дисрегуляції, саморецепції з негативним самоусвідомленням та сприйняттям пенетраторів, викликаючи дисфункціональні відносини з іншими, що спричиняє виникнення міжособистісних проблем [89-91].

У північноамериканській науковій літературі, присвяченій проблемам ПТСР серед військовослужбовців, зазначається, що сам діагноз ПТСР був уперше доданий до DSM у 1980 році внаслідок спроб надати допомогу численним ветеранам війни у В'єтнамі, які могли розраховувати на державну допомогу тільки у випадках значних тілесних ушкоджень, тобто розвиток клінічної концептуалізації ПТСР із самого початку перебував під сильним впливом соціально-економічних і політичних чинників [93-99].

Прихильники введення діагнозу ПТСР у США мали противоенні погляди, фокусуючи увагу на психотравмуючому характері війни і намагаючись покращити допомогу безпосередньо військовим ветеранам, на відміну від «військової психіатрії», яка завжди захищала інтереси держави. Але результат для військових та взагалі суспільства був дещо іншим. Діагноз ПТСР в очах громадськості став «індульгенцією» для багатьох комбатантів, винних як у військових злочинах, так і в протиправних вчинках після повернення додому. Як відзначає у своїй статті відомий дослідник і громадський діяч, член Британського відділення Міжнародної мережі критичної психіатрії (CPN) Dr. Derek Summerfield, «ПТСР узаконив їх «жертвність», дав їм моральне позбавлення від відповідальності за злочини і гарантував їм пенсію по інвалідності тільки тому, що діагноз був засвідчений лікарями. Так після війн у Південній Африці і Боснії обвинувачені, які скоїли численні політично заангажовані вбивства, використовували як свій захист діагноз ПТСР» [95].

Останнім часом із діагнозом ПТСР виникла ще одна проблема. Як повідомляють американські науковці, система охорони здоров'я та політика інвалідності заохочують ветеранів до отримання психіатричних діагнозів, а система медичного забезпечення армії США, у свою чергу, не змогла скористатися уроками військової психіатрії XX сторіччя щодо особливостей соціальних очікувань і стимулів [96, 100-105].

До того ж оцінювання цих пацієнтів із використанням напівструктурованого інтерв'ю CAPS, яке включене до DSM-IV, висвітлює абсолютну неадекватність використання цієї методики при проведенні експертних психіатричних оглядів, бо жодних перешкод до встановлення діагнозу ПТСР вона не виявила.

3.1. Нейробиологічні основи посттравматичного стресового розладу

ПТСР є розладом, діагностика якого потребує спільного існування чітких анамнестичних відомостей про екстремальний характер психотравмуючого впливу та чітких клінічних ознак у вигляді специфічних симптомокомплексів. Правильність такого етіологічно-клінічного сполучення повністю підтверджена багаторічним науковим досвідом і сучасними результатами вивчення участі в патофізіології ПТСР нейроендокринних, нейротрансмітерних та нейротрофічних систем організму [111-114].

Нейробиологічні дослідження постстресової патології традиційно проводились не тільки з вивченням функціонування великого мозку

людини, але й з використанням результатів експериментів із піддослідними тваринами [115-117], причому світовою наукою докладалися великі зусилля, щоб на підставі аналізу анатомії, взаємозв'язків та функцій визначити у тварин аналоги регіонів людського мозку, зокрема медіальної префронтальної кори мозку (МПФК). Відомо, що пацієнти з ПТСР демонструють дефіцит структури вентрамедіальної префронтальної кори мозку (ВМПФК) [118]. Метааналіз із дев'яти морфометричних досліджень показав, що в дорослих із ПТСР виявляється більша втрата сірої речовини у ВМПФК відносно осіб, що зазнали травми, але не захворіли на ПТСР [119]. Пацієнти з ПТСР також мають менший об'єм сірої речовини у ВМПФК, який негативно корелює з тривалістю ПТСР, але не корелює з важкістю симптомів [120].

Загалом, за результатами метааналізів, ПТСР асоціюється з нижчою функцією ВМПФК при негативному емоційному стані [51], хоча має місце інформація і про протилежні результати [122]. У науковій літературі все більшого визнання отримує твердження про те, що зміна активності в специфічних ділянках мозку пацієнтів із ПТСР під час активації візуалізаційних функцій може відображати зміни в активності великої кортикальної мережі [123, 124]. Слід зазначити, що на сьогодні є досить чіткі дані про те, що механічне пошкодження ВМПФК зменшує ймовірність розвитку ПТСР [125], хоча ці результати абсолютно не відповідають думці про те, що низька активність ВМПФК сприяє розвитку ПТСР. Також певна незгода існує і з приводу моделей активності МПФК при розладах настрою, тривожних та стресових розладах, хоча деякі із цих неоднозначностей можуть бути пов'язані з поганим визначенням субрегіонів ВМПФК [126].

Згідно із сучасними науковими даними, пацієнти з ПТСР мають структурні й функціональні зміни в мигдалеподібному тілі великого мозку (МТ). Характерно, що діти, які перенесли стрес на початку життя (фізичне насильство, низький соціально-економічний стан та бездоглядність), мають менші об'єми МТ, які кількісно пов'язані зі ступенем поведінкових порушень [127], а також менший об'єм нижньої частини МТ, ніж діти, які перенесли психічну травму, але не захворіли на ПТСР [128].

Існує поширена думка, що загальним біомаркером ПТСР у людини є гіперактивний та (або) гіперреактивний стан МТ [129]. Так, наприклад, ветерани бойових дій, які страждають на ПТСР, мають більш активні відповіді МТ у стані спокою і, у свою чергу, зниження його активності при оновленні тривоги й страху [130]. Хворі на ПТСР мають підвищений

рівень уваги до загрози, що функціонально пов'язано з нижчими рівнями периферичних зон МТ, а також зі збільшенням наявності рецепторів канабіноїдів типу 1 у МТ [131]. Оскільки в більшості вказаних досліджень особливості функціонування МТ є або ретроспективними (тобто посттравматичними), або штучними (перевірки відповідей на лабораторні стреси, а не на дійсні травми життя), залишається питання, чи є виявлені особливості такими, які почалися після впливу психотравмуючого фактора, чи вони мале місце в цих людей і раніше. Слід зазначити, що на сьогодні тільки одне, до речі, дуже елегантне дослідження перевірило ці можливі варіанти [132]. За його результатами жодного прогностичного значення активності МТ для ПТСР, панічного розладу, генералізованого тривожного розладу та депресивного розладу доведено не було, але асоціація змін активності МТ дійсно була асоційована з травматичним досвідом, що не виключає в перспективі використання оцінювання реактивності МТ як біомаркера даної патології.

Також слід відзначити, що розуміння розрізнених даних про організацію взаємозв'язків між фізіологічними процесами в МПФК та МТ у людини розвивається досить повільно, найбільш динамічні дослідження, на жаль, сприяють розумінню цих процесів поки що тільки в щурів [133]. Як правило, вважається, що гіперактивність МТ пов'язана, принаймні частково, з функцією гіпоактивної МПФК. Наприклад, у пацієнтів із ПТСР були виявлені слабкі позитивні зв'язки між МПФК і мигдалеподібними та іншими підкірковими ділянками [134], а нещодавнє дослідження Satterthwaite T.D. і співавт. показало, що амигдало-фронтальна недостатність у пацієнтів із ПТСР була пов'язана з депресивною симптоматикою. Дійсно, це припускає, що дана неврологічна патологія може асоціюватися з перехресними симптомами розладів, які належать до різних клінічних груп [135], але водночас слід зазначити, що амигдало-фронтальна недостатність не може бути універсальним маркером, тому що є також дані, які вказують на відсутність таких спільних порушень у функціонуванні в пацієнтів із ПТСР [136] чи, навпаки, на гіперактивність амигдало-фронтальної ділянки в таких хворих [132].

На сьогодні наукова література, присвячена вивченню нейробіологічних чинників постстресової психічної патології, буквально переповнена даними про дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (ГН) у пацієнтів, які перенесли гострі та хронічні афективні розлади, викликані екстремальними стресорами [137-139], пережили страх смерті [140] та страждають на ПТСР [141]. Одним із найзначніших відкриттів у цьому напрямку було встановлення зниження рівня

кортизолу відразу після психотравми [142, 143], що само по собі важливо для діагностики ПТСР. Окрім того, у низці робіт є дані про те, що низький рівень кортизолу залишається високим і в пацієнтів, у яких вже діагностований ПТСР [144-146]. Зафіксована низкою дослідників «централізація» зворотних зв'язків гіпоталамо-пітуйтрально-адrenalової системи на ділянках мозку поза гіпоталамусом доки є ще недостатньо зрозумілою. Однак у нещодавніх роботах із використанням функціональної МРТ було показано, що під впливом екстремального стресу кортизол через мінералокортикостероїдні рецептори посилює зв'язки центральних ділянок МТ із базальними ядрами головного мозку, зокрема зі стріатумом [147].

Враховуючи важливу інтегральну роль, яку відіграє гіпокамп у когнітивних процесах, особливо в процесах пам'яті та регуляції гіпоталамо-пітуйтрально-адrenalової системи, а також численні дані, які вказують на те, що ПТСР включає в себе досить серйозні порушення пам'яті (особливо короткочасної) [148, 149], вважаємо за потрібне приділити кілька оглядів наукових робіт, присвячених даній тематиці. Першими, хто повідомив ще в 1995 р. про зменшення об'єму гіпокампа в пацієнтів із ПТСР, були Bremner і співавт. [80, 81]. Їхні дані підтверджуються результатами цілої низки сучасних метааналізів, які вказують на суттєві зв'язки між меншим об'ємом гіпокампа та ПТСР, порівняно з хворими на ПТСР зі здоровими респондентами [152-155], а також з тими, хто перебував в екстремальній ситуації, але залишився здоровим [152, 154]. Водночас є велика кількість наукових досліджень, у яких, навпаки, жодних зв'язків між об'ємом гіпокампа та ПТСР виявлено не було [154].

Крім вищезазначеного, хотілося б додати також декілька слів про дослідження участі в патофізіології ПТСР нейротрансмітерних, нейротрофічних і нейроімунних систем [156], без чого, на нашу думку, цей огляд літератури був би неповним. Огляд досліджень ПТСР підтверджує підвищений рівень низки маркерів, у тому числі інтерлейкіну-1 бета (IL-1 β), інтерлейкіну-6 (IL-6), фактора некрозу пухлини альфа (TNF- α) та гамма-інтерферону (IFN- γ), у пацієнтів із ПТСР порівняно зі здоровою групою населення [157, 158]. Встановлено, що рівні IL-1 β та IL-6 позитивно корелюють із тривалістю захворювання і важкістю симптомів ПТСР. Окрім того, рівень цитокіну IL-1 β знижується після лікування ПТСР, що свідчить про можливість використання IL-1 β як біомаркера ПТСР [159]. Олфф і Ван Зюден [160] вважають, що посттравматична біологічна дисрегуляція, особливо зміна добового ритму кортизолу та рівня IL-1 β , з часом може стати більш очевидною.

За даними нещодавно проведених досліджень повідомляється, що деструкція шляхів триптофан-кінуренінового обміну, яка викликає вивільнення нейротоксичних метаболітів, збільшується при всіх постстресових психічних розладах [161]. Окрім того, зменшення нейрогенезу та недостатня нейротрофічна підтримка, така, що проявляється в зміні рівня нейротрофічного фактора (BDNF) у плазмі головного мозку, а також у підвищенні рівня гормонів стресу, є типовими нейрофізіологічними зсувами при всіх розладах, пов'язаних зі стресом, безперечно, включаючи і ПТСР [162, 163]. До речі, активна імунна відповідь також відзначається і при інших психічних розладах, таких як депресивний епізод і біполярний афективний розлад, які часто виступають як коморбідна з ПТСР патологія [164]. Нещодавно Lindqvist та співавт. [165] у своїй публікації повідомили, що висока захворюваність на ПТСР серед ветеранів війни не може бути пояснена раннім стресом або депресивною симптоматикою, що свідчить про незалежні зв'язки між імунною активацією та патофізіологією ПТСР. Ці напрямки досліджень вказують на нейроімунну складову розвитку ПТСР, яка водночас зовсім не обов'язково супроводжується активними симптомами саме ПТСР, а може бути тільки загальним проявом постстресової психічної патології.

3.2. Біопсихосоціальні чинники розвитку постстресових психічних розладів

Аналіз сучасної наукової літератури, присвяченої дослідженню впливу екстремальних психотравмуючих факторів на психіку людини, показує, що далеко не у всіх тих, хто зазнає травматичного впливу, розвиваються постстресові психічні розлади. Це вказує на те, що існують окремі позастресові фактори підвищеного ризику виникнення ПТСР [166]. Розуміння таких факторів ризику, зокрема у військово-службовців та ветеранів бойових дій, може допомогти клініцистам забезпечити необхідне лікування, перш ніж розлади стануть хронічними, а також розробити специфічні психопрофілактичні заходи [167, 168].

Протягом кількох останніх десятиліть у низці досліджень увага зосереджувалась на індивідуальних і соціальних факторах ризику виникнення ПТСР у військовослужбовців, серед яких розглядалися такі чинники, як вік пацієнтів на момент травми, гендерна та расова приналежність, соціально-економічний статус і відсутність соціальної підтримки [169, 170], але слід відмітити, що, хоча у всіх дослідженнях бралися до уваги демографічні фактори, які можна було вимірювати, методи, що

використовувались для таких вимірювань, та фактори, які розглядалися, не завжди були адекватно узгоджені [171]. Так, якщо оцінювання важкості травми у ветеранів бойових дій було, як правило, послідовним і обґрунтованим, досить велика кількість досліджень розглядала фактори, які неможливо порівняти між собою внаслідок відсутності методів вимірювання рівню реальної загрози, досвіду жертви кримінальних посягань чи насильства [172]. Через це деякі дослідження надають суперечливі дані про зв'язки між такими факторами та ступенем ризику розвитку ПТСР. У такому випадку найбільш об'єктивними є дані метааналізів, на які нам хотілося б звернути особливу увагу: це попередній метааналіз психологічного впливу військової служби під час війни у В'єтнамі Kaylor J.A. та співавт. [173], метааналіз зв'язків стихійних лих і ПТСР Rubonis A. та Bickman L. [174], метааналіз міжособистісного насильства і постстресової патології, проведений Weaver T.L. та Clum G.A. [175] тощо [176]. Brewin і співавт. вивчали предиктори ПТСР і показали, що фактори ризику попередньої психічної травми мають порівняно слабкий вплив на рівень ризику виникнення ПТСР, тоді як інтенсивність психотравми та фактори ризику після травми є значно більш патогенними. Наприклад, недостатня соціальна підтримка, стрес у житті, тяжкість травми, важке дитинство були сильними предикторами ПТСР [177].

Метааналіз, проведений Ozer і співавт., був зосереджений на порівнянні статистичних предикторів (психологічна адаптація до індексу травматичної події, сімейний анамнез, загроза життю під час травматичної події) та прогностичних факторів (психологічні й нейробіологічні процеси), які зазвичай пов'язані з впливом травматичного стресу [178]. Автори дійшли висновку, що найсильнішим предиктором ПТСР була перитравматична дисоціація (дисоціативні феномени навколо психотравмуючої ситуації), а також загроза нормальній життєдіяльності після впливу психотравми і відсутність соціальної підтримки.

Наукова література, присвячена вивченню факторів ризику виникнення ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, які брали участь у бойових діях, висвітлює довгий і сумний список збройних конфліктів та війн останніх десятиліть — В'єтнам, Афганістан, Ірак, Боснія, Перська затока, Руанда тощо. Національні групи військовослужбовців і ветеранів більшою мірою були складені з представників таких країн, як США, Сполучене Королівство, Ізраїль, Австралія та Нідерланди. У цих роботах як фактори ризику розглядалися, як правило, соціально-демографічні та військові характеристики, попередні психологічні й анамнестичні фактори [168].

Характерно, що таку важливу соціально-демографічну характеристику, як вік військовослужбовців, різні автори оцінюють або як фактор ризику [177, 178], або, навпаки, як фактор, що ніяк не пов'язаний із ПТСР [179]. Взагалі прогнозувати вплив молодого віку під час травми на ризик розвитку ПТСР дуже важко, особливо враховуючи суперечливі ефекти віку на різні процеси, що лежать в основі травматичних стресових реакцій [180-182]. Усе це вказує на сумнівність розгляду вікового фактора як фактора ризику у військовослужбовців.

Протягом останніх 20 років світ впевнено прямує до великої війни. Кількість військовослужбовців, особливо військовослужбовців-жінок, у багатьох країнах значно збільшується і, згідно з прогнозами, буде зростати надалі, що може підвищити ризик розвитку постстресових психічних розладів у цій гендерній групі [183]. Загалом, за даними літератури, при порівнянні чоловіків і жінок, які проходять службу в підрозділах, розташованих у зонах бойових дій, симптоми ПТСР більш поширені саме серед представників жіночого гендеру [184, 185]. Водночас ці висновки можуть пояснюватись і тим, що жінки зазвичай мають більш низький рівень військової підготовки, меншу згуртованість у мікросоціальні групи та більшу схильність до депресії, ніж чоловіки [186]. Крім того, як відомо, жінки значно частіше за чоловіків зазнають сексуального насильства протягом життя, зокрема в дитинстві, хоча і менше, ніж чоловіки, страждають від нещасних випадків, бійок і фізичних травм [187]. Особливо важливим фактором є досвід сексуального насильства в дитинстві, який може загострити ПТСР у дорослому віці. Це було доведено в багатьох дослідженнях і на сьогодні не викликає особливих протиріч [171, 188, 189]. Важливо також і те, що жінки взагалі більш чутливі до погроз, менш схильні до використання ефективних стратегій подолання насильства та мають тенденцію трактувати травми більш негативно, ніж чоловіки [187]. Вони частіше за чоловіків готові повідомити про почуття негативних емоцій, уникаючої та охоронної поведінки, легко лякаються й захоплюються спогадами про психотравму [190]. Жінки також вважаються більш чутливими до гормонів стресу, що, можливо, зменшує їх здатність керувати стресовими ситуаціями [191], а також не користуватися певними захисними чинниками, якими користуються чоловіки (дружба, товариство, згуртованість тощо) [192-195].

Серед факторів, які впливають на ризик виникнення ПТСР у військовослужбовців, у науковій літературі насамперед розглядаються інтенсивність та тривалість бойового зіткнення. Фактори ризику також

включають у себе окремі особистісні особливості, попередній бойовий досвід і широкий спектр соціокультурних, ситуаційних та гендерних факторів [196-207]. Також увага приділяється вивченню расової, соціальної приналежності військовослужбовців, попереднім відхиленням у поведінковій сфері, розладам особистості та іншим коморбідним розладам, нещасним випадкам у дитинстві, обтяженості психіатричного сімейного анамнезу, рівню психологічного і фізичного здоров'я перед участю в бойових діях [199, 209].

Слід відзначити, що збройні конфлікти та війни значно відрізняються між собою і несуть іноді досить унікальні види небезпеки. Унаслідок цього оцінювання патогенності місцевості бойових дій, їх інтенсивності, тривалості, матеріально-технічного оснащення військовослужбовців можуть значно відрізнятись в межах різних досліджуваних груп [210], хоча зв'язки між тривалістю, інтенсивністю та важкістю боїв і виразністю ПТСР у ветеранів зазвичай визнаються дослідниками як універсальні патогенні фактори [211-214]. Так, американські дослідники вказують на прямий зв'язок між інтенсивністю та тривалістю боїв і виразністю депресивних розладів, генералізованої тривоги та симптомів ПТСР за результатами порівняння вибірок бійців піхотних підрозділів армії США, які брали участь у війні в Іраку (2530 осіб) і Афганістані (3661 особа) [215, 216]. Згідно з їхніми висновками, поширеність ПТСР була значно вищою і збільшувалась лінійно відповідно до збільшення кількості гарячих боїв.

Iversen та співавт. також повідомляють про значущий зв'язок між часом, проведеним на передовій, і виникненням ПТСР у військово-службовців армії Великої Британії, які були розташовані в Іраку, а Smith та співавт. вказують на те, що ПТСР пов'язаний не просто з перебуванням у зоні бойових дій, а з низкою конкретних специфічних бойових ситуацій [211]. Незважаючи на вищевикладене, відомо, що в більшості військовослужбовців, які безпосередньо беруть участь у бойових зіткненнях, ПТСР не розвиваються, а вже цей факт нашоує на думку, що взаємозв'язок між цими фактами не може бути завжди лінійним і психічні розлади не викликаються тільки особливостями самого бою [212, 213].

Виникнення та перебіг ПТСР, згідно із сучасними науковими поглядами, сильно залежить від індивідуальних когнітивних оцінок загрози [214], а ризик його виникнення суттєво знижується завдяки високому моральному стану особистості, включенням у групи підтримки і згуртованості військовослужбовців (дружба, побратимство), а також завдяки належному командуванню в зоні бойових дій [215].

Не менш важливими є певні чинники, які впливають на редукцію чи хроніфікацію ПТСР після закінчення бойових дій [220]. Такі післявоєнні чинники включають у себе індивідуальні обставини особистісного життя, побутові стресові фактори, рівень соціальної підтримки, а також загальний соціальний і політичний клімат у суспільстві. Цікаво, що в американській науковій літературі, присвяченій проблемам ПТСР серед військовослужбовців, зазначається, що сам діагноз ПТСР був уперше доданий до DSM у 1980 році внаслідок спроб надати допомогу численним ветеранам війни у В'єтнамі, які могли розраховувати на державну допомогу тільки у випадках значних тілесних ушкоджень, тобто розвиток клінічної концептуалізації ПТСР перебував під сильним впливом соціально-економічних та політичних чинників [219-224].

Останнім часом виникла протилежна проблема. Як повідомляють американські автори, система охорони здоров'я та політика інвалідності заохочують ветеранів до отримання психіатричних діагнозів, а система медичного забезпечення армії США, у свою чергу, не змогла скористатися уроками військової психіатрії ХХ сторіччя щодо особливості соціальних очікувань і стимулів [221, 225-230]. Згідно з даними останніх років, серед американських ветеранів війн, які звертаються по психіатричну допомогу, до 94% вже мають пільги за інвалідністю у зв'язку з ПТСР [231], а кількість ветеранів, які отримали інвалідність у зв'язку з ПТСР, із 1999 по 2004 рік зросла на 79,5%, притому що інвалідність із приводу інших захворювань серед ветеранів зросла лише на 12,2% [232]. Деякі ветерани, які звертаються за експертною оцінкою їх стану в медичні центри США у зв'язку з можливим встановленням інвалідності, можуть свідомо агравувати або симулювати свої психічні проблеми [233, 234] чи навіть фальсифікувати участь у бойових діях загалом [225, 235-240]. Особливо яскраво ці факти представлені в дослідженні Freeman та співавт. [239], які за допомогою структурованого судово-психіатричного інтерв'ю встановили, що 53% ветеранів, що зверталися по допомогу у зв'язку з ПТСР, насправді виявляли тільки магістральну психопатологічну симптоматику. Ця проблема досить гостро стоїть у США й обговорюється в низці політичних агентств цієї держави [232], за результатами яких на сьогодні для виявлення ветеранів, що шукають компенсації, але не мають психічних розладів, залучаються наукові фахівці, які проводять клінічні випробування [236, 239]. Безумовно, така сама проблема існує і в Україні, хоча її наукове та соціально-політичне обговорення ще чекає свого часу.

Важливе значення для профілактики розвитку ПТСР, а також для їх самостійної редукції мають соціальна й морально-психологічна підтримка після повернення військовослужбовців додому, а їх відсутність чи недостатність слід розглядати як фактор ризику виникнення або хроніфікації ПТСР [243-245]. За даними літератури, соціальна підтримка завжди пов'язана з меншою ймовірністю виникнення ПТСР як серед загальнодержавних вибірок, так і серед військовослужбовців, бо високий рівень соціальної підтримки приводить до підсилення почуття особистісної значущості й безпеки, що зазвичай виступає як захисний фактор проти постстресової патології. Водночас ветерани, які після війн залишаються безробітними чи не мають родин, значно частіше мають симптоми ПТСР.

3.3. Епідеміологічні дослідження ПТСР у військовослужбовців різних армій світу

Незважаючи на велику кількість літератури з питань ПТСР, нині немає чітких однозначних уявлень про його поширеність серед військовослужбовців і ветеранів. Висновки щодо епідеміології ПТСР мають часто суперечливий характер [246], а наукові дебати із цього приводу тривають вже більше як десятиріччя і дають свої плоди. Так, у 2007 р. Dohrenwend та співавт. провели повторну оцінку захворюваності на ПТСР північноамериканських ветеранів В'єтнамської війни [247], яка була описана й задокументована ще в 1990 р. Kulka та співавт. [248]. Достатньо перспективними є також результати Національного В'єтнамського опитування реконструкції ветеранів США (NVVRS), які наводять дуже цікавий і різноманітний обсяг даних [249, 250]. Ці дані є вкрай різноманітними: наводиться така поширеність ПТСР серед ветеранів В'єтнаму, як 15,2% [248], 9,1% [249] та навіть 5,4% [256, 258].

Останні дослідження, присвячені вивченню ветеранів операції «Іракська свобода» (OIF) та операції «Неподолана свобода» (OEF) [262-268], вказують на довготермінові наслідки участі в бойових діях для психічного здоров'я. Беручи до уваги те, що військові конфлікти відрізнялися за тривалістю, інтенсивністю й довірою громадськості до їх мети [269], слід підкреслити, що багато питань щодо подібності чи різниці психологічних наслідків участі в цих війнах у різних групах ветеранів і військовослужбовців дотепер залишаються без відповіді.

За даними наукових досліджень, проведених у США, поширеність ПТСР коливається від 2-17%, а поширеність протягом

життя — 6-31% [193, 194, 208-264, 270-282]. При цьому показники поширеності ПТСР серед ветеранів війни у В'єтнамі становлять від 2,2 до 15,2% [214, 249, 270-273]; серед ветеранів війни в Персидській затоці — від 1,9 до 13,2% [275-284]; серед ветеранів теперішнього конфлікту в Сирії — від 4 до 17,1% [262-264]. Окрім того, мають місце дані про те, що поширеність ПТСР в американських ветеранів у 2-4 рази вища за американських цивільних: захворюваність на ПТСР серед дорослого цивільного населення США становить 5-6% [285, 286], притому що поширеність ПТСР протягом життя оцінюється в них у 7,8% [287]. Загальна поширеність ПТСР у пацієнтів клінік первинної допомоги в справах ветеранів США (VA USA) становить 11,5% [288, 289], притому що значна частина з них ветерани війни у В'єтнамі [261]. Найнижчий відсоток ветеранів із ПТСР, за зрозумілими біологічними причинами, на сьогодні показують ветерани Другої світової війни [290].

У дослідженні NVVRS USA (National Vietnam Veterans Readjustment Study) [248] поширеність ПТСР у всьому світі серед ветеранів війни у В'єтнамі становить 30,9%, і, беручи до уваги велике постбойове психологічне навантаження після повернення цих ветеранів на батьківщину, зумовлене вкрай негативним ставленням суспільства до цієї війни, такі високі показники ПТСР вказують на велику значущість суспільної підтримки та емпатії для загального психічного здоров'я нації [291, 292]. Слід зазначити, що такі високі показники поширеності ПТСР, хоча на них і найчастіше посилаються дослідники психічних наслідків перебування в зоні бойових дій, неодноразово критикувалися стосовно деяких теоретичних і методологічних підходів, які використовували автори [293, 294]. І дійсно, дані, наведені NVVRS, після перевірки з використанням більш жорстких критеріїв (модифікована версія діагностичного інтерв'ю для ПТСР — DIS-PTSD) вказують на значно нижчі показники поширеності ПТСР у ветеранів війни у В'єтнамі — 14,7% [270].

Унікальною як за своєю військовою, так і за психологічною складовою виступає військова операція США «Буря в пустелі» (1991 р.). По-перше, 17% із 694 тис. військовослужбовців перебували в підрозділах Національної гвардії чи були резервістами; по-друге — за 40 днів повітряної війни та за 5 днів наземних бойових дій втрати військового контингенту становили всього 200 загиблих. Унаслідок цього зрозуміло, чому дослідники зазвичай повідомляють про більш низькі показники ПТСР у ветеранів війни в Перській затоці, ніж у ветеранів інших війн [277, 278, 284, 295-298]. Для вивчення психічних наслідків цієї війни в США було проведено масивне епідеміологічне

дослідження — Національне опитування здоров'я ветеранів війни в Перській затоці та їхніх сімей (The National Health Survey of Gulf War Era Veterans and Their Families), у межах якого було обстежено 30 тис. військовослужбовців армії США та членів їхніх сімей. Дані наукових досліджень вказують на те, що 10,1% ветеранів, які безпосередньо брали участь у бойових діях, та 4,2% ветеранів, підрозділи яких безпосередньої участі в боях не брали, виявляли симптоми ПТСР протягом одного місяця. За даними інших дослідників, поширеність ПТСР на початку війни оцінювалась на рівні 6,3% для ветеранів реальних бойових дій і 1,1% для військовослужбовців, які участі в боях не брали, причому через десять років після закінчення війни в 1,8% ветеранів активних боїв залишалися окремі симптоми ПТСР [281]. Інші автори вказують на те, що поширеність ПТСР у ветеранів протягом 5 днів після повернення із зони бойових дій була на рівні 3-7%, а через 18-24 місяці становила 8-16% [299, 300]. Цікаво, що дослідницька група штату Айова, яка працювала безпосередньо в зоні бойових дій, повідомляла про поширеність ПТСР лише на рівні 1,9% [275]. Можливо, такий аномально низький, порівняно з іншими дослідженнями, результат міг бути зумовлений упередженістю як із боку дослідників, так і з боку комбатантів під час проведення військової операції [298-300].

За результатами іншого дослідження, матеріалом якого були 103788 ветеранів армії США, які брали участь у військових операціях в Іраку та Афганістані протягом 2001-2005 рр., у 13% із них був діагностований ПТСР. При цьому автори звернули увагу на вік респондентів, що дало можливість зробити висновки про те, що найбільш поширеним ПТСР був у ветеранів віком 18-24 років, а найменш часто траплявся у віці більше ніж 40 років.

Ще одне широкомасштабне дослідження 50 184 службовців армії та Національної гвардії США виявило поширеність ПТСР (на підставі самозвіту PCL) у межах 7,6-8,7% серед тих, хто безпосередньо брав участь у боях; 1,4-2,1% серед тих, хто був у зоні бойових дій, але не брав безпосередньої участі в боях, та 2,3-3,0% серед військовослужбовців, які не перебували в зоні бойових дій [301]. Результати даного дослідження також свідчать про більш високий ризик виникнення ПТСР серед військовослужбовців молодших вікових груп, а також серед тих, хто практикує тютюнопаління, має проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, і низький рівень освіти. Водночас зв'язків поширеності ПТСР із расовою приналежністю та службовими групами (професійні військові, резервісти, Національна гвардія) знайдено не було.

Велика група авторів вказують на те, що існує комплекс факторів, неврахування яких може призвести до завищених показників поширеності ПТСР [303, 304]. А саме:

- результати досліджень повинні повністю ґрунтуватися тільки на таких контрольних самозвітах, які мають диференційні характеристики, властиві для класичних структурованих психологічних опитувальників;
- результати досліджень повинні включати оцінювання функціональних порушень, які, наприклад, є обов'язковими для діагностики з позицій DSM-5;
- обов'язково необхідно враховувати можливий попередній психотравмуючий досвід респондентів.

Окрім Сполучених Штатів, дослідження ПТСР проводились і в інших країнах, хоча слід зазначити, що кількість цих робіт та обсяги обстежених контингентів є незрівнянно меншими. Дані канадських дослідників [305] наводять поширеність ПТСР серед військовослужбовців регулярних збройних сил у межах 7,2% протягом життя та 2,7% протягом останнього року. При цьому для тих, хто брав участь у бойових діях, захворюваність зростає до 10,35 та 4,75% відповідно.

Австралійські дослідники, які у своїх роботах використовували структуровані клінічні інтерв'ю, вказують на поширеність ПТСР у ветеранів Королівських збройних сил Австралії, які брали участь у війні у В'єтнамі на рівні 12-21% [306], а також у 5,4% ветеранів війни в Афганістані [307-309].

Британські дослідники, ґрунтуючись на даних психіатрів, які надавали медичну допомогу ветеранам війни в Перській затоці протягом 1993-2001 рр., повідомляють про поширеність ПТСР на рівні 12%. Jones та співавт. [256] у своїй роботі, яку вони проводили з використанням опитувальників PCL та GHQ-12, відзначають, що з випадкової вибірки ветеранів Великої Британії після 1999 р. 53% військовослужбовців мають досвід перебування в зоні бойових дій, а 2,5% із них відповідають діагностичним критеріям ПТСР. Водночас Hоторf та співавт. [265] за результатами масштабного мультиаспектного дослідження (демографічного, медичного, психологічного тощо) випадкової вибірки військовослужбовців збройних сил Великої Британії повідомляють, що ПТСР було діагностовано в 4% респондентів, причому серед офіцерів-ветеранів війн в Іраку та Афганістані цей показник дорівнює 4 та 6% відповідно. Хоча поширеність ПТСР серед американських військових і була значно більшою, британські

дослідники, як і науковці США, повністю підтверджують більшу захворюваність серед військовослужбовців, які безпосередньо брали участь у боях, ніж у тих, хто був розташований у зоні бойових дій, але участі в бойових зіткненнях не брав [310]. Можливо, це пов'язано з тим, що британські військові значно рідше і не так тривало використовувались під час цих операцій у реальних боях, ніж американські, хоча на сьогодні в науковій літературі представлена і така думка британських дослідників, що виникнення ПТСР зовсім не є обов'язковим наслідком переходу армії від мирного часу до воєнних дій [265, 301]. Крім того, можливими причинами розбіжностей рівнів захворюваності на ПТСР військовослужбовців армій Великої Британії та США, які брали участь в одних і тих самих військових операціях (Ірак, Афганістан), можуть також бути психологічні фактори до і після перебування в зоні бойових дій, різні соціально-політичні обставини в цих країнах, а також різні підходи до їх військової підготовки [265, 312-315]. Також можливо, що ветерани можуть перебільшувати зв'язки своїх симптомів зі своїм бойовим досвідом, що потребує від дослідників більш ретельного вивчення взаємозв'язків характерних для них афективних станів із нагадуваннями, своєрідністю сприйняття та когнітивної обробки травматичної інформації [316-318]. Контрастні відмінності в поширеності ПТСР серед військовослужбовців США та Великої Британії можуть пояснюватись і тим, що британці, на відміну від американців, досить часто брали участь у сухопутних операціях ще до цієї війни (війна за Фолклендські острови, Північна Ірландія, Сомалі, Косово) і вже могли мати травматичний досвід [324].

Важливою проблемою, на яку звертають увагу дослідники ПТСР, є складнощі у формуванні контрольних груп, бо цивільні групи як із ПТСР, так і здорові для цього абсолютно не підходять. Також бракує расового, соціально-економічного та культурального різноманіття у «закритих» вибірках військовослужбовців [298, 220]. Як контрольні групи можуть використовуватись резервісти [265, 266], хоча рівень підготовки й психологічний стан порівняно з військовослужбовцями робить такі порівняння також досить сумнівними [223, 225].

Дослідження останніх десятиліть показують, що бійці «елітних» підрозділів та офіцери, які, як правило, мають більш високий рівень підготовки і є більш згуртованими, краще пристосовані до бойових зіткнень та мають вищу мотивацію, а також значно нижчий рівень ПТСР, ніж рядовий і сержантський склад, загальний персонал («робота за вільним наймом») та резервісти [267].

Ще однією важливою проблемою є методи діагностики симптомів ПТСР [272-275]. Так, одним із специфічних методів оцінювання поширеності ПТСР є Скорочений діагностичний опитувальник (DIS-PTSD), який, до речі, розроблений і використовується клініцистами NVMRS USA [329, 330]. Слід відзначити, що структуровані клінічні опитувальники та інструменти самозвітів дають абсолютно різні результати. Наприклад, у військовій зоні, де були розгорнуті голландські солдати, поширеність ПТСР за результатами структурованих психодіагностичних опитувальників була на 41% нижчою, ніж за оцінкою опитувальників самозвітів.

Подібні особливості були відзначені дослідниками при обстеженні дорослих осіб штатів Нью-Йорка після подій «9/11»: 4,1% респондентів отримали оцінку «частковий ПТСР» за результатами опитувальників самозвітів (PCL), тоді як менше половини цього контингенту (1,7%) виявляли симптоми ПТСР за результатами структурованих клінічних опитувальників (CAPS та ін.) [302]. Таким чином, «золоті стандарти» діагностики психічних розладів, а тому й оцінки, отримані за результатами використання структурованих клінічних опитувальників, є значно точнішими [279, 331], а дослідження, які базуються виключно на заходах самооцінки, що не аналізують клінічні порушення, можуть призводити до помилкових висновків ПТСР щодо підвищеної його поширеності.

У сучасній науковій літературі велика увага звернута не тільки на об'єктивність констатації поширеності ПТСР серед військовослужбовців унаслідок адекватності вибору методів дослідження, але й на інші, не менш значущі [278]. До таких відносяться: нестабільність дослідницьких вибірок, пов'язана з великою динамікою кадрового складу військовослужбовців (звільнення, призов, переведення до інших підрозділів тощо); велика відстроченість часу досліджень від часу впливу психотравмуючих обставин; вплив на респондентів засобів масової інформації; системні впливи, такі як матеріальні стимули до втрати працездатності у військовослужбовців; вплив емоційно-психологічного стану на пам'ять та пізнання, а також інші соціально-політичні й культурні фактори.

Дійсно, більшість досліджень ПТСР проводяться через великий проміжок часу після бойових операцій і спираються головним чином на ретроспективну самооцінку ветеранів [333, 334], при цьому дослідники вважають такі самооцінки за надійні та точні, незважаючи на припущення, що клінічний стан респондентів був змінений травмою [335]. Фактично, дослідити можливо тільки поточний клінічний стан респондента, його

самооцінку здоров'я, а спогади про травматичні переживання більшою мірою залежать від індивідуальних особливостей функцій пам'яті [336, 337]. Крім того, оскільки сприйняття хвороби може вплинути на пригадування або інтерпретацію подій, що призводять до захворювання, ветерани, які почуваються погано, на момент обстеження можуть більше згадувати про переживання бойових дій [338-343].

Окрім того, контингент військовослужбовців не є постійним і з часом значно зменшується, а з ним зменшується і кількість ветеранів. І чим більш відстроченим від завершення війни є дослідження, тим менший контингент потрапить у коло зору дослідників. Британські вчені наводять дані, що показники втрат за станом здоров'я та соціально-економічними причинами військовослужбовців, у тому числі й ветеранів війн, після завершення служби в армії та флоту у Великій Британії становлять приблизно 5% від загальної кількості особового складу [298]. Hoge et al. [344] повідомляють, що протягом 6 місяців після госпіталізації 47% солдатів, які вперше були госпіталізовані в 1996 році з психічним розладом як з основним діагнозом, залишили після цього військову службу. Для порівняння, лише 12% військовослужбовців, госпіталізованих до неспсихіатричних відділень, залишили службу в той самий період. Усе це вказує на те, що отримання дійсно достовірних, неспотворених наукових даних про ПТСР потребує проведення досліджень, якщо можливо, ще під час ведення війни чи якомога раніше після її завершення.

3.4. ПТСР та коморбідні психічні розлади у військовослужбовців і ветеранів бойових дій

Серед коморбідної патології особливо місце посідають порушення психіки внаслідок вживання алкоголю (ППВА) — F10, причому алкоголь є найбільш аплікатним наркотиком для хворих на ПТСР [344]. На тісний зв'язок між цими розладами вказують результати численних клінічних та епідеміологічних досліджень [345-349]. Так, результати ретроспективного аналізу коморбідного розвитку ПТСР і синдрому залежності від алкоголю (СЗА), викладені в Національному дослідженні коморбідності США, свідчать про те, що в осіб, які страждають на ПТСР, ризик розвитку СЗА в три рази вищий за середньопопуляційні показники [350, 351]. Крім того, поширеність вживання будь-яких психоактивних речовин (ВПА) у хворих на ПТСР у два рази вища за тих, хто на цей розлад не страждає [352]. За даними американських авторів, поширеність коморбідних ППВА у хворих на ПТСР досягає 42% [353].

Незважаючи на високу поширеність коморбідної пари ПТСР-ППВА серед цивільного населення, ситуація серед військового персоналу виглядає ще більш важкою. По-перше, це пов'язано з тим, що і поширеність ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів бойових дій значно вища, ніж серед цивільного населення [354, 355]; по-друге, вживання алкоголю серед психічно здорових військовослужбовців, особливо тих, хто брав участь у військових операціях, було і традиційно залишається дуже поширеним явищем. Так, за даними американських дослідників [356, 357], відсоток солдатів, які зловживають алкоголем після повернення з операцій «Ірак» та «Незламна свобода» (Афганістан), становив від 18 до 35%. Згідно з даними інших публікацій [358], поширеність алкогольного сп'яніння серед резервістів і національних гвардійців США досягала 53,6%, а ППВА — 11,9%. За даними Thomas і співавт. [359], у 50% службовців піхотних підрозділів та обслуговуючого персоналу, розміщених в Іраку, у яких був діагностований ПТСР, також мали місце ППВА. Крім того, загальне співвідношення шансів спільного діагнозу ПТСР і ППВА в комбатантів досягає 4,9 раза [360]. Слід зазначити, що перехід американської психіатрії до класифікації DSM-5, а також майбутній перехід усіх інших країн, включаючи Україну, до МКХ-11 може викликати необхідність перегляду наведених епідеміологічних показників коморбідності ПТСР і ППВА.

Епідеміологічні дослідження гендерних особливостей коморбідності ПТСР та ППВА вказують на певну дихотомію в діагностиці цих розладів: згідно з даними наукової літератури, у жінок ПТСР діагностується вдвічі частіше, ніж у чоловіків [361-363], а ППВА, навпаки, спостерігається в чоловіків майже втричі частіше, ніж у жінок [364, 365]. Недивно, що деякі дослідники вказують на більш високу поширеність коморбідних ПТСР і ППВА в чоловіків [366, 367], тоді як інші, навпаки, зазначають про більшу захворюваність на коморбідні ПТСР та ППВА в жінок [368-370]. Вищевикладене не дозволяє стверджувати про наявність будь-яких чітких гендерних особливостей у коморбідності цих розладів.

Серед психологічних і соціальних факторів ризику виникнення коморбідного ППВА в пацієнтів, які страждають на ПТСР, останнім часом у науковій літературі найчастіше розглядаються факти міжособистісного насильства в минулому [371], емоційне насильство та нещасні випадки в дитинстві [372, 373], а також низький соціально-економічний стан і тривалі травматичні події неекстремального характеру протягом життя [374, 375].

Щодо вивчення біологічних причин високої коморбідності ПТСР та ППВА, крім самозахисного пошуку пацієнтами компенсаторного впливу алкоголю на афективний стан, висловлюється думка про загальний нервовий субстрат цих розладів [376]. Незважаючи на наявність низки поведінкових і фармакологічних методів лікування як ПТСР, так і ППВА, ці втручання досить часто є неефективними для осіб, які страждають на цей подвійний діагноз [377-384]. Це вказує на необхідність подальших досліджень, спрямованих на розуміння нейробиологічного й психологічного субстратів, які лежать в основі цієї патології.

3.5. Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу

Північноамериканська класифікація DSM-5 та класифікації Міжнародної організації охорони здоров'я ICD-10 та ICD-11 наводять дещо різні діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу. Розглянемо їх усі послідовно.

DSM-5

У 2013 році Американська психіатрична асоціація переглянула діагностичні критерії ПТСР у п'ятому виданні свого Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5) [385]. ПТСР було включено до нової категорії в DSM-5 «Розлади, пов'язані з травмою та стресом». Усі стани, включені до цієї діагностичної категорії, потребують впливу травматичної або стресової події, яка розглядається як діагностичний критерій. Важливо, що DSM-5 надає діагностичні критерії для осіб, старших за 6 років, але існує і «дошкільний» підтип ПТСР для дітей віком до шести років.

Посттравматичний стресовий розлад (309.81)

Для встановлення діагнозу необхідно підтвердити наявність таких діагностичних критеріїв.

Критерій А. Вплив на реальну смерть або загрозу смерті, серйозні травми чи сексуальне насильство в одному або більше з таких способів:

1. Безпосереднє переживання травматичних подій.
2. Був свідком події(-й), яка сталася з іншими.

3. Отримав інформацію, що травматична подія сталася з близьким, членом сім'ї або другом. У випадках фактичної смерті або загрози смерті члену сім'ї чи друга події мали бути насильницькими або неочікуваними.

4. Відчуття неодноразового або екстремального впливу негативних деталей травмуючої події (наприклад, люди, які збирають людські останки; поліцейські, які неодноразово дізнаються про деталі жорстокого поводження з дітьми).

Примітка. Критерій 4 не поширюється на інформацію через електронні носії, телебачення, фільми або зображення, якщо це не пов'язано з роботою.

Критерій В. Наявність одного або кількох із наведених нижче симптомів вторгнення, пов'язаних із травматичною подією, які починаються після того, як трапилася травматична подія:

1. Повторні, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію(-ї).

Примітка. У дітей, старших від 6 років, може відбуватися повторювана гра, у якій є тематика або виражені аспекти травматичної події.

2. Повторювані тривожні сні, у яких міститься зміст та/або вплив травматичної події.

Примітка. У дітей можуть бути страшні сні без такого змісту.

3. Дисоціативні реакції (наприклад, спогади), коли індивідуум відчуває себе чи діє так, ніби під час травматичної події, яка повторюється (екстремальним варіантом є повна втрата усвідомлення реального оточення).

Примітка. У дітей у грі може відбуватися реконструкція, специфічна для травми.

4. Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес під впливом внутрішніх чи зовнішніх стимулів, які символізують або нагадують травматичну подію.

5. Виразні фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні стимули, які символізують або нагадують травматичну подію.

Критерій С. Постійне уникнення подразників, пов'язаних із травматичною подією(-ями), після того як вона відбулася, про що свідчать одна або обидві ознаки з наведених нижче:

1. Уникання або намагання уникнути тривожних спогадів, думок чи почуттів, які пов'язані з травматичними подіями.

2. Уникання або намагання уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, предметів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки чи почуття про травматичну подію або тісно пов'язані з нею.

Критерій D. Негативні зміни в пізнанні та настрої, пов'язані з травматичною подією(-ями), починаються або погіршуються після того, як вона відбулася, про що свідчать дві або більше ознак із наведених нижче:

1. Нездатність запам'ятати важливий аспект травмуючої події внаслідок амнезії (як правило, дисоціативної), а не інших факторів, таких як травма голови, алкоголь або наркотики.

2. Постійні та перебільшені негативні переконання чи очікування щодо себе, інших або світу (наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ повністю небезпечний», «Уся моя нервова система назавжди зруйнована»).

3. Стійкі, викривлені переконання про причину чи наслідки травматичної події, які змушують людину звинувачувати себе чи інших.

4. Стійкий негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, почуття провини чи сором).

5. Помітно знижений інтерес або зниження участі в значущій діяльності.

6. Почуття відстороненості або відчуженості від інших.

7. Постійна нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність переживати щастя, задоволення чи любовні почуття).

Критерій Е. Помітні зміни збудження та реактивності, пов'язані з травматичною подією(-ями), які почалися або погіршалися після травматичної події, про що свідчать дві або більше ознак із наведених нижче:

1. Типово виражена дратівлива поведінка й спалахи гніву (з провокацією чи без неї), вербальна або фізична агресія щодо людей чи предметів.

2. Бездумна або саморуйнівна поведінка.

3. Надмірна пильність.

4. Перебільшений чотирипагорбний рефлекс.

5. Проблеми з концентрацією уваги.

6. Порушення сну (наприклад, ускладнення при засинанні або прокиданні чи неспокійний сон).

Критерій F. Тривалість порушення (критеріїв B, C, D та E) становить більше ніж 1 місяць.

Критерій G. Порушення викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальних, професійних або інших важливих сферах функціонування.

Критерій H. Порушення не пов'язане з фізіологічними ефектами речовин (наприклад, ліків, алкоголю) або іншими захворюваннями.

ICD-11

Новітня класифікація ICD-11, оприлюднена та запропонована для використання всіма країнами-членами Всесвітньої організації охорони

здоров'я з 1 січня 2022 р., надає дещо інші, порівняно з попередньою версією ICD 10-го перегляду, діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу і, крім того, включає новий діагностичний варіант ПТСР — «Комплексний посттравматичний стресовий розлад». Термін «комплексний ПТСР» уперше був запропонований на початку 90-х років ХХ сторіччя Herman J.L. [386] як клінічний синдром, що виникає після виснажливих травматичних, зазвичай довготривалих боїв. Ця діагностична категорія відсутня в DSM-5 та ICD-10 і була включена тільки в ICD-11 [387], доєднавшись до посттравматичного стресового розладу, розладу адаптації, тривалого розладу горя. В ICD-11 діагноз використовується для класифікації пацієнтів, стан яких характеризується не тільки проявами ПТСР, але й додатковими симптомами порушень емоційної, когнітивної та поведінкової сфери, наявність яких *не може бути пояснена жодною коморбідною патологією*.

Посттравматичний стресовий розлад (6B40)

Захворювання, яке може розвинутися після впливу надзвичайно загрозливої або страхітливої події або серії подій.

Характеризується (все наступне):

- повторним переживанням травматичної події або подій у сьогоднішній у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, флешбеків або кошмарів, що, як правило, супроводжується сильними негативними емоціями, особливо страхом чи жахом, а також сильними фізичними відчуттями;
- уникненням думок і спогадів про подію або події чи уникненням діяльності, ситуацій або людей, що нагадують про подію або події;
- стійким уявленням про підвищену поточну загрозу, наприклад прояви гіпернастороженості або підвищеної реакції переляку на стимули, такі як несподівані шуми (підвищений чотирипагорбний рефлекс).

Комплексний посттравматичний стресовий розлад (6B41)

Захворювання, яке може розвинутися після впливу на подію або низку подій надзвичайно загрозливого або страхітливого характеру, найбільш часто тривалі або повторювані події, уникнути яких важко або неможливо (наприклад, тортури, рабство, геноцид, тривале насильство в сім'ї, неодноразове сексуальне або фізичне насильство в дитинстві).

Характеризується всіма діагностичними вимогами до ПТСР.

Окрім того, характеризується важкими і стійкими:

- порушеннями контролю над афективною сферою;
- сприйняттям себе як приниженого, переможеного або нікчемного, що супроводжується почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаної з травматичною подією;
- труднощами в підтримці відносин і втратою відчуття близькості до оточуючих.

Ці симптоми викликають значне погіршення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах функціонування.

ICD-10

З урахуванням того, що в нашій країні сьогодні офіційно використовується класифікація ICD-10, а на виконання Закону України «Про психіатричну допомогу» діагнози повинні встановлюватися тільки відповідно до існуючої в державі версії Міжнародної класифікації хвороб, розглянемо і діагностичні критерії ПТСР, які надає цей варіант МКХ.

Посттравматичний стресовий розлад (F43.1)

Виникає як затримана або зтяжна реакція на стресові події або ситуацію (коротку чи тривалу) винятково загрозливої або катастрофічної природи, яка, імовірно, може викликати розлад майже у всіх.

Деякі фактори, такі як особистісні риси (наприклад, компульсивні, астеничні) або попередні випадки невротичних захворювань, можуть знизити поріг розвитку синдрому чи посилити його перебіг, хоча вони не є ні необхідними, ні достатніми для пояснення його виникнення.

Типові риси включають епізоди повторного пережиття травми в нав'язливих спогадах (флешбеках), уявленнях або кошмарах, що відбуваються на тлі постійного відчуття «оніміння» й емоційного приглушення, відсторонення від інших людей, нечутливості до оточення, ангедонії, уникнення діяльності та ситуацій, що нагадують травму.

Зазвичай спостерігається стан вегетативних порушень із гіпергідрозом, посиленням збудження і безсонням. Тривога й депресія зазвичай асоціюються з вищевказаними симптомами та ознаками, суїцидальні ідеї також не є рідкісними. Починається розлад після латентного періоду, який може коливатися від декількох тижнів до місяців.

Стан є зворотним, відновлення можна очікувати в більшості випадків. У невеликої частини випадків стан може мати хронічний перебіг і тривати протягом багатьох років із можливим переходом до стійкої зміни особистості (F62.0).

Включається:

- *Травматичний невроз*

Для проведення первинного скринінгу осіб із груп підвищеного ризику виникнення ПТСР (заручники, біженці з місцевості техногенних чи природних катастроф, активних бойових дій тощо) британська клінічна настанова «Посттравматичний стресовий розлад» Національного інституту здоров'я і клінічної якості Сполученого Королівства (United Kingdom's National Institute for Health and Clinical Excellence — NICE) [388] рекомендує використовувати через місяць після впливу травматичної події стандартизовані скринінгові шкали.

Однією з таких експрес-методик є шкала «Обстеження посттравматичних стресових розладів у первинній медичній допомозі для DSM-5» (Primary Care PTSD Screen for DSM-5 — PC-PTSD-5). Це скринінгова шкала, яка складається з 5 пунктів (рис. 6). Вона була розроблена для виявлення осіб з імовірним ПТСР у закладах первинної медичної допомоги. Обстеження починається з пункту, який оцінює вплив травматичних подій протягом життя, і якщо пацієнт заперечує такий вплив, обстеження завершується з оцінкою «0». Однак якщо він погоджується із цим, йому пропонують відповісти на 5 додаткових запитань із дихотомічною шкалою відповідей (так/ні).

Оскільки PC-PTSD-5 була розроблена для виявлення респондентів з імовірним ПТСР, ті, хто має позитивний результат скринінгу, потребують подальшої оцінки, бажано за допомогою структурованого інтерв'ю, такого як CAPS-5 (буде розглянуто нижче). Проведення клінічної бесіди в таких ситуаціях не завжди можливо через брак часу та персоналу. У цих випадках рекомендується провести додаткове оцінювання за допомогою валідизованих шкал самооцінки, зокрема «Контрольного списку ПТСР для DSM-5 (PCL-5)» — це психометрично обґрунтована анкета самооцінки, яку можна використовувати в таких ситуаціях.

PC-PTSD-5**Інструкція:**

Іноді з людьми трапляються речі, які надзвичайно чи особливо страшні, жахливі чи травматичні. Наприклад: серйозна аварія або пожежа, фізичне або сексуальне насильство, землетрус або повінь, війна, ситуації, коли доводиться бачити когось убитим або серйозно пораненим, смерть близької людини через вбивство чи самогубство.

Ви коли-небудь протягом останнього місяця стикалися з такою подією?

Якщо Ваша відповідь — «НІ», зупиніться тут.

Якщо Ваша відповідь — «ТАК», будь ласка, дайте відповіді на запитання нижче, ставлячи «галочку» у клітині, яка збігається з Вашою відповіддю.

№ За останній місяць Ви...**Так Ні**

1. Вам снилися кошмари про події або Ви думали про події, коли Ви цього не хотіли?
2. Ви намагалися не думати про подію(-ї) або робили все можливе, щоб уникнути ситуацій, які нагадували Вам про подію(-ї)?
3. Ви постійно були насторожі, пильні або легко лякалися?
4. Відчували себе заціпенілим або відчуженим від людей, діяльності чи оточення?
5. Відчуваєте провину або не можете припинити звинувачувати себе чи інших у подіях або будь-яких проблемах, які могли спричинити пережиті події?

Рис. 6. Бланк шкали «Primary Care PTSD Screen for DSM-5» (PC-PTSD-5)

Одним із найбільш популярних у клініцистів та поширеним варіантом оцінювання пацієнта з використанням стандартизованих діагностичних шкал є CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 — «Клінічна шкала відповідності ПТСП за DSM-5») [389, 390]. Шкала призначена для використання лікарем під час опитування пацієнта і не передбачає ознайомлення з її оціночними балами під час обстеження. У цій шкалі клініцист об'єднує інформацію про частоту та інтенсивність симптомів і робить висновок про важкість симптомів. Залежно від елемента шкали частота оцінюється або як кількість проявів протягом місяця, або як

тривалість протягом місяця. При цьому поняття інтенсивності та важкості симптому розглядаються як пов'язані, але не тотожні. Інтенсивність відноситься до сили типового прояву симптому, а важкість — до загальної виразності симптому протягом певного періоду, поєднуючи в собі силу та частоту (схоже на підхід в оцінці кількості/частоти вживання алкоголю).

Клінічна шкала ПТСР за DSM-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 — CAPS-5)

Примітка. Це версія для стану протягом минулого тижня, яка повинна використовуватися для оцінки тяжкості симптомів ПТСР за «минулий тиждень». Діагностичний статус ПТСР має бути оцінений за допомогою версії шкали за «минулий місяць».

Критерій А. Експозиція до загрози життю, тяжкої травми або сексуального насилля в один або більше із перелічених способів:

1. Пряме переживання травматичної події(-й).
2. Свідок такої події(-й), що трапилась з іншими.
3. Знання того, що травматична подія(-ї) трапилась із близьким членом сім'ї або близьким другом. У випадку загрози життю члену сім'ї або другу подія(-ї) має бути жорстокою або випадковою.
4. Переживання повторної або екстремальної експозиції до аверсивних (неприємних) деталей травматичної події(-й) (наприклад, перші із прибулих на місце аварії літака, які допомагали збирати людські рештки; або допит поліцейськими дитини про деталі насильства над нею). Критерій А4 не відноситься до експозиції через електронні медіа, телебачення, кіно або фотографії, хіба що ця експозиція є частиною роботи.

Примітка. Критерій А повинен бути попередньо оцінений за допомогою версії CAPS-5 «минулого місяця». Таким чином, для більшості використань версії «минулого тижня» критерій А не слід оцінювати знову.

[Використайте Перелік травматичних життєвих подій або інші структуровані скринінгові шкали оцінки травми]

Зараз я поставлю Вам запитання про той стресовий досвід, який Ви пережили. Насамперед я Вас попрошу розповісти мені трохи про подію, яка, на Вашу думку, була найгіршою. Потім я запитаю про те, як ця подія впливала на Вас протягом останнього тижня. Загалом

я не потребуватиму багато інформації — рівно стільки, скільки потрібно для того, щоб зрозуміти, які проблеми Ви маєте. Будь ласка, дайте мені знати, якщо Ви почуватиметесь засмученим, коли будете відповідати на запитання, щоб ми мали з Вами можливість призупинитись та обговорити це. Також дайте мені знати, якщо Ви матимете питання або щось не зрозумісте. Чи є у Вас які-небудь питання перед тим, як ми почнемо?

Ви сказали, що ця подія була найгіршою. Зараз я хочу, щоб Ви коротко описали те, що сталося.

Індекс події (уточнення):

<p>Що трапилось? (Як давно це сталося? Як Ви були до цього залучені? Хто ще був до цього залучений? Чи був хтось тяжко поранений або вбитий? Чи було чиєсь життя в небезпеці?)</p>	<p>Тип експозиції: Власний досвід _____ Свідок _____ Дізнався про _____ Побачив аверсивні (неприємні) деталі _____ Загроза життю? НІ ТАК (своєму__ інших __) Серйозна травма? НІ ТАК (себе__ інших __) Сексуальне насильство? НІ ТАК (відносно себе__ відносно інших __) Критерій А траплявся? НІ МОЖЛИВО ТАК</p>
---	---

Для іншої частини інтерв'ю я хочу, щоб Ви зосередились на (ПОДІІ), коли я запитаю Вас про різні проблеми, які вона, можливо, спричинила. Можливо, Ви мали деякі із цих проблем раніше, однак для цього інтерв'ю ми збираємося зосередитися лише на минулому тижні. Щодо кожної проблеми я запитаю, чи Ви мали її минулого тижня, і якщо так, як часто і наскільки це Вас турбує.

Критерій В. Наявність одного або більше з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних із травмуючою подією(-ями), які почалися або погіршилися після травматичної події(-й):

1. (В1) Періодичні, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію(-ї).

Примітка. У дітей, старших від 6 років, можуть спостерігатися повторювані ігри, у яких виражаються ті чи інші аспекти травматичної події(-й).

<p>Минулого тижня, чи були у Вас якісь <u>небажані спогади</u> про (ПОДІЮ), коли Ви не спали, тобто не враховуючи сновидіння? [Оцінити 0 = відсутні, лише під час сну]</p> <p>Як сталося, що Ви почали згадувати (ПОДІЮ)? [Якщо незрозуміло:] (Чи це є небажаними спогадами або Ви думаєте про [ПОДІЇ] навмисно) [Оцінити 0 = відсутні, враховуються лише мимовільні та нав'язливі спогади]</p> <p>Наскільки ці спогади Вас турбують?</p> <p>Чи можете Ви викинути їх із голови та думати про що-небудь інше? [Якщо незрозуміло:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Чому саме?)</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів?</p> <p>Як багато Ви ризикуєте? (Наскільки небезпечна ця поведінка? Чи завдало це Вам шкоди або травмувало якимось чином?)</p> <p>Обведіть: Дистрес = Мінімальний Явно присутній Виражений Екстремально виражений</p> <p>Як часто у Вас виникали ці спогади протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дистресу Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / дистрес явно присутній, деякі складнощі звільнення від спогадів Важкий = щонайменше 2 рази на тиждень / виражений дистрес, значні труднощі звільнення від спогадів</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
--	---

2. (В2) Періодичні тривожні сни, у яких зміст та/або емоційне забарвлення сну пов'язані з подією(-ями).

Примітка. У дітей можуть бути страшні сни без впізнаваного змісту.

<p>Минулого тижня, чи були у Вас якісь <u>неприємні сни</u> про (ПОДІЮ)?</p> <p>Опишіть типовий сон? (Що там відбувається?) [Якщо незрозуміло:] (Вони змушують Вас прокинутися?) [Якщо так:] (Що Ви відчуваєте, коли Ви прокинулись? Скільки часу необхідно, щоб Ви змогли заснути знову?) [Якщо повідомляє, що не засинає:] (Скільки годин сну Ви втрачаєте?)</p> <p>Наскільки ці сни Вас турбують?</p> <p><u>Обведіть:</u> Дистрес = Мінімальний Явно присутній Виражений Екстремально виражений</p> <p>Як часто у Вас бували ці сни протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дистресу Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / дистрес явно присутній, менше 1 години втрати сну Важкий = щонайменше 2 рази на тиждень / виражений дистрес, більше 1 години втрати сну</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрача працездатності</p>
--	---

3. (В3) Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), у яких людина відчуває або діє так, ніби повторюється травматична подія(-ї).

Примітка. У дітей реконструкція травматичної події може відбутися в грі.

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли Ви <u>раптом діяли</u> або <u>відчували</u> себе так, ніби (ПОДІЯ) відбувається знову?</p> <p>[Якщо незрозуміло:] (Це відрізняється від думок про це — тепер я запитую про флешбеки, коли Ви відчуваєте, ніби Ви насправді повернулися в час [ПОДІЇ], насправді переживаєте її знову)</p> <p>Наскільки це схоже на те, що (ПОДІЯ) відбувається знову? (Ви збентежені з приводу того, де Ви насправді?)</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p>
--	---

<p>Що Ви робите тоді, коли це відбувається? (Інші люди помічають Вашу поведінку? Що вони кажуть?)</p>	<p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
<p>Як довго це триває?</p>	
<p>Обведіть: Дисоціація = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p>	
<p>Як часто це відбувалося протягом минулого тижня? # Разів _____</p>	
<p>Це відчуття почало виникати або погіршилося після (ПОДІЯ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЯ]? Яким чином?)</p>	
<p>Обведіть: Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p>	
<p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дисоціації Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / дисоціація явно присутня, може зберігатися орієнтування в оточенні, однак переживання явно відрізняються від думок і спогадів Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена дисоціація, повідомляє про яскраві переживання, наприклад, із зоровими образами, звуками, запахами</p>	

4. (B4) Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес у відповідь на впливи внутрішніх чи зовнішніх сигналів, що символізують або нагадують аспекти травматичної події(-й).

<p>Минулого тижня, чи відчували Ви себе <u>засмученим</u>, коли щось <u>нагадувало</u> Вам про (ПОДІЮ)?</p>	<p>0 Відсутній</p>
<p>Які саме нагадування засмучують Вас?</p>	<p>1 Помірний / підпороговий</p>
<p>Наскільки ці нагадування Вас турбують?</p>	<p>2 Середній / пороговий</p>
<p>Чи можете Ви заспокоїтися, коли це стається? (Скільки часу це займає?)</p>	<p>3 Важкий / помітно підвищений</p>
<p>[Якщо незрозуміло:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Чому саме?)</p>	<p>4 Екстремально виражений / втрата працездатності</p>
<p>Чи можете Ви навести декілька прикладів?</p>	
<p>Обведіть: Дистрес = Мінімальний Явно присутній Виражений Екстремально виражений</p>	
<p>Як часто це траплялося з Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p>	
<p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дистресу</p>	

<p>Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / дистрес явно присутній, деякі труднощі відновлення</p> <p>Важкий = щонайменше 2 рази на тиждень / виражений дистрес, значні труднощі відновлення</p>	
--	--

5. (B5) Значні фізіологічні реакції у відповідь на внутрішні або зовнішні сигнали, що символізують чи нагадують аспекти травматичної події(-й).

<p>Минулого тижня, чи виникали у Вас якісь <u>фізичні реакції</u>, коли щось <u>нагадувало</u> Вам про (ПОДІЮ)?</p> <p>Чи можете Ви навести мені декілька прикладів? (Чи змінилися Ваші частота серцевих скорочень або частота дихання? Як щодо появи пітливості або почуття напруження чи хиткості?)</p> <p>Які саме нагадування викликали ці реакції?</p> <p>Наскільки довго триває Ваше відновлення?</p> <p>Обведіть: Фізіологічна реактивація = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>Як часто це траплялося з Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність фізіологічного збудження</p> <p>Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / реактивація явно присутня, деякі труднощі відновлення</p> <p>Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена реактивація, стійке збудження, значні труднощі відновлення</p>	<p><i>0 Відсутні</i></p> <p><i>1 Помірні / підпорогові</i></p> <p><i>2 Середні / порогові</i></p> <p><i>3 Важкі / помітно підвищені</i></p> <p><i>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</i></p>
---	---

Критерій С. Стійкі уникнення стимулів, пов'язаних із травмою(-ами), які почалися або погіршилися після травматичної події(-й), про що свідчать два або більше з таких симптомів:

6. (C1) Уникнення або спроби уникнути болісних спогадів, думок і почуттів із приводу або тісно пов'язаних із травмуючою подією(-ями).

<p>Минулого тижня, чи намагалися Ви <u>уникнути думок</u> або <u>почуттів</u> про (ПОДІЮ)?</p> <p>Яких саме думок і почуттів Ви уникаєте?</p> <p>Наскільки важко для Вас уникнути цих думок і почуттів? (Що саме Ви робите для цього?)</p> <p>[Якщо незрозуміло:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Що б змінилося, якби Вам</p>	<p><i>0 Відсутнє</i></p> <p><i>1 Помірне / підпорогове</i></p> <p><i>2 Середнє / порогове</i></p>
---	---

<p>не потрібно було уникати цих думок або почуттів?)</p>	<p>3 Важке / помітно підвищене</p>
<p><u>Обведіть:</u> Уникнення = Мінімальне Явно присутнє Виражене Екстремально виражене</p>	<p>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</p>
<p>Як часто це траплялося з Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p>	
<p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність уникнення Помірне = щонайменше 1 раз на тиждень / уникнення явно присутнє Важке = щонайменше 2 рази на тиждень / виражене уникнення</p>	

7. (С2) Уникнення або спроби уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, бесід, заходів, об'єктів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки, почуття або тісно пов'язані з травмуючою подією(-ями).

<p>Минулого тижня, чи намагалися Ви уникнути речей, які нагадують Вам про (ПОДІЮ), наприклад певних людей, місць або ситуацій?</p>	<p>0 Відсутнє</p>
<p>Яких саме речей Ви уникаєте?</p>	<p>1 Помірне / підпорогове</p>
<p>Скільки зусиль Ви докладаете, щоб уникнути цих нагадувань? (Чи необхідно Вам зробити план або змінити Ваші дії для того, щоб уникнути їх?)</p>	<p>2 Середнє / порогове</p>
<p>[Якщо незрозуміло:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Що б змінилося, якби Вам не потрібно було уникати цих нагадувань?)</p>	<p>3 Важке / помітно підвищене</p>
<p><u>Обведіть:</u> Уникнення = Мінімальне Явно присутнє Виражене Екстремально виражене</p>	<p>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</p>
<p>Як часто це траплялося з Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p>	
<p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність уникнення Помірне = щонайменше 1 раз на тиждень / уникнення явно присутнє Важке = щонайменше 2 рази на тиждень / виражене уникнення</p>	

Критерій D. Негативні зміни в пізнавальних процесах і настрої, пов'язані з травмуючою подією(-ями), які почалися або погіршилися після травматичної події(-й), про що свідчать два або більше з таких симптомів:

8. (D1) Нездатність згадати важливий аспект травматичної події(-й) (зазвичай через дисоціативну амнезію, не пов'язану з іншими факторами, такими як травми голови, вплив алкоголю або наркотиків).

<p>Минулого тижня, чи виникали у Вас <u>труднощі в згадуванні</u> деяких важливих аспектів (ПОДІЇ)? (Чи відчуваєте Ви, що у Вашій пам'яті є прогалини щодо [ПОДІЇ]?)</p> <p>Які саме аспекти Вам було важко згадати?</p> <p>Чи вважаєте Ви, що повинні бути в змозі згадати ці речі?</p> <p>[Якщо незрозуміло:] (Чому Ви вважаєте, що не в змозі згадати? Чи були у Вас травми голови під час [ПОДІЇ]? Чи втрачали Ви свідомість? Чи були Ви в стані сп'яніння від алкоголю чи наркотиків?)</p> <p>[Оцінити 0 = відсутня, якщо через травму голови, втрату свідомості або наркотичну інтоксикацію]</p> <p>[Якщо досі незрозуміло:] (Можливо, це просто нормальне забування? Чи не вважаєте Ви, що ці спогади можуть бути заблокованими через те, що згадувати було б занадто болісно?) [Оцінити 0 = відсутня, якщо зумовлена нормальним забуванням]</p> <p><u>Обведіть:</u> Важкість згадати = Мінімальна Явно присутня Виразена Екстремально виразена</p> <p>Минулого тижня, як багато важливих аспектів (ПОДІЇ) Вам було важко згадати? (Які аспекти Ви все ще пам'ятаєте?)</p> <p># Важливих аспектів _____</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
<p>Чи зможете Ви згадати ці аспекти, якщо спробуєте?</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = сума аспектів події, які неможливо згадати / інтенсивність нездатності згадати</p> <p>Помірна = щонайменше один важливий аспект / труднощі із запам'ятовуванням явно присутні, деякі аспекти можливо згадати із зусиллям</p> <p>Важка = декілька важливих аспектів / виявляються труднощі згадати, навіть із зусиллям</p>	

9. (D2) Стійкі та перебільшені негативні переконання або очікування щодо себе, інших чи світу взагалі (наприклад, «Я поганий», «Нікому

не можна довіряти», «Світ небезпечний», «Моя нервова система повністю зруйнована»).

<p>Минулого тижня, чи відмічали Ви в себе <u>стійкі негативні переконання</u> про себе, інших людей чи світ? Чи можете Ви навести декілька прикладів? (Як щодо таких переконань, як «Я поганий», «Зі мною щось не так», «Нікому не можна довіряти», «Світ небезпечний») Наскільки сильними є ці переконання? (Наскільки Ви впевнені в тому, що ці переконання є правдивими? Чи можете Ви побачити інші способи думати про це?) Обведіть: Переконання = Мінімально Явно присутні Виражені Екстремально виражені</p> <p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чином у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p> <p>Ці переконання з'явилися або погіршилися після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?) Обведіть: Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність переконань Помірні = займають частину часу (20-30%) / перебільшені негативні переконання явно присутні, деякі труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання Важкі = займають багато часу (50-60%) / виражені перебільшені негативні переконання, значні труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання</p>	<p><i>0 Відсутні</i></p> <p><i>1 Помірні / підпорогові</i></p> <p><i>2 Середні / порогові</i></p> <p><i>3 Важкі / помітно підвищені</i></p> <p><i>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</i></p>
---	---

10. (D3) Постійні, спотворені когніції про причини або наслідки травматичної події(-й), що змушують індивідуума звинувачувати себе чи інших осіб.

<p>Минулого тижня, чи <u>звинувачували Ви себе у (ПОДІЇ) або в тому, що сталося в результаті неї? Розкажіть про це докладніше. (Яким чином Ви бачите себе як винуватця (ПОДІЇ)? Через те, що Ви щось зробили? Або через те, що Ви думали, що потрібно було щось зробити та не зробили?)</u></p>	<p><i>0 Відсутні</i></p> <p><i>1 Помірні / підпорогові</i></p> <p><i>2 Середні / порогові</i></p>
--	---

<p>Як щодо звинувачення інших у (ПОДІЇ) або того, що сталося в результаті неї? Розкажіть про це докладніше. (Яким чином Ви бачите (ІНШИХ) як винуватців (ПОДІЇ)? Через те, що вони щось зробили? Або через те, що Ви думали, що їм потрібно було щось зробити, але вони не зробили?)</p> <p>Наскільки сильно Ви звинувачуєте (СЕБЕ АБО ІНШИХ)?</p> <p>Наскільки Ви впевнені в тому, що (ВИ АБО ІНШІ) винні в тому, що трапилося? (Чи інші люди з Вами згодні? Чи бачите Ви для себе інші шляхи, як можна це розв'язати?)</p> <p>[Оцінити 0 = відсутні, якщо звинувачує злочинця, тобто когось, хто дійсно спричинив виникнення події або шкоду]</p> <p>Обведіть: Переконання = Мінімальні Явно присутні Виражені Екстремально виражені</p> <p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чином? % часу _____</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність почуття провини</p> <p>Помірне = займає частину часу (20-30%) / викривлене почуття провини явно присутнє, деякі труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання</p> <p>Важке = займає багато часу (50-60%) / виражене викривлене почуття провини, значні труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання</p>	<p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
--	---

11. (D4) Стійкий негативний емоційний стан (страх, жаж, гнів, провина або сором).

<p>Минулого тижня, чи були у Вас якісь <u>стійкі негативні почуття</u>, такі як страх, жаж, гнів, почуття провини або сорому?</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів? (Які негативні почуття Ви відчуваєте?)</p> <p>Наскільки сильними є ці негативні почуття?</p> <p>Як добре Ви в змозі керувати ними?</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі /</p>
--	---

<p>[Якщо незрозуміло:] (Наскільки значною проблемою це для Вас є? Яким чином?)</p>	<p><i>помітно підвищені</i></p>
<p><u>Обведіть:</u> Негативні емоції = Мінімальні Явно присутні Виражені Екстремально виражені</p>	<p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
<p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чином у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p>	<p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
<p>Ці негативні почуття з'явилися або погіршилися після (ПОДІ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІ-ЄЮ]? Яким чином?)</p>	<p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
<p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p>	<p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
<p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність негативних емоцій</p>	
<p>Помірні = займають частину часу (20-30%) / негативні емоції явно присутні, деякі труднощі в керуванні ними</p>	
<p>Важкі = займають багато часу (50-60%) / виражені негативні емоції, значні труднощі в керуванні ними</p>	

12. (D5) Помітне зниження інтересу або участі в значущій активності.

<p>Минулого тижня, чи були Ви менш зацікавлені в діяльності, від якої раніше отримували задоволення?</p>	<p><i>0 Відсутнє</i></p>
<p>Стосовно яких саме речей Ви втратили інтерес або не робили їх настільки, наскільки Ви звикли? (Ще щось?)</p>	<p><i>1 Помірне / підпорогове</i></p>
<p>Чому так? [Оцінити 0 = відсутня, якщо зменшилася участь через відсутність можливостей, інвалідність або зміну в бажаній діяльності]</p>	<p><i>2 Середнє / порогове</i></p>
<p>Наскільки сильною є втрата Вашого інтересу? (Ви б все ще отримували задоволення від [ДІЯЛЬНОСТІ], якби її почали?)</p>	<p><i>3 Важке / помітно підвищене</i></p>
<p><u>Обведіть:</u> Втрата інтересу = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p>	<p><i>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</i></p>
<p>Загалом минулого тижня, у якій кількості Ваших звичайних занять Ви були менше зацікавлені у відсотковому співвідношенні? % занять _____</p>	<p><i>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</i></p>
<p>Які речі Ви все ще любите робити?</p>	<p><i>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</i></p>

Ця втрата інтересу з'явилася або погіршилася після (ПОДії)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПО-ДІЄЮ]? Яким чином?)

Обведіть: Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд

Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність втрати інтересу

Помірна = деякі види діяльності (20-30%) / втрата інтересу явно присутня, але все ще можливе деяке здійснення діяльності

Важка = багато заходів (50-60%) / виражена втрата інтересу, мало інтересу або участі в діяльності

13. (D6) Почуття відірваності або відчуженості від інших.

Минулого тижня, чи відчували Ви себе віддаленим або відірваним від інших людей?

Розкажіть докладніше про це.

Наскільки сильними є Ваші почуття віддаленості або відірваності від інших? (Хто Вам ближче за всіх? З якою кількістю людей Ви відчуваєте себе комфортно, коли розмовляєте про особисті речі?)

Обведіть: Відірваність або відчуження =
Мінімальне Явно присутнє Виразене Екстремально виражене

Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чином у відсотковому співвідношенні?
% часу _____

Ці почуття віддаленості або відірваності почалися або погіршилися після (ПОДії)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?)

Обведіть: Пов'язаність із травмою =
Точно Можливо Навряд

Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність відірваності або відчуження

Помірне = займає частину часу (20-30%) / почуття відірваності явно присутнє, але все ще відчуває міжособистісний зв'язок

Важке = займає багато часу (50-60%) / виражене почуття відірваності, може відчувати себе близьким із однією-двома особами, деякі труднощі в орієнтації на більш реалістичні переконання

0 Відсутнє

1 Помірне / підпорогове

2 Середнє / порогове

3 Важке / помітно підвищене

4 Екстремально виражене / втрата працездатності

14. (D7) Стіяка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення або любовні почуття).

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли у Вас виникали <u>труднощі в тому, щоб відчувати позитивні почуття</u>, такі як любов чи щастя?</p> <p>Розкажіть докладніше про це. (Які саме почуття важко відчувати?)</p> <p>Наскільки важко Вам відчувати позитивні почуття? (Чи Ви в змозі відчувати позитивні почуття?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Зменшення позитивних емоцій = Мінімальне Явно присутнє Виражене Екстремально виражене</p> <p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чином у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p> <p>Ця проблема щодо відчуття позитивних емоцій почалася або погіршилася після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність зменшення позитивних емоцій</p> <p>Помірніе = займає частину часу (20-30%) / зниження позитивного емоційного досвіду явно присутнє, але як і раніше в змозі відчувати позитивні емоції</p> <p>Важке = займає багато часу (50-60%) / виражене зниження позитивного емоційного досвіду</p>	<p><i>0 Відсутнє</i></p> <p><i>1 Помірне / підпорогове</i></p> <p><i>2 Середнє / порогове</i></p> <p><i>3 Важке / помітно підвищене</i></p> <p><i>4 Екстремально виражене / втрата працездатності</i></p>
---	---

- Критерій Е.** Зазначені зміни в збудженні та реактивності, пов'язані з травмуючою подією(-ями), які почалися або погіршилися після травматичної події(-й), про що свідчать два або більше з таких симптомів:
15. (E1) Дратівливість і спалахи гніву (з невеликою провокацією або без провокації), які зазвичай виражаються у вербальній або фізичній агресії стосовно людей або об'єктів.

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли Ви відчували себе особливо <u>дратівливим</u> або <u>гнівливим</u> та демонстрували це у своїй поведінці?</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів? (Як Ви демонстрували гнів? Чи підвищували Ви голос або</p>	<p><i>0 Відсутня</i></p> <p><i>1 Помірна / підпорогова</i></p>
---	--

<p>кричали? Кидали або вдаряли речі? Штовхали або вдаряли інших людей?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Агресія = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>Як часто на минулому тижні? # Разів _____</p> <p>Ця поведінка почалася або погіршилася після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність агресивної поведінки</p> <p>Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / агресія явно присутня, насамперед вербальна</p> <p>Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена агресія, принаймні деяка фізична агресія</p>	<p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
--	--

16. (E2) Відчайдушна або автодеструктивна поведінка.

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли Ви більше ризикували або робили речі, які можуть Вам зашкодити?</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів?</p> <p>Як багато Ви ризикуєте? (Наскільки небезпечна ця поведінка? Чи завдало це Вам шкоди або травмувало якимось чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Ризик = Мінімальний Явно присутній Виражений Екстремально виражений</p> <p>Як часто Ви ризикували протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ця поведінка почалася або погіршилася після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / рівень ризику</p> <p>Помірний = щонайменше 1 раз на тиждень / ризик явно присутній, можливо, було заподіяно шкоду</p> <p>Важкий = щонайменше 2 рази на тиждень / виражений ризик, була заподіяна шкода або була висока ймовірність шкоди</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
--	---

17. (Е3) Наднастороженість.

<p>Минулого тижня, чи не були Ви особливо <u>пильні</u> або <u>насторожені</u>, навіть коли не було конкретної загрози чи небезпеки? (Чи відчували Ви, що повинні бути наготові?)</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p>
<p>Чи можете Ви навести декілька прикладів? (Що саме Ви робите, коли Ви пильні або насторожені?)</p>	<p>2 Середня / порогова</p>
<p>[Якщо незрозуміло:] (Що змушує Вас реагувати подібним чином? Чи вважаєте Ви, що перебуваєте в небезпеці або під загрозою? Більше, ніж більшість людей у такій самій ситуації?)</p>	<p>3 Важка / помітно підвищена</p>
<p>Обведіть: Наднастороженість = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p>	<p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
<p>Скільки часу минулого тижня Ви відчували себе подібним чином у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p>	
<p>Ці проблеми почалися або погіршилися після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?)</p>	
<p>Обведіть: Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p>	
<p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність наднастороженості</p>	
<p>Помірна = займає частину часу (20-30%) / наднастороженість явно присутня, наприклад, у громадських місцях, відмічаються пильність, підвищене усвідомлення загрози</p>	
<p>Важка = займає багато часу (50-60%) / виражена наднастороженість, наприклад сканування навколишнього середовища на предмет небезпеки, ритуали безпеки, перебільшене побоювання за безпеку себе / сім'ї / дому</p>	

18. (Е4) Гіпертрофована реакція переляку.

<p>Минулого тижня, чи мали Ви будь-які <u>сильні реакції переляку</u>?</p>	<p>0 Відсутня</p>
<p>Які саме речі Вас лякали?</p>	<p>1 Помірна / підпорогова</p>
<p>Наскільки сильними були ці реакції переляку? (Наскільки сильними вони були порівняно з тим, як зазвичай реагує більшість людей? Чи зробили Ви щонебудь таке, що б помітили інші люди?)</p>	<p>2 Середня / порогова</p>

<p>Наскільки довго триває Ваше відновлення?</p> <p><u>Обведіть:</u> Реакція переляку = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>Як часто це траплялось із Вами протягом минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Ці реакції переляку почалися або погіршилися після (ПОДії)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність реакції переляку</p> <p>Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / реакція переляку явно присутня, деякі труднощі відновлення</p> <p>Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена реакція переляку, стійке збудження, значні труднощі відновлення</p>	<p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
--	---

19. (E5) Проблеми з концентрацією.

<p>Минулого тижня, чи мали Ви будь-які <u>проблеми з концентрацією</u>?</p> <p>Чи можете Ви навести декілька прикладів?</p> <p>Чи в змозі Ви сконцентруватися, якщо будете намагатися?</p> <p>[Якщо незрозуміло:] (Загалом наскільки це значна проблема для Вас? Що б змінилося, якби у Вас не було проблем із концентрацією?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Проблеми з концентрацією = Мінімальні Явно присутні Виражені Екстремально виражені</p> <p>Скільки часу минулого тижня у Вас були проблеми з концентрацією у відсотковому співвідношенні? % часу _____</p> <p>Ці проблеми з концентрацією почалися або погіршилися після (ПОДії)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність проблем із концентрацією</p>	<p>0 Відсутні</p> <p>1 Помірні / підпорогові</p> <p>2 Середні / порогові</p> <p>3 Важкі / помітно підвищені</p> <p>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</p>
---	---

Помірна = займає частину часу (20-30%) / проблеми з концентрацією явно присутні, відмічаються деякі труднощі, але зберігається можливість зосередитися при зусиллі
 Важка = займає багато часу (50-60%) / виражена проблема концентрації, значні труднощі зосередитися навіть при зусиллі

20. (E6) Порушення сну (наприклад, труднощі засинання або сну чи неспокійний сон).

<p>Минулого тижня, чи мали Ви будь-які проблеми із засинанням чи перебуванням уві сні?</p> <p>Які саме проблеми? (Скільки часу Ви витрачаєте на те, щоб заснути? Як часто Ви прокидаєтесь вночі? Ви прокидаєтесь раніше, ніж Ви хотіли б?)</p> <p>Скільки всього годин Ви спите щоночі?</p> <p>Скільки годин Ви думаєте, що повинні спати?</p> <p><u>Обведіть:</u> Проблеми зі сном = Мінімальні Явно присутні Виражені Екстремально виражені</p> <p>Як часто за останній тиждень у Вас були ці проблеми зі сном? # Разів _____</p> <p>Ці проблеми зі сном почалися або погіршилися після (ПОДІЇ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЄЮ]? Яким чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність проблем зі сном</p> <p>Помірні = щонайменше 1 раз на тиждень / порушення сну явно присутні, явне утруднене засинання, 30-90 хвилин втрата сну Важкі = щонайменше 2 рази на тиждень / виявляються порушення сну, значно більше утруднене засинання та труднощі перебування уві сні, від 90 хв до 3 год втрата сну</p>	<p><i>0 Відсутні</i></p> <p><i>1 Помірні / підпорогові</i></p> <p><i>2 Середні / порогові</i></p> <p><i>3 Важкі / помітно підвищені</i></p> <p><i>4 Екстремально виражені / втрата працездатності</i></p>
---	---

Критерій F. Тривалість порушення (критерії B, C, D та E) більше ніж 1 місяць.

Примітка. Деталі 21 і 22 не застосовуються для даної версії (Минулий Тиждень). Вони перераховані тут без підказок для того, щоб зберегти нумерацію для версії (Минулий Місяць). Початок і тривалість симптомів повинні бути оцінені.

21. Виникнення симптомів.

22. Тривалість симптомів.

Критерій G. Порушення спричиняє клінічно значущий дистрес або погіршення в соціальній, професійній або іншій важливій сфері функціонування.

23. Суб'єктивний дистрес.

<p>Загалом минулого тижня, наскільки Вас турбували ці (симптоми ПТСР), про які Ви розказали? [Розгляньте дистрес, висвітлений у попередніх пунктах]</p>	<p><i>0 Немає</i> <i>1 Помірний, мінімальний дистрес</i> <i>2 Середній, дистрес явно присутній, але все ще керований</i> <i>3 Серйозний, значний дистрес</i> <i>4 Екстремально виражений, дистрес, що призводить до непрацездатності</i></p>
--	--

24. Порушення в соціальному функціонуванні.

<p>Минулого тижня це (симптоми ПТСР) вплинуло на Ваші стосунки з іншими людьми? Яким чином? [Розгляньте порушення в соціальному функціонуванні в попередніх пунктах]</p>	<p><i>0 Немає несприятливого впливу</i> <i>1 Помірний вплив, мінімальне порушення в соціальному функціонуванні</i> <i>2 Середній вплив, певне погіршення, але багато аспектів соціального функціонування залишаються недоторканими</i> <i>3 Сильний вплив, відмічені порушення, деякі аспекти соціального функціонування ще не порушені</i> <i>4 Екстремальний вплив, незначне або немає соціального функціонування</i></p>
---	---

25. Порушення в професійній або іншій важливій сфері функціонування.

<p>[Якщо незрозуміло:] Ви зараз працюєте?</p> <p>[Якщо так:] Минулого тижня ці (симптоми ПТСР) вплинули на Вашу роботу чи Вашу працездатність? Яким чином?</p> <p>[Якщо ні:] Чому? (Чи відчуваєте Ви, що Ваші [симптоми ПТСР] причетні до того, що Ви зараз не працюєте? Яким чином?)</p> <p>[Якщо не в змозі працювати через симптоми ПТСР, оцініть у 3 бали = серйозне порушення. Якщо безробіття не пов'язане із симптомами ПТСР, базуйтеся в оцінюванні на інших важливих сферах функціонування]</p> <p>Чи вплинули ці (симптоми ПТСР) на будь-яку іншу важливу частину Вашого життя? [Запропонуйте приклади, такі як виховання дітей, робота по дому, шкільна, волонтерська робота тощо] Яким чином?</p>	<p>0 Немає несприятливого впливу</p> <p>1 Помірний вплив, мінімальне порушення в професійній діяльності / інших важливих сферах функціонування</p> <p>2 Середній вплив, певне погіршення, але багато аспектів професійної діяльності / інших важливих сфер функціонування це не порушені</p> <p>3 Сильний вплив, відмічені порушення, деякі аспекти професійної діяльності / інших важливих сфер функціонування це не порушені</p> <p>4 Екстремальний вплив, незначна або немає професійної діяльності / інших важливих сфер функціонування</p>
---	--

Загальні рейтинги

26. Загальна валідність.

<p>Оцініть загальну валідність відповідей. Розгляньте фактори, такі як комплаєнс до інтерв'ю, психічний статус (наприклад, проблеми з концентрацією, розумінням, наявність дисоціації), та докази наявності зусиль із мінімізації або перебільшення симптомів.</p>	<p>0 Відмінно, немає підстав підозрювати невалідні відповіді</p> <p>1 Добре, наявні фактори, що можуть негативно вплинути на валідність</p> <p>2 Досить добре, наявні фактори, що, безумовно, зменшують валідність</p> <p>3 Погано, істотно знижується валідність</p> <p>4 Невалідні відповіді, важкі порушення психічного стану або, можливо, обстежуваний навмисно «прикидається поганим» чи «прикидається хорошим»</p>
--	--

27. Загальна тяжкість.

<p>Оцініть загальну тяжкість симптомів ПТСР. Розгляньте ступінь суб'єктивного дистресу, ступінь функціональних порушень, поведінку, яка спостерігалась під час інтерв'ю</p>	<p>0 Немає клінічно значущих симптомів дистресу та функціональних порушень 1 Помірна, мінімальний дистрес або функціональні порушення 2 Середня, наявний дистрес або функціональні порушення, але функції виконуються із зусиллям 3 Серйозна, значний дистрес або функціональні порушення, обмежене функціонування, навіть із зусиллям 4 Екстремально виражена, виражений дистрес або порушення відзначені у двох або більше значущих сферах функціонування</p>
---	--

28. Загальне покращення.

<p>Оцініть загальне поліпшення з моменту попереднього оцінювання. Визначте ступінь зміни та як, на Вашу думку, це пов'язано з лікуванням.</p>	<p>0 Безсимптомне 1 Значне покращення 2 Помірне покращення 3 Незначне покращення 4 Немає покращення 5 Недостатньо інформації</p>
---	--

29. (1) Деперсоналізація: постійне або періодичне переживання почуття відчуження від власних психічних процесів або тіла, ніби спостереження їх із боку (наприклад, відчуття, ніби перебуваєш уві сні; відчуття нереальності себе або свого тіла, сповільненості часу).

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли Ви відчували себе, ніби Ви були <u>відокремлені від самого себе</u>, ніби Ви дивилися на себе, свої думки і почуття, начебто Ви були іншою людиною?</p> <p>[Якщо ні:] (Чи виникало у Вас відчуття, ніби Ви були уві сні, навіть тоді, коли не спали? Відчуття, ніби щось щодо Вас не було реальним? Відчуття, ніби час сповільнився?)</p> <p>Розкажіть докладніше про це.</p> <p>Наскільки сильне це відчуття? (Чи втрачаєте Ви відчуття того, де Ви насправді перебуваєте, та того, що насправді відбувається?)</p> <p>Що Ви робите, коли це відбувається? (Інші люди помічають Вашу поведінку? Що вони говорять?)</p> <p>Як довго це триває?</p> <p><u>Обведіть:</u> Дисоціація = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>[Якщо незрозуміло:] (Чи було це через вплив алкоголю або наркотиків? Як щодо стану здоров'я, наприклад наявності судом?) [Оцінити 0 = відсутня, якщо зумовлена впливом речовини або станом здоров'я]</p> <p>Як часто це відбувалося минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Це відчуття почало виникати або погіршилося після (ПОДІЯ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЯ]? Яким чином?)</p> <p><u>Обведіть:</u> Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дисоціації Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / дисоціація явно присутня, але мінуща, зберігається деяка реалістичність навколишнього середовища Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена дисоціація, значне відчуття нереальності</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
---	---

30. (2) Дерезалізація: постійні або періодичні переживання нереальності оточення (наприклад, світ навколо особистості переживається як нереальний, казковий, віддалений чи викривлений).

<p>Минулого тижня, чи були випадки, коли <u>те, що відбувається</u> навколо Вас, здавалося <u>нереальним</u> або дуже дивним і незнайомим?</p> <p>[Якщо ні:] (Чи не здаються речі, які відбуваються навколо Вас, схожими на сон або сцену з фільму? Чи не здаються вони віддаленими чи викривленими?)</p> <p>Розкажіть докладніше про це.</p> <p>Наскільки сильне це відчуття? (Чи втрачаєте Ви відчуття того, де Ви насправді перебуваєте та що насправді відбувається?)</p> <p>Що Ви робите, коли це відбувається? (Інші люди помічають Вашу поведінку? Що вони говорять?)</p> <p>Як довго це триває?</p> <p>Обведіть: Дисоціація = Мінімальна Явно присутня Виражена Екстремально виражена</p> <p>[Якщо незрозуміло:] (Чи було це через вплив алкоголю або наркотиків? Як щодо стану здоров'я, наприклад наявності судом?) [Оцінити 0 = відсутня, якщо зумовлена впливом речовини або станом здоров'я]</p> <p>Як часто це відбувалося минулого тижня? # Разів _____</p> <p>Це почуття почало виникати або погіршилося після (ПОДІЯ)? (Як Ви вважаєте, це пов'язано з [ПОДІЯ]? Яким чином?)</p> <p>Обведіть: Пов'язаність із травмою = Точно Можливо Навряд</p> <hr/> <p>Ключові оціночні сфери = частота / інтенсивність дисоціації</p> <p>Помірна = щонайменше 1 раз на тиждень / дисоціація явно присутня, але минула, зберігається деяка реалістичність навколишнього середовища</p> <p>Важка = щонайменше 2 рази на тиждень / виражена дисоціація, значне відчуття нереальності</p>	<p>0 Відсутня</p> <p>1 Помірна / підпорогова</p> <p>2 Середня / порогова</p> <p>3 Важка / помітно підвищена</p> <p>4 Екстремально виражена / втрата працездатності</p>
--	---

ЛИСТ-РЕЗЮМЕ CAPS-5

Отримані під час обстеження пацієнта дані заносяться в Лист-резюме, який також дозволяє провести стандартизоване оцінювання отриманих результатів.

Ім'я: _____ ID #: _____ Інтерв'юер: _____
 Дослідження: _____ Дата: _____

A. Безпосередній вплив або загроза смерті, травмування або сексуального насильства		
Чи траплявся критерій A?	0 = НІ 1 = ТАК	
B. Симптоми «вторгнення» (необхідно 1 для встановлення діагнозу)		
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(1) B1 — Інтрузивні спогади		0 = НІ 1 = ТАК
(2) B2 — Кошмарні сновидіння		0 = НІ 1 = ТАК
(3) B3 — Дисоціативні реакції		0 = НІ 1 = ТАК
(4) B4 — Психологічний дистрес		0 = НІ 1 = ТАК
(5) B5 — Фізіологічні реакції		0 = НІ 1 = ТАК
B Проміжні підсумки	B Sev =	# B Sx =
C. Симптоми уникнення (необхідно 1 для встановлення діагнозу)		
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(6) C1 — Уникнення спогадів, думок, почуттів		0 = НІ 1 = ТАК
(7) C2 — Уникнення зовнішніх нагадувань		0 = НІ 1 = ТАК
C Проміжні підсумки	C Sev =	# C Sx =
D. Когнітивні та емоційні симптоми (необхідно 2 для встановлення діагнозу)		
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(8) D1 — Нездатність згадати важливий аспект події		0 = НІ 1 = ТАК

(9) D2 — Перебільшені негативні переконання або очікування		0 = Ні 1 = ТАК
(10) D3 — Когнітивне викривлення щодо провини		0 = Ні 1 = ТАК
(11) D4 — Стійкий негативний емоційний стан		0 = Ні 1 = ТАК
(12) D5 — Зниження інтересу або участі в діяльності		0 = Ні 1 = ТАК
(13) D6 — Відокремлення або відчуження від інших		0 = Ні 1 = ТАК
(14) D7 — Стійка нездатність відчувати позитивні емоції		0 = Ні 1 = ТАК
D Проміжні підсумки	D Sev =	# D Sx =
E. Симптоми порушення і гіперактивації (необхідно 2 для встановлення діагнозу)		
	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(15) E1 — Дратівливість і спалахи гніву		0 = Ні 1 = ТАК
(16) E2 — Відчайдушна або саморуйнівна поведінка		0 = Ні 1 = ТАК
(17) E3 — Наднастороженість		0 = Ні 1 = ТАК
(18) E4 — Гіпертрофована реакція переляку		0 = Ні 1 = ТАК
(19) E5 — Проблеми з концентрацією		0 = Ні 1 = ТАК
(20) E6 — Порушення сну		0 = Ні 1 = ТАК
E Проміжні підсумки	E Sev =	# E Sx =
ПТСР Підсумок		
	Минулий тиждень	
	Сума Sev	Сума # Sx
Сума проміжних висновків (B + C + D + E)		
F. Тривалість порушення		
(22)	Нинішнього НЕ ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ	

G. Дистрес або погіршення (необхідно 1 для встановлення діагнозу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(23) Суб'єктивний дистрес		0 = HI 1 = TAK
(24) Порушення в соціальному функціонуванні		0 = HI 1 = TAK
(25) Порушення в професійній діяльності		0 = HI 1 = TAK
G Проміжні підсумки	G Sev =	# G Sx =
Загальний рейтинг минулого тижня	Минулий тиждень	
(26) Загальна валідність		
(27) Загальна тяжкість		
(28) Загальне поліпшення		
Дисоціативні симптоми (необхідно 1 для підтипу)	Минулий тиждень	
	Sev	Sx (Sev > 2)?
(29) 1 — Деперсоналізація		0 = HI 1 = TAK
(30) 2 — Дерезалізація		0 = HI 1 = TAK
Дисоціативні симптоми Проміжні підсумки	Diss Sev =	# Diss Sx =

3.6. Психофармакотерапія посттравматичного стресового розладу

За результатами новіших метааналізів [391-394], існують досить суперечливі дані про найбільш високу ефективність сертраліну, венлафаксину і нефазодону, тоді як ефективність пароксетину і флуоксетину є невисокою.

На сьогодні Управління з харчових продуктів та медикаментів Сполучених Штатів Америки (FDA) до списку препаратів, рекомендованих для лікування ПТСР, внесло тільки два фармацевтичних засоби — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, сертралін і пароксетину гідрохлорид, а всі інші препарати, включаючи пароксетину мезилат, розцінюються як психофармакотерапія непрямого впливу на ПТСР.

Клінічні ефекти, які мають бупропіон, циталопрам, діальпрокс, міртазапін, тіагабін і топірамат, не мають різниці від ефекту плацебо, а

арипіразол, діальпрокс, гуантафін та оланзапін не мають відмінності від плацебо навіть при комбінації з антидепресантами [392]. Хоча в літературі і відмічена більша ефективність трьох селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну — сертраліну, пароксетину і флуоксетину, а також одного інгібітора зворотного захоплення норадреналіну — венлафаксину, більшість авторів звертають увагу на те, що можливі терапевтичні ефекти можуть сполучатися з багатьма побічними ефектами цих антидепресантів.

Останніми роками практично не проводилось додаткових досліджень щодо ефективності використання в терапії ПТСР нефазодону, іміпраміну та фенелзину, але дані більш ранніх досліджень вказують на те, що нефазодон суттєво впливає на редукцію симптомів ПТСР, причому його ефекти еквівалентні сертраліну [395-397].

Є також поодинокі дослідження щодо використання іміпраміну та фенелзину при лікуванні ветеранів війни у В'єтнамі [398], а також одне дослідження, яке вказує на високу ефективність монотерапії ПТСР кветіапіном [399]. Клінічні ефекти застосування олазепіну оцінювались у дослідженнях ПТСР, які не були пов'язані з бойовими діями, і, крім того, результати його ефективності були оцінені як зовсім неоднозначні [392-395, 400, 401].

Щодо новітніх метааналізів ефективності використання в терапії ПТСР антидепресантів, то нещодавно було доведено, що застосування циталопраму не має жодних відмінностей від плацебо, а потенційний ризик збільшення QT-інтервалу у випадку призначення доз, вищих за 40 мг на добу, повністю нівелює його терапевтичний вплив [392]. Показовим також є той факт, що клінічний аналіз застосування амітриптиліну продемонстрував тільки його позитивний вплив на депресію, але не на будь-які інші симптоми ПТСР [392].

Досить новий систематичний огляд, який включав у себе елементи метааналізу, не виявив значного ефекту топірамату чи ламотриджину при лікуванні ПТСР [392], хоча інші дослідники вказують на високу ефективність топірамату при монотерапії постстресових розладів [393]. Yen M.S. та співавт. за результатами дослідження, яке було проведено у 2011 р., стверджують, що, хоча порівняно з плацебо, застосування топірамату і є значно більш ефективним, доцільність його використання як монотерапії не є доведеною [394].

Автори, які досліджували ефективність монотерапії діальпроксом [395] і тіагабіном [396] порівняно з плацебо, не знайшли значущої різниці, причому нещодавній метааналіз також наводить висновки, що

діальпроекс та тіагабін не є більш ефективними при лікуванні ПТСР за плацебо [392]. Немає даних і про клінічний ефект гуанфацину порівняно з плацебо [397, 398], а щодо використання рисперидону як монотерапії існують тільки декілька досліджень, причому не комбатантів, а жінок — жертв насильства [399, 400].

У науковій літературі немає жодних даних, які б свідчили про ефективність використання в терапії ПТСР бензодіазепінів, навпаки, дані рандомізованих контрольованих досліджень вказують на недоцільність їх використання [401-416]. Немає також даних, які свідчать про ефективність використання гідрокортизону [416] та препаратів на основі канабісу, а доцільність використання субанестетичних доз кетаміну в гострому періоді ПТСР є досить суперечливою [416]. Дослідження ефективності бупропіону, міртазапіну та D-циклосерину не дають достатньо даних щодо їх ефективності порівняно з плацебо.

Таким чином, вибір психофармакологічних препаратів для проведення цільової психофармакотерапії базується на даних метааналізів, рекомендацій провідних світових науково-дослідних центрів щодо лікування стрес-асоційованих розладів психіки, власному емпіричному досвіді.

Як препарати вибору першої лінії терапії виступають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (CІ33С), а також селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (CІ33СН).

Результати трьох систематичних оглядів свідчать про доцільність використання при лікуванні ПТСР трьох CІ33С, а саме: сертраліну, пароксетину і флуоксетину, та CІ33СН — венлафаксину [417-420]. Слід підкреслити, що в кожному із цих трьох метааналізів дослідники дійшли висновку про більш значну ефективність сертраліну, пароксетину, флуоксетину і венлафаксину порівняно з іншими CІ33С та CІ33СН, яка, до речі, суттєво перебільшує їх можливі побічні явища.

Побічними ефектами при призначенні CІ33С є: головний біль, тривога, нервозність, ажитація, запаморочення, сексуальні дисфункції, гіпергідроз, розлади функціонування шлунково-кишкового тракту, сонливість та підвищена стомлюваність. При лікуванні CІ33СН, окрім цього, зареєстроване підвищення артеріального тиску (у випадках застосування досить високих доз), що потребує вкрай обережного призначення особам із гіпертонічною хворобою [421].

Дані сучасних метааналізів [417-419] ефективності використання нетипових і трициклічних антидепресантів та інгібіторів моноаміноксидази (ІМАО) як монотерапії ПТСР вказують на хоча і менш ефективний, але достатній вплив на психопатологічну симптоматику

нефазодону [422-424], імипраміну та фенелзину [425]. Ці препарати також використовують як терапію другого вибору при відмові пацієнта від психотерапії та при неможливості прийому вказаних вище СИЗЗС і СИЗЗСН за об'єктивними обставинами, зокрема через побічні явища.

Однак слід зазначити, що власне побічні ефекти цих лікарських засобів зумовлюють обмежене їх призначення більшістю клініцистів. До таких побічних ефектів відносяться, наприклад, рідкісні випадки гепатотоксичного впливу нефазодону, антихолінергічний, кардіальний та седативний ефекти імипраміну, а також ризик гіпертонічного кризу при прийомі фенелзину (за умов недотримання дієти з низьким вмістом тираміну та уникнення прийому інгібіторів моноаміноксидази).

Проте при ретельному моніторингу, у тому числі періодичному проведенні печінкових проб (нефазодон), електрокардіограми (імипрамін), суворої дієти (фенелзин), безпечність застосування цих препаратів суттєво підвищується. За останніми даними, пацієнти надавали перевагу одному із цих препаратів через ефекти посилення сну та зменшення побічних ефектів із боку сексуальної сфери [426].

Згідно з рекомендаціями Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 [427], «...Фармакотерапія не повинна розглядатися як рутинна терапія першого ряду замість психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі. Лікування антидепресантами має розглядатися як терапія ПТСР у дорослих у тому випадку, коли:

- пацієнт не бажає проходити лікування за допомогою психотерапії;
- пацієнт не досить стабільний для залучення до психотерапії (авто-/гетероагресивна поведінка);
- пацієнт не отримав задовільних результатів від лікування психотерапією;
- пацієнт має велику кількість дисоціативних симптомів, які можуть значно посилитися при застосуванні психотерапії.

У випадках, коли фармакологічне втручання розглядається як лікування для дорослих із ПТСР, повинні обиратися СИЗЗС як терапія першої лінії, для яких пароксетин та сертралін мають значну доказову базу, або інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.

Інші антидепресанти нового покоління (зокрема, міртазапін) і трициклічні антидепресанти слід розглядати як препарати другої лінії.

У випадках, коли приймається рішення розпочати фармакотерапію, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини для того, щоб в разі потреби почати допоміжну психотерапію та психокорекцію.

У випадках, коли симптоми не реагують адекватно на фармакотерапію, необхідно розглянути таке:

- збільшити дозування в межах дозволеної норми;
- перейти на альтернативні антидепресанти;
- додати атипові антипсихотики (рисперидон, оланзапін, кветіапін) як додаткові препарати;
- тільки в комбінованій терапії (не в монотерапії) відповідно до цільових симптомів додати протисудомні засоби (топірамат, вальпроєва кислота, ламотриджин, прегабалін), а також буспірон та тразодон, але не бензодіазепіни;
- розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.

Пацієнти з ПТСР із коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями, які потребують застосування високотехнологічних медичних процедур високої складності, мають бути скеровані до закладів охорони здоров'я, що надають третинну медичну допомогу».

Фармакотерапія ПТСР на сьогодні розглядається відповідно до настанов, що вийшли після 2016 року, а саме:

- Клінічних практичних рекомендації VA/DOD щодо лікування посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу (2017).
- Рекомендацій NICE [NG116] Посттравматичний стресовий розлад (2018).
- Австралійських рекомендацій щодо профілактики та лікування гострого стресового розладу (ГСР), посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і комплексного посттравматичного стресового розладу (2020).

Терапією першої лінії є СИЗС — флуоксетин, сертралін та пароксетин.

Флуоксетин. Терапію слід починати з призначення 20 мг/добу *per os* (бажано зранку не натщесерце, тому що вечірній прийом може порушувати сон); хоча, за даними літератури, середня стандартна доза становить 40 мг/добу. У разі відсутності клінічного ефекту протягом чотирьох тижнів дозу слід збільшувати на 20 мг кожні два-чотири тижні. Максимально припустима доза — 80 мг/добу. Терапевтичну дозу

препарату до визначення ефективності терапії можливо утримувати протягом принаймні шести тижнів [21].

Сертралін. Терапію слід починати з призначення 50 мг/добу 1 раз/добу (вранці, якщо можна, або ввечері), незалежно від прийому їжі (у чутливих осіб — 25 мг/добу, через 1 тиждень дозу слід підвищити до 50 мг 1 раз/добу). За відсутності клінічного ефекту збільшення дози кроком 50 мг/добу кожні два-чотири тижні. Максимально припустима доза — 200 мг/добу (Настанова NICE з ПТСР допускає 250 мг/добу). Терапевтичну дозу препарату до визначення ефективності терапії можливо утримувати протягом принаймні 4–6 тижнів.

Пароксетин. Терапію починають із 20 мг/добу *per os*. У разі відсутності клінічного ефекту протягом чотирьох тижнів дозу поступово збільшують на 10 мг/добу кожні два-чотири тижні. Максимально припустима доза — 60 мг/добу. Терапевтичну дозу препарату до визначення ефективності терапії можливо утримувати протягом принаймні шести тижнів [21].

Вже з початку лікування доцільно розглянути можливість поєднання СИЗС із препаратами: кветіапін — якщо в пацієнта є виражене збудження; тразодон 50-100 мг на ніч або міртазапін 15 мг на ніч — якщо в пацієнта безсоння.

За недостатньої ефективності терапії СИЗС рекомендовано замінити на інший СИЗС або на СИЗСН — антидепресант подвійної дії.

Есциталопрам зазвичай може бути препаратом першої лінії для лікування депресивних (ВДР) і тривожних розладів (панічних розладів з/без агорафобії, соціальних тривожних розладів, генералізованих тривожних розладів, obsесивно-компульсивних розладів) завдяки ефективності та сприятливому профілю безпеки, у тому числі порівняно з іншими СИЗС. Терапію починають із 5 мг/добу *per os*, збільшуючи кроком 5 мг на тиждень до 20 мг/добу. Терапевтичну дозу препарату до визначення ефективності терапії можливо утримувати протягом принаймні чотирьох-шести тижнів. Дія есциталопраму може проявлятися в редукції симптомів уникнення, набінгу (психічного заціпеніння), підвищеної збудливості і частково повторного переживання.

Венфлаксин. Пролонгована таблетована форма венфлаксину призначається починаючи з 37,5 мг/добу *per os* (один прийом на день). Збільшення дози повинно ґрунтуватися на індивідуальній переносимості препарату в разі відсутності клінічного ефекту. Збільшення дози проводиться поступово, не більше ніж на 75 мг/добу з інтервалом у чотири або більше днів. Максимально припустима доза — 300 мг/добу [48].

Дулоксетин. Препарат спочатку був схвалений для терапії великого депресивного розладу. Згодом перелік показань було розширено за рахунок генералізованого тривожного розладу, діабетичного периферичного невропатичного болю, фіброміалгії, хронічного м'язово-скелетного болю, а також в Європі — за рахунок стресового нетримання сечі. Крім того, він виявився дієвим щодо індукованих хіміотерапією невропатій і хронічного післяопераційного болю. Титрація від 30 мг/добу до 120 мг/добу кроком 30 мг щотижня/щодвотижні. У терапії ПТСР може використовуватись за наявності в пацієнта вираженого алгічного синдрому насамперед ноципластичного чи нейропатичного генезу.

На третій лінії терапії існує вибір між такими варіантами: якщо СІЗЗС краще переноситься, то використовується комбінована терапія СІЗЗС + кветіапін або празозин; якщо венлафаксин краще переноситься, то використовується комбінована терапія венлафаксин + кветіапін або празозин; якщо венлафаксин та СІЗЗС погано переносяться, то призначається кветіапін у монотерапії.

Празозин. Препарат діє шляхом блокування специфічних рецепторів гладкої мускулатури судин, що приводить до антигіпертензивного ефекту. Вважається, що празозин і його метаболіти можуть зменшити гіперактивацію симпатичного відділу нервової системи при ГСР та ПТСР. Цей препарат можна використовувати з метою усунення порушень сну як монотерапії або комбіновано з психотерапією чи терапією інгібіторами зворотного захоплення серотоніну. Празозин призначають починаючи з 1 мг/добу на ніч *per os* (з моніторингом артеріального тиску до і після прийому препарату). Дозу можна поступово підвищувати до терапевтичної — від 2 до 6 мг/добу на ніч [56].

Побічні ефекти празозину включають у себе ортостатичну гіпотензію, запаморочення, втомлюваність та головний біль. З особливою обережністю цей препарат слід застосовувати при лікуванні пацієнтів із порушенням функції печінки.

Кветіапін призначається в монотерапії зі стартової дози 25 мг/добу на ніч. Через 1 тиждень доза збільшується до 25 мг 2 р/добу; надалі підвищення дози на 50 мг/добу щомісячно до 400 мг/добу на основі клінічної відповіді та переносимості; у разі потреби збільшення дози можливо щотижнево. Для отримання стійкого ефекту без додаткового збільшення дозування доцільно переведення на кветіапін пролонгованої дії, починаючи з 150 мг/добу та збільшуючи до 300 мг/добу.

3.7. Психотерапія посттравматичного стресового розладу

Беручи до уваги сучасні дані провідних науково-дослідних установ, викладені в метааналізах, порівняльні дослідження психотерапевтичних та психофармакологічних втручань при ПТСР [428, 429], як провідний напрямок терапевтичної тактики розглядається **травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія (ТФКПТ)**, яка призводить до значної редукції основних симптомів, але не має побічних ефектів, зазвичай властивих психофармакотерапії. Доказовість більш тривалого періоду збереження ефекту, досягнутого шляхом різних психотерапевтичних інтервенцій, порівняно із застосуванням психофармакотерапії, коливається на високому рівні. Також слід зауважити, що пацієнти при вільному виборі найчастіше віддають перевагу саме психотерапії внаслідок певних упереджень, побічних ефектів психофармакотерапії [417, 419, 428, 429].

Психотерапію слід розрізняти за підходами, формами, методами лікування наслідків травми і травматичного досвіду [430].

Для лікування ПТСР рекомендовані такі види психотерапії, відповідно до черговості застосування (перша та друга лінія вибору відповідно), що сприяють:

- експозиції травми (багаторазова репродукція травматичного досвіду в поєднанні з «експозицією *in vivo*», емоційною обробкою травматичного досвіду) — **когнітивно-реконструктивна пролонгована експозиція**;
- когнітивній реструктуризації травми (сократівський діалог задля усвідомлення та корекції суб'єктивних негативних емоцій, суджень, переконань унаслідок травми, наприклад, таких як автоагресивна поведінка, недовіра тощо) — **когнітивно-поведінкова психотерапія та травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія**;
- когнітивній реструктуризації сенсу й інтеграції травматичного досвіду в минуле з формуванням відчуття контролю над травмою (уявне враження, письмові нарративні процеси, методи релаксації та метафоричного закриття ритуалів) — **коротка еклектична психотерапія** (психодинамічний підхід);
- інтеграції в життя та пошуку сенсу травматичного досвіду (структурований процес усного опису життя, вражень при численних травматичних переживаннях протягом усього життя) — **нарративна експозиційна терапія**.

У зв'язку з відсутністю в більшості шпиталів та лікувальних закладів висококваліфікованих фахівців, які мають підготовку для роботи з травмою й відповідні навички, ВООЗ рекомендує для країн із низьким та середнім рівнем доходу використовувати психологічні інтервенції низької інтенсивності.

З огляду на це при психотерапевтичній допомозі населенню, що постраждало внаслідок бойових дій, перевагу слід віддавати індивідуальному навчанню навичкам психологічного відновлення й груповим програмам соціально-психологічної підтримки адаптації, які базуються на техніках КПТ [431].

Вид психотерапії підбирають індивідуально для кожного пацієнта з урахуванням клініко-психопатологічних, психологічних, зокрема конституційно-типологічних, особливостей особистості, рівня інтелекту, культурально-творчих схильностей тощо, рівнів соціальної адаптації (включно контекстуальні (соціально-дезадаптуючі) чинники), рівня соціальної підтримки тощо.

Етапи травмофокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії:

I етап — адаптаційний:

- а) психоед'юкація з питань наслідків травми, травматичного досвіду;
- б) формування терапевтичного альянсу: використання технік залучення пацієнта в психотерапевтичний процес; допомога в отриманні консультацій з юридичних, соціальних тощо питань; визначення, обговорення, оптимізація очікувань від терапії, а також моделі взаємодії (контрактна, керівництво, партнерство);
- в) психодіагностична / психометрична / емпірична оцінка наслідків травми, травматичного досвіду, зокрема з визначенням потреб, ресурсів, резервів психіки, а також дезактуалізація емоційних реакцій, переживань, які потенційно перешкоджатимуть психотерапії;
- г) підвищення рівня комплаєнсу (комплаєнс-терапія, мотиваційний тренінг);
- д) формування безпечного терапевтичного середовища.

II етап — інтенсивних психотерапевтичних втручань:

- а) безпосередня робота з травмою, травматичним досвідом;
- б) моніторинг динаміки стану пацієнта в процесі психотерапії.

III етап — підтримувальної терапії:

- а) закріплення отриманих навичок під час попередніх етапів;
- б) рефлексія підвищених рівнів психічної, психологічної, соціально-трудової адаптації через навчання й відпрацювання індивідуалізованого для пацієнта комплексу психотерапевтичних прийомів.

IV етап — заключний:

а) спільні з пацієнтом уточнення та аналіз психічних, психологічних, соціальних тощо надбань у процесі психотерапії;

б) об'єктивізація динаміки позитивного впливу психотерапії.

Вибір психотерапії здійснюється на початку взаємодії лікаря з пацієнтом у процесі першого етапу психотерапії.

Мета ТФКПТ — зменшення негативних наслідків травматичної події для повсякденного життя шляхом її усвідомлення й переосмислення. При цьому зменшення уникнення травматичного досвіду має вирішальне значення для вивчення, оцінки та опрацювання метаемоцій, переконань, спричинених травмою.

Цільова група ТФКПТ: пацієнти з афективною, вегетативною симптоматикою переважно тривожного, тривожно-фобічного кола.

Роль терапевта полягає в наданні допомоги пацієнту в пошуку та реалізації ефективних стратегій для вирішення визначених у процесі лікування цілей і зменшення симптомів ПТСР шляхом:

- «орієнтації на проблеми» та «орієнтації на дії», тобто використання психотерапевтичних втручань для вирішення конкретних проблем, пов'язаних із ПТСР;
- використання принципу систематичної десенсибілізації, який постулює, що тривалий фокус на стресовому подразнику з плином часу знижує рівні тривоги та напруження, зменшує болісні думки і почуття — наслідки травматичної події;
- зосередження на позбавленні неконструктивних когнітивних побудов, придбаних поведінкових стереотипів, викликаних стресовим впливом, а також на вдосконаленні емоційної регуляції, розробці стратегій особистого врегулювання;
- зменшення уникнення травматичного досвіду для усунення негативних наслідків травматичної події для повсякденного життя шляхом її зрозуміння та переосмислення, а також вивчення, оцінки й опрацювання метаемоцій, переконань, спричинених травмою.

Важливі пересвідчення, які необхідно формувати в пацієнта в процесі ТФКПТ, через сприяння довгостроковому остаточному ефекту шляхом нагадування або думок про травму в безпечних умовах терапії:

- запам'ятовування травми не є небезпечним;
- запам'ятовування речей про травму не те саме, як її повторне переживання;
- тривога не залишається високою назавжди, але з часом зменшується без пригнічення або уникнення спогадів, думок, почуттів;

- психопатологічні симптоми / психологічні наслідки ППР піддаються власному контролю.

Протокол ТФКПТ включає: психоедукацію; техніки копіngu, стабілізації, емоційної регуляції; повторне пережиття та когнітивне опрацювання; експозицію наживо, зменшення уникнення; роботу з коморбідними розладами й проблемами; повернення до життя, відновлення.

Напрямки психотерапевтичної роботи при ТФКПТ:

- з боку терапевта: пошук достовірної інформації, перевірка гіпотез — поведінкові експерименти; встановлення цілей та плану дій; організація часу, поведінкова активація, планування діяльності; покрокова експозиція щодо ситуацій, що викликають тривогу/страх, задля подолання страху; навчання й тренінг певних навичок; зміна життєвої ситуації — вирішення проблем, вибір оптимальних дій, що ведуть до досягнення бажаних цілей; зміна «стилю» життя, що відповідає новим глибинним переконанням; застосування технік релаксації;
- з боку пацієнта: децентруватися від своїх думок, припущень і переконань, навчитися спостерігати за ними та ідентифікувати їх;
- розуміти свої процеси мислення, фокусування уваги, обробки інформації тощо; ставитися до думок як лише до думок, не обов'язково фактів; перевіряти їх правдивість та корисність, адаптивність (у тому числі експериментально) — і в разі потреби конструювати нові, більш адаптивні думки й переконання; свідомо навігувати процесом мислення, уваги, свідомості — свідомо вибирати, коли думати, коли «просто бути», на чому фокусувати увагу і як фокусувати увагу (майндфулнес-підхід — «третя хвиля»).

Кроки застосування ТФКПТ:

- психоедукація стосовно психічного, когнітивного, емоційного реагування на травматичну подію, зокрема надзвичайну, на тлі формування комплаєнсу, терапевтичного альянсу;
- виявлення очікувань від терапії;
- створення поточної бази (перелік) причин і пережитого впливу травматичної події шляхом отримання письмових пояснень, розповідей про пережиту травму, її сприйняття сьогодні, пред'явлення предметів (фотографії, предмети одягу тощо), які нагадують про травматичну подію чи допомагають пережити її;
- визначення автоматичних думок, а також підвищення обізнаності про взаємозв'язок між думками та почуттями людини;

- техніки копіngu, стабілізації, емоційної регуляції — навчання засобам і способам виявлення неадаптивних вірувань («застряглих моментів»), які перешкождали відновленню після отримання травматичного досвіду, розпізнавання, яким чином травматична подія призвела до зміни переконань і думок, а також їх вплив на поточне соціальне функціонування та якість життя;
- формальна обробка травми (наприклад, звіт про найгірший травматичний досвід із його подальшою вербалізацією) для порушення схем уникнення, проведення емоційної обробки, з'ясування та змінення спотворених когніцій;
- навчання релаксаційним вправам;
- посилення, відпрацювання отриманих навичок задля їх використання в подальшому; визначення, оцінка та зміна переконань стосовно травматичних подій із зосередженням на п'яти концептуальних сферах: безпека, довіра, сила чи контроль, повага та інтимність;
- оцінка ходу лікування, а саме: поліпшення та перешкоди, з якими пацієнт все ще стикається або може зіткнутися;
- розробка плану профілактики рецидивів задля аналізу здобутків упродовж психотерапевтичного лікування, можливостей і способів їх використання в майбутньому.

Ключові характеристики необхідні для ефективності ТФКПТ: наявність моделі й протоколу ПТСР; індивідуальне діагностичне формулювання і терапевтичний план; терапевтичний альянс та активна співпраця; очікування, що пацієнт стане з часом «сам собі терапевт»; використання домашніх завдань; орієнтованість на досягнення цілей і вирішення проблем; часова окресленість; творча імпровізація внаслідок структурованості методу КПТ; робота тут і тепер; принцип керованого відкриття; інтегративний арсенал технік; етичні стандарти.

Кінцевий результат ТФКПТ — визнання пацієнтом факту суттєвого зменшення або дезактуалізації травматичної події, травматичного досвіду, симптомів стрес-асоційованого розладу та їх впливу на якість життя, соціальне функціонування, соціальні взаємодії, а також спроможності до самопрофілактики та самокорекції впливу майбутніх травмуючих подій.

Тривалість психотерапевтичних інтервенцій коливається від 20 до 40 хв на сеанс, періодичність — 2-3 рази на тиждень, загальна кількість сеансів — від 10 до 20.

Базисом для позитивної динаміки лікувального процесу є застосування елементів **пацієнт-центрованої психотерапії (ПСТ)**, у межах пацієнт-центрованого підходу, які використовують для формування відповідних умов актуалізації і подальшої реалізації внутрішнього психічного потенціалу, збережених ресурсів, резервів особистості протягом психотерапії.

Мета ПСТ — формування умов для вивільнення прагнення актуалізації й реалізації внутрішнього потенціалу, ресурсів подолання травми в пацієнта, а також створення внутрішньотерапевтичної системи координат, що стосується спільних мислення, відчуттів, дослідження досвіду.

Цільова група ПСТ: пацієнти з ПТСР.

Тривалість проведення ПСТ: упродовж усього курсу психотерапевтичних інтервенцій.

Психотерапія центрується саме на пацієнті, актуальних проблемах його життя, пов'язаних із впливом стресової ситуації [432], із зануренням у власний внутрішній світ, травматичний досвід, переживання, ситуацію «тут і зараз», а не на самій проблемі.

Поведінка та техніки, які повинен використовувати терапевт:

- вербальна та невербальна конгруентність;
- методика «емпатичного слухання» для створення враження відчуття проблем пацієнта;
- віддзеркалювання стану пацієнта для усвідомлення ним внутрішнього травматичного досвіду й проблем, їх кристалізації;
- прийняття, повага, розуміння, які транслюються за допомогою таких технік:
 1. «Техніка вибору» — нейтральне реагування з переадресацією повноважень обрання напрямку розмови при обговоренні проблем — створення умов для самостійної ініціації або відмови від змін при вирішенні власних проблем.
 2. «Техніка повторів» — повтор, узагальнення й паузи, що спонукають пацієнта до продовження розповіді — створення уявлення про розуміння та уважне слухання.
 3. «Метафора» (як разовий або постійний терапевтичний прийом) для стимулювання процесів абстрагування, спрощення «занурення в символічний шар свідомості», висловлення прихованих або сором'язливих бажань (наприклад, автоагресивних, агресивних) в іншомовній формі.
 4. «Емпатичні відповіді» — вербалізація світо- і самовідчуття (самосприйняття) пацієнта для відчуття в нього розуміння стану та почуттів.

Наступним кроком є застосування **комплексу прищеплення навичок із відновлення психічного здоров'я**, розробленого National Center for PTSD and the National Child Traumatic Stress Network [431, 433]. Дослідження вказують, що підхід до набуття навичок є більш ефективним, ніж допоміжне консультування.

Мета — полегшення відновлення, підтримання соціального функціонування та запобігання поведінці, що ускладнює соціальну адаптацію.

Цільова група: пацієнти з ПТСР, члени їхніх родин (адекватне, гармонічне пристосування до змін особистості пацієнта, опанування методів допомоги, самопомоги) [431].

Провідне завдання полягає в прищепленні навичок стресостійкості (psychological resilience, psychological resistance) — як процесу адаптації до життєвих складнощів, психологічних травм, небезпечних або надзвичайних стресових ситуацій.

Здебільшого застосовується індивідуальна психокорекція, але можливе використання також для групової роботи [431].

Етапи використання:

- формування терапевтичного альянсу;
- збір інформації щодо потреб, ресурсів пацієнта;
- навчання основним навичкам адаптації;
- індивідуалізація отриманих навичок з їх відпрацюванням при вирішенні конкретних проблем і закріпленням;
- стратегічне мотивування (активна участь у повному курсу сесій, використання отриманих навичок упродовж життя).

Провідним завданням психоед'юкаційної роботи є прийняття та засвоєння пацієнтом базових визначень стресостійкості, а саме: бути стресостійким (resilient) — не означає не переживати, не відчувати складнощів, не мати дистресу. Стресостійкість не є рисою особистості, це сукупність поведінкових і когнітивних патернів (думок, переконань), яким треба вчитися та постійно використовувати [431].

Застосування комплексу є поступовим і складається з формування таких навичок:

а) **навичка визначення проблем** полягає у вмінні покроково застосовувати процеси: виділення проблеми, ранжування за суб'єктивною значущістю, проведення «мозкового штурму» зі створенням переліку ймовірних можливостей, виділення оптимальних, найбільш ймовірних шляхів вирішення, їх оцінка та втілення в повсякденну поведінку.

Завдання терапевта — допомога у визначенні пріоритетів, подоланні труднощів у покроковому виконанні навички;

б) *навичка планування позитивних дій* — вміння розглядати варіанти й обирати приємну, позитивну діяльність, хобі, складати список заходів, планомірно брати участь у цій діяльності.

Завдання терапевта — допомога в плануванні та участі в позитивній, приємній, значущій діяльності, а також у створенні умов для поліпшення настрою, відновлення почуття контролю над власним життям.

в) *навичка керування реакціями* — вміння визначати, когнітивно перероблювати дезадаптаційні реакції та їх тригери, вирішувати й справлятися зі стресогенними ситуаціями, зменшувати рівень тривожного, емоційного реагування, створювати план керування стресом.

Завдання терапевта — допомога у виборі стратегії та надбанні навичок упорання зі стресом включно з:

- переформатуванням думок;
- оволодінням дихальними, релаксаційними вправами;
- спроможністю до символізації травматичного досвіду через вербалізацію думок і почуттів для усвідомлення травматичного досвіду;
- взаємодією з оточуючими на тлі оцінки їх експектацій;
- оволодінням навичками роботи з тригерами стресових ситуацій (когнітивна переробка та трансформація ситуацій, реакцій на них і спогадів до, впродовж і після стресогенної події, прогнозування й пошук аналогій різних травмуючих подій).

г) *навичка корисного мислення* — вміння виділяти корисні для адаптації та зайві, дезадаптуючі думки, репетиція й постійна практика корисних когніцій.

Завдання терапевта — допомога у визначенні ключових компонентів внутрішнього діалогу, пов'язаного з травматичним досвідом, стресогенними ситуаціями, формуванні мінімально стресуючих когнітивних утворень, зокрема через аналіз трафіку зміст думки — вид емоційної реакції.

д) *навичка створення здорових соціальних зв'язків* — вміння розробити карту соціальних зв'язків (звичайних, дружніх, бажаних, небажаних, підтримувальних, деструктивних тощо), проаналізувати її (з позицій важливості, продуктивності) та створити план соціальної підтримки і взаємодій.

Завдання терапевта — допомога в підвищенні здатності до адаптуючих, конструктивних взаємодій і відношень.

Додаткові методи психотерапії, що використовуються в структурі комплексу формування психологічної резистентності до стресу:

раціональна психотерапія, сократівський діалог, опосередкована та потенціуюча психотерапія, зокрема за допомогою психофармакотерапії, автогенне тренування тощо.

Альтернативним варіантом є **терапія імунізації проти стресу (SIT)**.

Мета SIT — когнітивна реструктуризація окремих моделей поведінки, які призводять до стресових реакцій у повсякденному житті, шляхом формування здатності пацієнта заздалегідь обрати способи їх успішного подолання [432].

Цільова група SIT: особи, професійна діяльність яких пов'язана з надзвичайними стресовими впливами, а також пацієнти з ПТСР, коморбідним з алкогольними проблемами.

Цей вид психотерапії є концептуально схожим із методами профілактики рецидивів, що застосовуються при терапії залежностей.

SIT здійснюється в три етапи: початкова фаза, другий та третій етапи, котрі відповідають загальній етапності психотерапевтичних втручань, що надана вище для ТФКПТ.

Початкова фаза — концептуалізація — психоед'юкація з питань загального характеру стресу з висвітленням таких важливих понять:

- способи реагування на стрес, когнітивні конструкти, травматичний досвід, які відіграють ключову роль у розвитку та динаміці стресових реакцій і ПТСР;
- надання чіткого уявлення про вид та характер стресових факторів, з якими стикається пацієнт;
- стресові фактори — це творчі можливості та головоломки, які потрібно вирішити, а не просто перешкоди — ключова ідея етапу концептуалізації;
- індивідуальні стресові фактори й пов'язані з ними аспекти стрес-індукованих реакцій, диференційовані на перманентні (незмінні, постійні) та такі, що можна нівелювати;
- виправлення на основі прийняття залежить від ситуацій, які неможливо змінити, тоді як більш активні втручання застосовують для «змінних» стресових факторів.

Другий етап — придбання та репетиція навичок. При відборі навичок проводять їх індивідуальну адаптацію до окремих унікальних потреб пацієнта, сильних сторін і вразливостей його особистості. На цій основі прищеплюють різновиди емоційної регуляції, релаксації, пізнавальної оцінки, вирішення проблем, навички комунікації та соціалізації.

Третій етап — застосування й подальших дій — навчання впоратися з навичками. Пацієнта заохочують використовувати різні методи

моделювання поведінки та допомагають підвищити реалістичність практики вчинків шляхом застосування вправ візуалізації, моделювання, рольової гри в страшних або стресових ситуаціях, а також простої повторюваної поведінкової практики дій при вирішенні ситуацій.

Мета міжособистісної психотерапії (IPT) — вдосконалення міжособистісних і внутрішньоособистісних комунікативних навичок, відносин, а також розробка мережі соціальної підтримки в сукупності з формуванням реалістичних сподівань щодо подолання криз («міжособистісних штормів»).

Цільова група IPT: особи з афективною симптоматикою зі стрижневими депресивними проявами ППР, зокрема в поєднанні з тривогою, емоційною лабільністю, виразністю коливань настрою за добу, нестриманістю.

Терапевтичний альянс є базисом ефективності/результативності застосування IPT. Особлива увага терапевта зосереджується на позитивному контрперенесенні тепла, співпереживання, емоційної асоціації і позитивному ставленні, що є підґрунтям заохочення до позитивних відносин.

Інтервенції з використанням цього виду психотерапії зосереджені на подоланні впливу стресу на міжособистісні відносини пацієнта [434, 435].

Слід підкреслити, що SIT, PCT та IPT — це саме ті види психотерапії, стосовно яких у науковій літературі наведена значна кількість доказів (отриманих під час клінічних досліджень) щодо їх порівняння з травмофокусованою терапією [436, 437]. Ці процедури відрізняються за своїм спрямуванням і методами, однак поєднані відсутністю прямого впливу або когнітивної скерованості на травматичні події.

Стосовно **групової психотерапії (ГПТ)**, ґрунтуючись на даних, наведених у метааналізі 10 досліджень північноамериканських авторів (порівняння ефективності ГПТ з іншими активними психотерапевтичними інтервенціями), а також різноманітних досліджень (порівняльний аналіз різних методів ГПТ, включно травмофокусовану КПТ, КПТ, не орієнтовану на травму, PCT), жодна модель ГПТ не має пріоритету [439]. Крім того, за результатами дослідження ефективності проведення ГПТ при ППР, переважно ПТСР, встановлені лише несуттєві розбіжності в ефективності лікування КПТ та PCT (при прямому зіставленні груп пацієнтів, що лікувалися PCT, та груп, де застосована PCT) [440].

Підсумовуючи опис психотерапевтичних втручань, слід відмітити, що кінцевим результатом використання психотерапевтичних методів є пошук і реалізація ефективних стратегій для вирішення поточних

цілей, визначених у процесі лікування, а також їх доведена здатність до зменшення аж до нівелювання симптомів ПТСР.

На етапі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги слід застосовувати елементи ТФКПТ у сполученні з психотерапією, що не орієнтована на травму (комплекс формування психологічної резистентності до стресу, РСТ, SIT, IPT), здебільшого як індивідуальні інтервенції.

На етапі третинної (спеціалізованої) медичної допомоги використовують розширений арсенал ТФКПТ та інші психотерапевтичні методи: гіпнотерапію, гіпноз-відпочинок, сімейну психотерапію, арт-, бібліо-, гештальт-, тілесно-орієнтовану терапію тощо відповідно до показань та настанов пацієнта у вигляді індивідуальних і групових форм роботи.

Доцільним є поєднання психотерапії з клімато-, фітотерапією, дієтичним харчуванням, різноманітними видами фізичної культури, масажу, голкорексфлексотерапії, і в разі потреби фізіотерапією — гіпербарична оксигенація, повітряно-теплові процедури, дії імпульсним електричним струмом, електросон.

Згідно з рекомендаціями Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес і розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 [427], «...Обов'язковими видами психотерапії є:

1. Психосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції.
2. Травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія (ТФКПТ).
3. Десенсибілізація переробкою рухом очей (EMDR).
4. Встановлення терапевтичного альянсу.

Бажаними видами психотерапії є:

1. Стрес-менеджмент.
2. Сімейна психотерапія.

ТФКПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів із ПТСР — 8-12 сеансів, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена (сесійно по 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, із проблемами соціальної адаптації, залежно від часу початку психотерапії і терапевтичної відповіді.

Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше ніж через два тижні після пережитої травми. Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість

обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції, фармакотерапію.

Групова КПТ (травмофокусована або нетравмофокусована), короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені як додаткові, але не повинні розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії. У випадках, коли проблеми зі сном не можуть бути врегульовані за допомогою запевнення й надання першої психологічної допомоги, для дорослих може бути доцільним додаткове застосування фармакотерапії».

4. РОЗЛАД АДАПТАЦІЇ

Розлад адаптації — це діагностична категорія, що характеризується емоційною та поведінковою реакцією на стресову подію. Це стан суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, який виникає під час адаптації до стресів значних життєвих змін, стресових життєвих подій, серйозного фізичного захворювання або можливості серйозного захворювання. Стрес є всюдисущим, і зазвичай із часом людина вчиться справлятися з ним. Однак, коли механізми подолання не в змозі ефективно зменшити стрес, одним із клінічних варіантів стану дезадаптації може виступити розлад адаптації. Розлад адаптації — це суто психіатричний діагноз, який водночас перебуває на межі між нормальною поведінкою та основною психічною патологією, що породжує таксономічні та діагностичні дилеми [441].

Надсильний і тривалий воєнний стрес під час Другої світової війни та еволюція теорії і практики кризового втручання призвели до активної роботи дослідників над пов'язаними зі стресом станами, включаючи розлад адаптації. У 1952 році в DSM-I цей діагноз описувався як «транзиторний ситуативний розлад особистості» (Transient Situational Personality Disorder), який є проявом вразливості особистості під час стресових ситуацій. Варіантами цього діагнозу були «реакція на грубий стрес», «ситуативна реакція дорослого», «реакція адаптації в ранньому дитинстві», «реакція адаптації в дитинстві», «реакція адаптації в підлітковому віці та реакція адаптації в пізньому віці».

У 1968 році в наступній північноамериканській класифікації DSM-II назва цього розладу була змінена на «Тимчасовий ситуативний розлад» (Transient Situational Disorder), а підтипами були: «Реакція адаптації в ранньому дитинстві», «Реакція адаптації в дитинстві», «Реакція адаптації в підлітковому віці», «Реакція адаптації в пізньому віці» та «Реакція адаптації в дорослому житті».

У DSM-III, яка була оприлюднена в 1980 році, було вперше введено термін «розлад адаптації» (Adjustment disorder), у якому періоди розвитку діагностичної категоризації були усунені, а підтипи базувалися на афективному досвіді. Як варіанти діагнозу виступали: «розлад

адаптації з пригніченим настроєм», «розлад адаптації з тривожним настроєм», «розлад адаптації зі змішаними емоційними особливостями», «розлад адаптації з порушеннями поведінки», «розлад адаптації зі змішаними порушеннями емоцій і поведінки», «розлад адаптації з погіршенням роботи», «розлад адаптації із замкнутістю та атипovими рисами».

Вже через вісім років новий варіант класифікації DSM-III-R (1987) додав додаткову підкатегорію залучення фізичних скарг і зазначив, що симптоми не можуть тривати довше ніж 6 місяців, а в наступній класифікації DSM-IV (1994) вже були виключені підтипи змішаних емоційних особливостей, стримування роботи, замкнутості та фізичних скарг. Вплив стресора, відповідно до нових діагностичних критеріїв, міг тривати протягом невизначеного періоду часу, але був вказаний дескриптор хронічності розладу — більше ніж 6 місяців [442].

Першим діагностичним критерієм розладу адаптації є тимчасове ставлення до стресора, тобто етіологічна концепція діагнозу. Другим критерієм є клінічно значущі симптоми (які «перевищують очікувані», що є досить суперечливим визначенням). І третім критерієм для діагностики розладу адаптації є виключення інших психічних розладів.

У класифікаціях ICD-10 та ICD-11 відсутній критерій «клінічної значущості», хоча і згадується деяка нездатність виконувати розпорядок дня. Тому поріг встановлення діагнозу може значно відрізнятись залежно від уявлень лікаря та медичних традицій країни. Крім того, для діагностики розладу адаптації симптоми повинні виникати протягом 1 місяця після стресу, а деякі життєві події потребують більш тривалого періоду організаційних змін і емоційні реакції під час них можуть бути запізненими. При цьому незрозуміло, який період часу є відповідним і достатнім для встановлення діагнозу.

Через вищезазначені проблеми цей розлад не входить до широко використовуваних психіатричних діагностичних інструментів, таких як Міні-міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю — Neuropsychiatric Interview (MINI) і Композитне міжнародне діагностичне інтерв'ю — Composite International Diagnostic Interview (CIDI). У Розкладі клінічної оцінки для нейропсихіатрії — Schedule for Clinical Assessment for Neuropsychiatry (SCAN) є положення про кодування розладу адаптації, але вказівок щодо його застосування не надано. Обмежені дослідження знайшли відображення у відсутності рекомендацій щодо лікування [443]. Концептуалізація розладу адаптації зараз перебуває в перехідному стані, однак з останніми редакціями двох основних діагностичних посібників,

які використовуються в клінічній і дослідницькій практиці, — DSM-5 та ICD-11, розлад адаптації все частіше визнається важливою мішенню для досліджень.

4.1. Епідеміологія розладів адаптації

Великі популяційні дані про розлади адаптації на сьогодні є досить рідкісними. Проте існують певні зусилля для оцінки поширеності розладу адаптації. Проєкт «Міжнародна мережа результатів депресії» — Outcome of Depression International Network (ODIN) вказує на поширеність розладів адаптації менше ніж в 1% населення [444]. Нещодавнє дослідження в загальній популяції виявило, що поширеність розладу адаптації становить 0,9%, якщо враховувати критерій клінічно значущого розладу [445]. Ще в 1,4% вибірки було діагностовано розлад адаптації без відповідності клінічного критерію розладу.

Розлади адаптації зазвичай діагностуються в закладах первинної медичної допомоги, де поширеність протягом 1 року коливається від 11 до 18% у тих, хто має будь-який клінічний психіатричний діагноз [446, 447]. Перехресне опитування 3815 пацієнтів із 77 центрів первинної медичної допомоги Каталонії (Іспанія) виявило, що поширеність розладів адаптації становить 2,94% [456]. Дослідження пацієнтів, які були госпіталізовані через невідкладну психіатричну допомогу в Нью Джерсі (США), показало, що 7,1% дорослих і 34,4% підлітків мали розлади адаптації під час госпіталізації, хоча діагноз у деяких пацієнтів був змінений під час повторної госпіталізації [457]. Дослідження в Бельгії Bruffaerts та співавт. [458] виявили розлад адаптації в 17,1% пацієнтів, які звернулися по невідкладну психіатричну допомогу. Серед пацієнтів, госпіталізованих до психіатричного стаціонару державного сектора США протягом 6 місяців, розлад адаптації було діагностовано в 9% пацієнтів (третій за поширеністю діагноз після психотичних захворювань — 62% та розладів настрою — 24%) [457].

Розлади адаптації також широко вивчалися в практиці консультативної медицини. Багатопрофільне дослідження в консультативних психіатричних службах семи університетських лікарень у Сполучених Штатах, Канаді та Австралії [450] вивчило 1039 епізодів, при цьому діагноз розладу адаптації було встановлено у 12,0% випадків психіатричних консультацій, у 7,8% випадків він був єдиним діагнозом та 4,2% — супутнім діагнозом з іншими психіатричними діагнозами. Серед підтипів найбільш поширеним був розлад адаптації з депресивним настроєм. Окрім того, були отримані дані, що розлад адаптації діагностовано

в 15% осіб із коморбідним розладом особистості, 7% — з органічним психічним розладом і 7% осіб із розладами, пов'язаними із зловживанням психоактивними речовинами.

Два дослідження лікарень загального профілю виявили, що рівень поширеності розладу адаптації з депресивним настроєм становив 13,77% серед пацієнтів соматичних стаціонарів і 11,5% пацієнтів відділень психіатричного профілю [451, 458]. Розлад адаптації був найпоширенішим діагнозом (7,1%) серед 127 післяопераційних пацієнтів із раком молочної залози в Німеччині [452], а інше дослідження, проведене в Японії, показує, що поширеність розладу адаптації становить 35% у випадку рецидиву раку молочної залози [453]. У стаціонарі для гострих хворих у клініці Університету Альберти (Канада) було виявлено, що розлад адаптації, відповідно до діагностичних критеріїв DSM-IV, є найпоширенішим психічним розладом (13,7%), за яким йдуть тривожний розлад (5,8%), зловживання алкоголем (5,4%) і великий депресивний розлад (5,1%) [454]. Нещодавній великий метааналіз показує, що поширеність розладу адаптації становить 15,4% серед дорослих, хворих на рак, в онкологічних, гематологічних і паліативних установах [455].

4.2. Концептуальні проблеми діагнозу «розлад адаптації»

Теоретична основа діагнозу «розлад адаптації» на сьогодні є досить суперечливою. У психіатрії розлад адаптації часто розглядається як перехідний, межовий стан між «нормою» та «патологією». Існує думка, що корисність цього діагнозу для практичної медицини полягає саме в такому межовому положенні, оскільки розлади адаптації можна розглядати як «субклінічну», «підпорогову» діагностику [459], а профіль симптомів розладів адаптації, згідно з DSM, дозволяє розпізнавати ранні або тимчасові психічні стани, які не досягли всіх діагностичних критеріїв інших, більш серйозних психічних розладів [460, 461].

Перша справжня теоретична концептуалізація діагнозу «розлад адаптації», у якій цей стан розглядається, концептуалізувала його як синдром реакції на стрес, до якого, відповідно, слід застосовувати психологічні теорії стресу, і була сформульована досить недавно Maercker та співавт. [461].

Основна концептуальна відмінність між розладом адаптації й ПТСР полягає в інтенсивності стресової події, яка може призвести до якісно різних стресових реакцій. Стресори, пов'язані з розладом адаптації, як правило, не становлять раптової і несподіваної загрози для життя людини та не такі інтенсивні, як травматичні події у випадку ПТСР [461, 462].

Окрім того, застосування психологічних теорій ПТСР бачиться досить обмеженим для концептуалізації симптомів розладів адаптації, тому що ПТСР і розлад адаптації відрізняються як за характером стресора, так і за симптомами. Водночас використання теорій посттравматичного стресового розладу може бути виправдано тим фактом, що розлад адаптації поміщено в розділи, пов'язані зі стресом, як у DSM-5, так і в ICD-11. Крім того, не слід забувати про справжню роль психологічних теорій стресу, які дійсно сприяли розробці ефективного лікування ПТСР, заснованого на доказах, як-то когнітивно-поведінкової терапії, орієнтованої на травму, тощо. Так чи інакше, психологічні теорії розладу адаптації можуть скерувати сучасні дослідження та сприяти розробці нових психосоціальних методів лікування цього розладу психіки.

4.3. Основні клінічні прояви й діагностика розладу адаптації

Діагноз «розлади адаптації» включений як до обох останніх переглядів Міжнародної класифікації хвороб — ICD-10 і ICD-11 [463], так і до класифікації хвороб Сполучених Штатів — DSM-5 [464]. У DSM-5 розлад адаптації було перекласифіковано, щоб розташувати його поруч із посттравматичним стресовим розладом у розділі «Розлади, пов'язані з травмою та стресом». Незважаючи на це, діагностичні критерії залишилися фактично незмінними порівняно з DSM-IV, оскільки автори вирішили, що будь-які запропоновані зміни будуть нетеоретичними з огляду на відсутність досліджень, які були проведені щодо розладу [464, 469]. У центрі уваги підходу DSM-5 до розладу адаптації залишається дистрес або порушення, пов'язані зі стресором, який вважається надмірним. З іншого боку, в ICD-11 були внесені зміни, які ознаменували значну зміну парадигми: на відміну від DSM-5, в ICD-11 розлад адаптації концептуалізований як розлад, який проявляється в неспроможності адаптуватися до стресора, що підтверджується заклопотаністю стресором та його наслідками.

DSM-5

У північноамериканській класифікації хвороб DSM-5 діагностична категорія «Розлади адаптації» (Adjustment Disorders) включена до розділу «Розлади, пов'язані з травмою та стресорами», що містить, окрім цього, Реактивний розлад прихильності, Розгальмований розлад соціальної активності, Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), Гострий стресовий розлад. Розташування цієї глави DSM відображає тісний зв'язок між цими діагнозами й розладами в інших розділах,

присвячених тривожним розладам, obsесивно-компульсивним і спорідненим розладам, а також дисоціативним розладам. Психологічний стрес після травматичної або стресової події при цьому може бути досить різноманітним.

У деяких випадках симптоми можна добре зрозуміти в контексті тривоги чи страху, однак очевидно, що багато людей, які зазнали травматичної чи стресової події, демонструють замість симптомів тривоги чи страху ангедонічні та дисфоричні симптоми, що виражають гнів й агресивність або дисоціативні симптоми. Через ці різноманітні прояви клінічного дистресу після впливу катастрофічних або негативних подій вищезгадані розлади були згруповані в цю окрему категорію DSM. Подібна неоднорідна картина, безперечно, визнається також і при розладах адаптації.

Розлади адаптації (309)

Діагностичні критерії

А. Розвиток емоційних або поведінкових симптомів у відповідь на ідентифікований стресор(-и) протягом 3 місяців після початку дії стресора(-ів).

Б. Ці симптоми або поведінка є клінічно значущими, про що свідчить одна або обидві з наведених нижче ознак:

1. Виражений дистрес, який є непропорційним тяжкості чи інтенсивності стресора, беручи до уваги зовнішній контекст і культурні чинники, які можуть вплинути на тяжкість симптомів і їх прояви.

2. Значні порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах діяльності.

С. Розлад, пов'язаний зі стресом, не відповідає критеріям іншого психічного розладу і не є просто загостренням попереднього психічного розладу.

D. Симптоми не вказують на звичайну втрату.

E. Після припинення дії стресора або його наслідків симптоми не зберігаються більше ніж 6 місяців.

Специфічні варіанти діагнозу «розлад адаптації»:

309.0. Розлад адаптації з депресивним настроєм: у пацієнта переважає знижений настрій, плаксивість або почуття безнадії.

309.24. Розлад адаптації з тривогою: у пацієнта переважає нервозність, занепокоєння або тривога розлуки.

309.28. Розлад адаптації зі змішаною тривогою та депресивним настроєм: у пацієнта переважає поєднання депресії та тривоги.

309.3. Розлад адаптації з порушенням поведінки: у пацієнта переважає порушення поведінки.

309.4. Розлад адаптації зі змішаним порушенням емоцій і поведінки: переважають як емоційні симптоми (наприклад, депресія, тривога), так і порушення поведінки.

309.9. Розлад адаптації неуточнений: діагноз використовується для дезадаптивних реакцій, які неможливо класифікувати як один із специфічних підтипів розладу адаптації.

Наявність емоційних або поведінкових симптомів у відповідь на ідентифікований стресор є основною ознакою розладів адаптації (критерій А). Стресором може бути одна подія (наприклад, припинення стосунків з інтимним партнером) або може бути декілька стресорів (наприклад, помітні ділові труднощі та проблеми в шлюбі). Стресори можуть бути рецидивуючими (наприклад, пов'язаними із сезонними бізнес-кризами, незадовільними сексуальними стосунками) або безперервними (наприклад, постійна хвороба з наростаючою інвалідністю, проживання в охопленому злочинністю районі).

Стресори можуть вплинути на одну людину, цілу родину або більшу групу чи спільноту (наприклад, стихійне лихо, війна). Деякі стресори можуть супроводжувати певні події розвитку (наприклад, відвідування школи, відхід від батьківського дому, повернення до батьківського дому, одруження, отримання батьківства, недосягнення професійних цілей, вихід на пенсію). Розлади адаптації можуть виникнути після смерті близької людини, коли інтенсивність, якість або стійкість реакцій горя перевищує те, що зазвичай можна очікувати (беручи до уваги культурні, релігійні або вікові норми). Розлади адаптації можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком спроб самогубства.

Більш специфічний набір симптомів, пов'язаних із тяжкою втратою, слід класифікувати як «стійкий комплексний розлад тяжкої втрати» (Persistent complex bereavement disorder), який відповідає діагнозу більш ранніх версій DSM — «складний розлад горя» (Complicated grief disorder) чи діагнозу ICD-11 — «тривалий розлад горя» (Prolonged grief disorder).

За визначенням, розлади адаптації починаються протягом 3 місяців після впливу стресового фактора і тривають не більше ніж 6 місяців після того, як стресор або його наслідки припиняються. Якщо стресор є гострою подією (наприклад, звільнення з роботи), початок порушення зазвичай є негайним (тобто протягом кількох днів) і триває відносно коротко (не більше кількох місяців). Якщо стресовий фактор або його наслідки зберігаються, розлад адаптації також може бути тривалим.

Суб'єктивний дистрес або порушення функціонування, пов'язані з розладами адаптації, часто проявляються у вигляді зниження продуктивності на роботі чи в школі та тимчасових змін у соціальних стосунках. Розлад адаптації може ускладнити перебіг хвороби в осіб із загальним захворюванням (наприклад, зниження дотримання рекомендованого режиму лікування; збільшення тривалості перебування в лікарні).

Слід пам'ятати, що існує велика кількість психологічних факторів, які можуть спровокувати чи загострити захворювання, погіршити наявний стан. На відміну від них розлад адаптації є реакцією на стресор (наприклад, захворювання). Коли в житті трапляються погані речі, більшість людей засмучуються, але це не є розладом адаптації. Діагноз слід встановлювати лише тоді, коли величина дистресу (наприклад, зміни настрою, тривоги чи поведінки) перевищує очікувану (яка може відрізнятися в різних культурах) або коли несприятлива подія спричиняє функціональні порушення.

Диференційну діагностику розладу адаптації необхідно насамперед проводити з великим депресивним розладом, посттравматичним стресовим розладом, гострим стресовим розладом та розладами особистості.

Якщо в пацієнта є симптоми, які відповідають критеріям великого депресивного розладу у відповідь на стресор, діагноз розладу адаптації не слід застосовувати. Профіль симптомів великого депресивного розладу дає можливість відрізнити його від розладів адаптації.

Диференційна діагностика розладів адаптації, посттравматичного стресового розладу і гострого стресового розладу базується на тому, що при розладах адаптації стресор може бути будь-якої тяжкості, а не такої загрозливої тяжкості та типу, які вимагаються Критерієм А для гострого стресового розладу й ПТСР. Розрізняючи розлади адаптації від цих двох посттравматичних діагнозів, необхідно враховувати як час, так і профіль симптомів. Розлади адаптації можуть виникати негайно та зберігаються до 6 місяців після впливу травматичної події, тоді як гострий стресовий розлад може виникнути лише в проміжок часу від 3 днів до 1 місяця після впливу стресора, а посттравматичний стресовий розлад не можна діагностувати, поки не мине принаймні 1 місяць із моменту виникнення травматичного стресора.

Необхідний набір симптомів ПТСР і гострого стресового розладу також відрізняє їх від розладів адаптації. Що стосується симптомів, розлад адаптації може бути діагностований після травматичної події,

коли в людини виявляються симптоми або гострого стресового розладу, або посттравматичного стресового розладу, які не відповідають або перевищують діагностичний поріг для будь-якого розладу. Розлад адаптації також слід діагностувати для осіб, які не зазнали травматичної події, але в інших випадках демонструють повний набір симптомів або гострого стресового розладу, або посттравматичного стресового розладу.

Що стосується розладів особистості, то деякі риси особистості можуть бути пов'язані з вразливістю до ситуаційного дистресу, який може нагадувати розлад адаптації. Особистий анамнез (анамнез функціонування особистості) допоможе інтерпретувати дистресову поведінку та допомогти відрізнити тривалий розлад особистості від розладу адаптації. На додаток, стресори також можуть посилювати симптоми розладу особистості.

ICD-11

У Міжнародній класифікації хвороб ICD-11 діагноз «розлад адаптації» (Adjustment disorder) включено до складової частини «Розлади, пов'язані зі стресом» (6B4), яка входить до розділу «Розлади психіки, поведінки або нервової системи», що, незважаючи на поширене в науковій літературі ставлення до розладу адаптації як до «межового», «субклінічного» стану, підкреслює суто патологічний статус діагнозу. Згідно з визначенням частини «Розлади, пов'язані зі стресом», до неї входять розлади, конкретно пов'язані зі стресом, безпосередньо пов'язані зі стресовою чи травматичною подією або серією таких подій чи несприятливого досвіду. Для кожного з розладів у цій групі визначений стресор є необхідним, хоча й недостатнім причинним фактором. Хоча не всі особи, які зазнали впливу певного стресора, розвинуть розлад, розлади в цій групі не виникли б без досвіду стресора. Стресові події для деяких розладів у цій групі перебувають у межах нормального життєвого досвіду (наприклад, розлучення, соціально-економічні проблеми, втрата близької людини). Інші розлади вимагають переживання стресора надзвичайно загрозливого або жахливого характеру (тобто потенційно травматичні події). Для всіх розладів у цій групі розлади відрізняються за характером, видом і тривалістю симптомів, які виникають у відповідь на стресові події разом із пов'язаними функціональними порушеннями.

Розлад адаптації (6B43)

Розлад адаптації — це дезадаптивна реакція на ідентифікований психосоціальний стресор або численні стресори (наприклад, розлучення, хвороба чи інвалідність, соціально-економічні проблеми, конфлікти вдома чи на роботі), яка зазвичай виникає протягом місяця після стресора. Розлад характеризується заклопотаністю стресором або його наслідками, включаючи надмірне занепокоєння, повторювані й тривожні думки про стресор або постійні роздуми про його наслідки, а також нездатність адаптуватися до стресора, що спричиняє значні порушення в особистісних та сімейних відносинах, соціальній, освітній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

Симптоми не можна краще пояснити іншим психічним розладом (наприклад, розладом настрою, іншим розладом, конкретно пов'язаним зі стресом), і зазвичай вони зникають протягом 6 місяців, якщо фактор стресу не зберігається довше.

Включено:

- Дитячий тривожний розлад розлуки (6B05)
- Рекурентний депресивний розлад (6A71)
- Перший епізод депресивного розладу (6A70)
- Тривалий розлад горя (6B42)
- Неускладнена втрата (QE62)
- Вигоряння (QD85)
- Гостра реакція на стрес (QE84)

Діагностичні рекомендації

Основні (обов'язкові) діагностичні вимоги:

- Дезадаптивна реакція на ідентифікований психосоціальний стресор або кілька стресорів (наприклад, окрема стресова подія, тривалі психосоціальні труднощі або комбінація стресових життєвих ситуацій), яка зазвичай виникає протягом місяця після стресора. Приклади включають розлучення або втрату стосунків, втрату роботи, діагностовану хворобу, нещодавню появу інвалідності та конфлікти вдома чи на роботі.
- Реакція на стресор характеризується заклопотаністю стресором або його наслідками, включаючи надмірне занепокоєння, періодичні й тривожні думки про стресор або постійні роздуми про його наслідки.
 - Симптоми не можна краще пояснити іншим психічним розладом (наприклад, розладом настрою, іншим розладом, конкретно пов'язаним зі стресом).

- Після усунення стресового фактора та його наслідків симптоми зникають протягом 6 місяців.
 - Нездатність адаптуватися до стресора призводить до значних порушень в особистому, сімейному, соціальному, освітньому, професійному та інших важливих сферах функціонування. Якщо функціонування підтримується, то лише завдяки значним додатковим зусиллям.

Додаткові клінічні характеристики:

- Симптоми занепокоєності можуть посилюватися при нагадуванні про стресор(-и), що призводить до уникнення подразників, думок, почуттів або обговорень, пов'язаних із стресором(-ами), щоб запобігти заклопотаності чи дистресу.
- Додаткові психологічні симптоми розладу адаптації можуть включати симптоми депресії або тривоги, а також імпульсивні «зовнішні» симптоми, зокрема посилене вживання тютюну, алкоголю чи інших речовин.
- Симптоми розладів адаптації зазвичай слабшають, коли стресор усувається, коли надається достатня підтримка або коли постраждала особа розвиває додаткові механізми чи стратегію подолання.

Розмежування з нормою (поріг):

- Розлад адаптації являє собою дезадаптивну реакцію й неспроможність адаптуватися до стресора, що пов'язано зі значною заклопотаністю та призводить до значного порушення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах функціонування. Емоційні реакції на негативні життєві події, які не відповідають цим вимогам, не повинні діагностуватися як розлад адаптації.
- Симптоми, які виникають як тимчасові реакції та зникають протягом кількох днів, як правило, не є підставою для діагностики розладу адаптації.
 - У випадках, коли реакції на травматичні події вважаються нормальними з огляду на тяжкість стресора, може бути розглянуто діагноз «гостра реакція на стрес».

Особливості виникнення та розвитку:

- Початок розладу адаптації зазвичай виникає протягом місяця після стресової життєвої події (наприклад, хвороби, сімейного стресу). Однак розлад може виникнути з більшою затримкою (наприклад, через 3 місяці після впливу).

- Гострі та інтенсивні стресові життєві події (наприклад, раптова втрата роботи) зазвичай призводять до відповідного стрімкого виникнення симптомів, які, як правило, мають коротшу тривалість, тоді як більш стійкі стресові життєві події (наприклад, тривалий сімейний дистрес) зазвичай призводять до відстроченої появи симптомів і більш тривалого перебігу розладу.
- Інтенсивність і тривалість розладу адаптації дуже різна.

Вікові особливості:

- У дітей характерні симптоми заклопотаності стресором або його наслідками чи постійні роздуми про стресор часто не виражаються прямо, а швидше проявляються в соматичних симптомах (наприклад, болі в животі або головні болі), руйнівній або опозиційній поведінці, гіперактивності, істериках, проблемі з концентрацією уваги, дратівливістю і підвищеною чіпкістю. Інші реакції на стресори, включаючи регресію, нічне нетримання сечі та порушення сну, можуть бути проявом розладу адаптації, якщо вони постійні (наприклад, наявні протягом приблизно 1 місяця).
- У підлітків поведінкові прояви розладу адаптації можуть включати вживання психоактивних речовин і різні форми поведінки, пов'язаної з ризиком.
- Оскільки діти та підлітки можуть нечітко висловити зв'язок між стресовими подіями та їхніми власними симптомами і поведінкою, при встановленні діагнозу важливо враховувати часовий зв'язок між стресором і появою симптомів, а також ступінь змін порівняно з попереднім функціонуванням.
- Серед літніх людей стурбованість соматичними скаргами є загальною ознакою стану дистресу, пов'язаного з різними стресовими факторами. Люди похилого віку, які страждають на розлади адаптації, як правило, виражають більше занепокоєння щодо свого здоров'я, повідомляють про значну деморалізацію та часто демонструють постійну соматизацію психологічних симптомів.

Функції, пов'язані з культурою:

- Розлад адаптації може посилюватися в контексті обмеженої підтримки сім'ї чи громади, особливо в колективістських або соціоцентричних культурах. У цих суспільствах фокус занепокоєння може поширюватися на стресори, що впливають на близьких родичів або друзів.
- На симптоми розладу адаптації можуть впливати місцеві ідіоми (наприклад, *susto* [ісп. втрата душі] або *espanto* [ісп. жах] у

Центральній Америці), які асоціюються зі страхом або подальшою заклопотаністю стресором із сильними культурними конотаціями (наприклад, відчуття сильного страху під час перетину безлюдної території на самоті вночі).

Диференційна діагностика:

- *Диференційна діагностика із посттравматичним стресовим розладом:* при розладі адаптації стресор може бути будь-якої тяжкості чи типу, і не обов'язково надзвичайно загрозливого чи жахливого характеру. Реакцію на менш серйозну подію чи ситуацію, яка в іншому випадку відповідає вимогам посттравматичного стресового розладу, слід діагностувати як розлад адаптації. Крім того, у багатьох людей, які пережили надзвичайно загрозливу або жахливу подію, після цього розвивається розлад адаптації, а не посттравматичний стресовий розлад. Розрізнення слід проводити на основі того, чи повністю виконуються діагностичні вимоги для конкретного розладу, а не виключно на основі типу стресора.
- *Диференційна діагностика з іншими психічними розладами:* зазвичай психічні розлади викликаються або загострюються стресовими переживаннями. Крім того, багато психічних розладів можуть включати такі симптоми, як дезадаптивні реакції на стресори, заклопотаність стресорами та надмірне занепокоєння чи роздумування, а також неспроможність адаптуватися. За наявності іншого психічного розладу, який може пояснити ці симптоми (наприклад, первинний психотичний розлад, розлад настрою, інший розлад, конкретно пов'язаний зі стресом, розлад особистості, obsесивно-компульсивний або споріднений розлад, генералізований тривожний розлад, розлад, пов'язаний із розлукою, розлад спектра аутизму), як правило, не слід призначати окремий діагноз розладу адаптації, навіть якщо стресові життєві події або зміни обставин призвели до загострення симптомів. Однак діагноз «розлад адаптації» може бути встановлений за наявності інших психічних розладів із симптоматикою, яка значною мірою не перекриває його (наприклад, специфічна фобія, панічний розлад, тілесний дистрес-розлад) і не повністю пояснює наявний стан, за умови, що перебіг двох розладів можна розрізнити і повні діагностичні вимоги виконуються для кожного. Якщо симптоми зберігаються довше 6 місяців після припинення дії стресового фактора, зазвичай доцільно змінити діагноз на інший відповідний психічний розлад.

ICD-10

Беручи до уваги те, що на сьогодні в Україні офіційною класифікацією, яка використовується клініцистами, є Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду — ICD-10, ми вважаємо за потрібне подати і ті діагностичні критерії розладу адаптації, які наведені в неї. На нашу думку, це дасть можливість читачеві порівняти теперішні діагностичні вимоги до діагнозу з тими, які після введення в дію на території нашої країни ICD-11 будуть використовуватись незабаром, а також із діагностичними критеріями DSM-5, що вже багато років використовуються вітчизняними науковцями.

В ICD-10 діагноз «розлади адаптації» (Adjustment disorders) включено до складової частини «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» (F40-48), яка входить до розділу «Розлади психіки та поведінки» (V).

Розлади адаптації (F42.2)

Стани суб'єктивного дистресу та емоційних порушень, які зазвичай перешкоджають соціальному функціонуванню й продуктивності, виникають у період адаптації до значних життєвих змін або стресової життєвої події. Стресор міг вплинути на цілісність соціальної мережі особи (втрата, переживання розлуки) або ширшу систему соціальної підтримки та цінностей (міграція, статус біженця) чи являти собою значний перехід у розвитку або життєву кризу (відвідування школи, встановлення батьківства, недосягнення заповітної особистої мети, вихід на пенсію). Індивідуальна схильність або вразливість відіграє важливу роль у ризику виникнення та формуванні проявів розладів адаптації, проте передбачається, що стан не виник би без стресора. Прояви варіюють і включають депресивний настрій, тривогу або занепокоєння (чи їх поєднання), відчуття нездатності, неможливості планувати наперед або продовжувати роботу в поточній ситуації, а також певний ступінь нездатності виконувати щоденну рутину. Розлади поведінки можуть бути супутньою ознакою, особливо в підлітків. Переважаючою ознакою може бути короткочасна або тривала депресивна реакція чи порушення інших емоцій і поведінки.

Автори вважають за потрібне звернути увагу читача на те, що друковані видання громадськими організаціями та спілками російськомовних перекладів розділу «Розлади психіки та поведінки», які були досить популярними серед вітчизняних клініцистів (і дотепер наявні на столі майже кожного лікаря-психіатра), як правило, містили додаткові

варіанти розладів адаптації, такі як «Короткотривала депресивна реакція» (F43.20), «Пролонгована депресивна реакція» (F43.21) тощо, яких насправді в офіційних виданнях ICD-10 ніколи не було. Справа в тому, що ці додаткові діагнози та їх кодування були наявними тільки в класифікації хвороб ICD-10-СМ, яка була розроблена ВООЗ спеціально для використання на території США з єдиною метою — узагальнення даних про захворюваність у Сполучених Штатах, у яких використовувалась (і використовується) своя класифікація — DSM. Саме для надання можливості перекодування діагнозів DSM у діагнози ICD у варіанті ICD-10-СМ існували додаткові коди, наближені до DSM.

На сьогодні, як видно з діагностичних критеріїв, наведених вище, у своїх поточних ітераціях діагнози розладу адаптації в DSM-5 і ICD-11 вже мають багато спільного. Відповідно до обох наборів критеріїв, розлад має виникнути внаслідок життєвого стресу, який можна ідентифікувати, і може бути діагностований лише за відсутності іншого клінічного діагнозу. Обидві системи визнають розлад адаптації тимчасовим станом, при цьому DSM-5 стверджує, що симптоми не повинні зберігатися довше шести місяців після усунення стресора (та його наслідків), а ICD-11 визнає, що симптоми, як правило, зникають протягом шести місяців. Обидві класифікації додатково підкреслюють, що емоційний стрес і функціональні порушення є ключовими компонентами розладу.

Водночас, як і раніше, існують і розбіжності в діагностичних критеріях розладів адаптації. Так, визначення розладу адаптації в ICD-11 потребує наявності значних порушень особистого, професійного та/або соціального функціонування. Навпаки, DSM-5 не вимагає спеціального функціонального порушення — достатньо мати або порушення функціонування, або дистрес, непропорційний тяжкості стресора.

ICD-11 також передбачає, що симптоми повинні з'явитися протягом одного місяця після стресового фактора, тоді як DSM-5 допускає більш вільне вікно початку — три місяці. Крім того, DSM-5 уточнює, що симптоми не повинні відповідати нормальній, культурально прийнятній реакції втрати, тоді як в ICD-11 ця діагностична вимога взагалі не згадується. Однак найбільш суттєвою відмінністю між діагностичними визначеннями є те, що ICD-11 вимагає наявності симптомів занепокоєння стресором та його наслідків у формі роздумів, надмірного занепокоєння та/або періодичних тривожних думок. DSM-5 не дає вказівок щодо того, які симптоми можуть становити дистрес.

Численні дослідження, що вивчають діагностичну архітектуру розладу, виявили пункти, пов'язані зі стресовими факторами

та неспроможністю пацієнта адаптуватися [466-468], які тісно пов'язані з концепцією основного розладу адаптації. Одне лонгітудинальне дослідження, що тривало протягом дванадцяти місяців, показало, що нав'язливі спогади були одним із симптомів, які передбачають розлад адаптації [469], підтверджуючи ідею ICD-11 про те, що розлад адаптації характеризується симптомами вторгнення і заклопотаністю стресором.

Вважається, що «нездатність адаптуватися» є реакцією на стрес (наприклад, порушення сну або проблеми з концентрацією), що призводить до значного порушення соціальної, міжособистісної, професійної, освітньої чи інших сфер функціонування [467]. Результати конфірматорного факторного аналізу, проведеного Zelviene P. і співавт. [468], показали, що два основні симптоми розладу адаптації за ICD-11 (тобто порушення адаптації та занепокоєння) містять точну модель архітектури симптомів розладу адаптації з високим рівнем відповідності моделі. Також було виявлено чотири додаткові симптоми (уникнення, депресія, імпульсивність і тривога) на додаток до основних симптомів [466, 468]. Це свідчить про те, що, крім двох основних симптомів ICD-11, додаткові симптоми також можуть стати причиною розгляду діагностичних критеріїв.

Інша ключова відмінність між цими двома системами полягає в тому, що ICD-11 видалила будь-які посилання на підтипи розладу адаптації, віддавши перевагу одногранній концепції розладу адаптації. Навпаки, DSM-5 поділяє розлад на серію із шести підтипів, кожен з яких означає наявність певних симптомів. DSM-5 розрізняє розлад адаптації з депресивним настроєм, тривогою, змішаною тривогою та депресивним настроєм, порушенням поведінки, змішаним порушенням емоцій і поведінки та неуточнений розлад адаптації. Проте з моменту публікації DSM-5 із точки зору доказової медицини було недостатньо даних на підтримку ідеї про окремі підтипи розладу адаптації [469]. У шести-факторній моделі розладу адаптації Glaesmer та ін. [466], яка включає фактори, пов'язані із заклопотаністю, невдачею адаптації, уникненням, депресією, тривогою та імпульсивністю, взаємкореляції між кожним із факторів були надзвичайно високими, що свідчить про те, що вони недостатньо відрізнялися один від одного. З огляду на те, що багато із цих факторів безпосередньо відображаються на підтипах, перелічених у DSM-5 (де підтип «порушення поведінки» відображається факторами «уникнення» та «імпульсивність»), висновок, що вони настільки сильно «взаємкорелюють» між собою, підриває правдоподібність наявності різних підтипів розладу адаптації. Цей висновок був віддзеркалений і в інших дослідженнях, у яких використовувався як підтверджувальний

факторний аналіз, так і біфакторне моделювання, які виявили, що групові фактори, що відображаються в підтипах розладу пристосування DSM-5, занадто сильно взаємокорельовані [468, 470, 471].

Ці висновки в сукупності свідчать про те, що наразі недостатньо доказів для підтвердження існування підтипів розладу адаптації, натомість підтверджують одновимірну концепцію розладу адаптації, викладену в ICD-11.

Як зазначалося вище, розробці адекватних інструментів діагностики розладів адаптації історично заважав той факт, що діагностичні критерії розладу не були чітко визначені. Однак навіть зараз, коли введення ICD-11 дещо усунуло цей недолік, існує явний брак заходів для оцінки та діагностики цього розладу. Більшість загальних структурованих клінічних інтерв'ю не забезпечують жодного рівня оцінки розладу адаптації та не мають окремого діагностичного модуля. Такого модуля немає ані у «Списку клінічного інтерв'ю» — Clinical Interview Schedule (CIS) [472], ані у «Композитному міжнародному діагностичному інтерв'ю» — Composite International Diagnostic Interview (CIDI) [473]. Одиначні стандартизовані діагностичні шкали, які захоплюють діагностику цього розладу, наприклад «Плановане клінічне інтерв'ю для DSM-5» — Scheduled Clinical Interview for DSM-5 (SCID) [474] і «Міні-міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю» — Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) [475], включають у себе лише кілька пунктів, що стосуються розладу адаптації, і то лише як додаток для станів, які не відповідають діагностичним критеріям будь-яких інших розладів. Зрозуміло, що це відповідає підходам ICD-11 і DSM-5, які описують розлад адаптації як «підпороговий», однак ці модулі стандартизованих шкал, як правило, надто поверхневі, щоб забезпечити методологічно адекватну діагностику розладу адаптації [476, 477].

Водночас останнім часом почали з'являтися специфічні шкали діагностики розладу адаптації. Одним із таких варіантів є «Діагностичне інтерв'ю для розладу адаптації» — Diagnostic Interview for Adjustment Disorder (DIAD) [478], яке є структурованим клінічним інтерв'ю діагностики розладу адаптації, побудованим на основі критеріїв DSM-5. DIAD включає 29 пунктів, спрямованих на виявлення симптомів, пов'язаних із стресором, оцінку рівнів дистресу та функціональних порушень, пов'язаних із цими симптомами. Попередніми авторами спроби валідазації шкали призвели до висновку, що основні психометричні характеристики перебувають у межах оцінки «від помірної до хорошої» [478]. Однак поки що немає зовнішніх спроб інших авторів

підтвердити ефективність DIAD у будь-яких клінічних випробуваннях чи дослідженнях, тому незрозуміло, якою мірою цей показник насправді забезпечує дійсну діагностичну результативність шкали в клінічному контексті.

Слід також відзначити шкалу «Розлад адаптації — новий модуль» (Adjustment Disorder — New Module (ADNM)), яка була розроблена для діагностики розладу адаптації за критеріями ICD-11 і має вигляд структурованого клінічного інтерв'ю або анкети для самооцінки (рис. 7, 8) [479].

У першому розділі учасникам пропонується вибрати зі списку стресорів (гострих і хронічних подій у житті) ті, які мали місце протягом останнього року, і визначити, який був найбільш значущим або найбільш тривожним.

Другий розділ складається з 20 пунктів, які утворюють шість суб-шкал відповідно до критеріїв ICD-11, що стосуються попереднього стану, невдачі в адаптації, уникнення, депресивного настрою, тривоги та імпульсивних розладів.

Категорії симптомів, які може зафіксувати шкала, розділені на дві групи — основні та додаткові.

Основні симптоми:

Занепокоєння стресором: пп. 2, 4, 13, 15

Неможливість адаптації: пп. 10, 17, 19, 20

Додаткові симптоми:

Уникнення: пп. 3, 7, 11, 14

Пригнічений настрій: пп. 1, 5, 18

Тривога: пп. 6, 16

Порушення потягів: пп. 8, 9, 12

ADNM – 20 Questionnaire Adjustment Disorder – New Module 20

Інструкція:

Нижче наведено список стресових життєвих подій. Будь ласка, вкажіть ті події, які відбулися протягом останніх років (вкажіть роки чи місяці) і зараз є для вас сильним тягарем або обтяжували вас протягом останніх шести місяців.

Ви можете вказати скільки завгодно подій.

Стресові життєві події	ТАК
01. Розлучення/розлука	
02. Сімейні конфлікти	
03. Конфлікти в трудовому житті	
04. Конфлікти з сусідами	
05. Хвороба близької людини	
06. Смерть близької людини	
07. Зміни в житті у зв'язку з виходом на пенсію	
08. Безробіття	
09. Надто багато/замало роботи	
10. Вимушеність дотримуватись термінів/часу	
11. Переїзд в нове житло	
12. Фінансові проблеми	
13. Власна важка хвороба	
14. Серйозна аварія	
15. Напад	
16. Припинення важливого дозвілля	
17. Будь-яка інша стресова подія (будь ласка, вкажіть)	

18. Будь-яка інша стресова подія (будь ласка, вкажіть)	

Події, які ви щойно вказали, можуть мати численні наслідки для нашого добробуту та поведінки. Будь ласка, вкажіть найбільш напружену з них подію (і) нижче:

**Рис. 7. Бланк тесту «Adjustment Disorder — New Module»
(ADNM) — 1-ша сторінка**

Інструкція:

Далі ви знайдете різні твердження про те, які реакції можуть викликати ці типи подій. Перш за все просимо вказати, як часто відповідне твердження стосується вас (від «ніколи» до «часто»).

На другому етапі ми хотіли б попросити вас вказати, як довго у вас була така реакція. Це може бути менше одного місяця (< 1 місяця), приблизно від одного місяця до півроку (< 6 місяців) або більше 6 місяців (> 6 місяців). Ймовірно, це буде не дуже легко оцінити, але, будь ласка, спробуйте дати приблизну класифікацію тривалості реакції!

№		Частота протягом останнього тижня				Тривалість		
		ніколи	рідко	іноді	часто	<1 місяця	1-6 міс.	6 міс. -2 роки
1	Після стресової проблеми я почуваюся пригніченим і сумним.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Мені доводиться постійно думати про стресову ситуацію.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Я намагаюся уникати розмов про стресову ситуацію, де це можливо.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Мені постійно доводиться думати про стресову ситуацію, і це для мене великий тягар.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Зараз я набагато рідше займаюся тими заняттями, які раніше мені подобалися.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Якщо я думаю про стресову ситуацію, я опиняюся в справжньому стані тривоги.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Я уникаю певних речей, які можуть нагадувати мені про стресову ситуацію.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Я нервовий і неспокійний після стресової ситуації.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Після стресової ситуації я набагато швидше втрачаю самовладання навіть через дрібниці.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Через стресову ситуацію мені важко зосередитися на певних речах.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Я намагаюся викреслити зі своєї пам'яті стресову ситуацію.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Я помітив, що через стресову ситуацію я став більш дратівливим.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Я отримую постійні спогади про стресову ситуацію і нічого не можу зробити, щоб зупинити їх.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Я намагаюся придушити свої почуття, тому що вони для мене тягар.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Мої думки обертаються навколо всього, що стосується стресової ситуації.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Після стресової ситуації я боюся робити певні речі або потрапляти в певні ситуації.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Через стресову ситуацію я не люблю ходити на роботу або виконувати необхідні завдання в повсякденному житті.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Після стресової ситуації я почуваюся пригніченим і не маю надії на майбутнє.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Після стресової ситуації я більше не можу нормально спати.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Загалом ситуація сильно вплинула на мене в особистих стосунках, моєму дозвіллі чи інших важливих сферах життя	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Рис. 8. Бланк тесту «Adjustment Disorder — New Module» (ADNM) — 2-га сторінка

Також існує подовжена версія з 29 елементами, але ADNM-20 на сьогодні використовується частіше [480]. Відповіді на запитання, як часто пацієнти відчували певні симптоми протягом останніх двох тижнів, оцінюють шкалою Лайкерта з чотирма ступенями свободи, а загальна тяжкість симптомів обчислюється як сума балів усіх пунктів. Спроби валідизації ADNM дали позитивні результати — дослідження показали хороші рівні діагностичної специфічності та чутливості [468, 480, 481].

Скорочені форми ADNM, такі як ADNM-8 і ADNM-4, також продемонстрували високі рівні конвергентної й конструктивної валідності, що свідчить про те, що вони можуть використовуватись як альтернативний інструмент скринінгу для оцінки симптомів розладу адаптації [482].

4.4. Психотерапія розладу адаптації

На сьогодні існує лише один опублікований систематизований огляд доступних методів психотерапії розладу адаптації. В огляді 2018 року було вивчено 29 випробувань лікування, які досліджували сучасні варіанти психологічного та фармакологічного втручання [483]. Вони виявили, що якість доказів у цих дослідженнях була від «низького» до «дуже низького» відповідно до критеріїв Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) [484]. Ключовим обмеженням більшості цих досліджень була відсутність стандарту діагностики розладу адаптації, малий розмір вибірки й відсутність подальших оцінок. Автори також порушили питання розбіжності діагностичної класифікації ICD-11 і DSM-5 [485].

Після публікації систематизованого огляду у 2018 році було опубліковано ще два рандомізованих контрольованих дослідження. В одному з них були викладені результати дослідження інтервенції самодопомоги в Інтернеті, відомого як «Коротке втручання при розладі адаптації» — Brief Adjustment Disorder Intervention (BADI), спрямоване на лікування розладу адаптації [486], але високий відсоток тих, хто вибув із цього дослідження (86%), не дозволив зробити обґрунтовані висновки. Друге дослідження було спрямоване на лікування розладів адаптації і порівняло когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), проведену віч-на-віч (off-line) і дистанційно (on-line) [487]. І КПТ віч-на-віч, і КПТ у дистанційному форматі привели до значно більшого покращення стану пацієнтів порівняно з контрольною групою. При цьому група, яка проходила КПТ дистанційно, мала значно більші довгострокові покращення, ніж «група off-line» та контрольна група.

У літературі наявні дані про ефективність терапевтичних втручань і меншої інтенсивності. Так, є дані, що розлад адаптації реагує на бібліотерапію самопомоги [485] та інші самостійні онлайн-втручання [486].

До того ж останні метааналізи показують, що використання неспеціалістів може привести до значних покращень психічного здоров'я [488]. Нещодавно розроблена програма «Skills for Life Adjustment and Resilience» (SOLAR) спрямована на вирішення труднощів адаптації та субклінічних проявів за допомогою короткого формату, який повинен виконуватись нефахівцями. Програма SOLAR зараз тестується в Австралії, Японії та південній частині Тихого океану. Поки що попередні дані, отримані із цих проєктів, свідчать про те, що SOLAR є не тільки прийнятним і здійсненним втручанням, яке може бути реалізоване навченими неспеціалістами, але також ефективним у зменшенні труднощів адаптації [489, 490].

4.5. Психофармакотерапія розладу адаптації

Дослідження ефективності використання фармацевтичних препаратів у лікуванні розладу адаптації дають суперечливі та необнадійливі результати. Ще в 1996 році Ansseau та співавт. проводили порівняння ефективності міансерину — тетрациклічного антидепресанту з норадренергічним та серотонінергічним ефектом, алпразоламу — бензодіазепіну з ГАМКергічними ефектами і тіанептину — атипичного антидепресанту з проявами опіоїдного агоніста і модуляторним ефектом глутамату. Усі препарати впливали на редукцію симптоматики протягом шести тижнів [491]. Порівняння тразодону — засобу з ефектом антагоніста серотоніну та інгібітора зворотного захоплення серотоніну з клоразепатом — бензодіазепіном із ГАМКергічним ефектом також виявило редукцію симптоматики без значущої різниці між препаратами [492, 493].

Ефективність і безпека небензодіазепінового анксиолітика етифоксину були оцінені в трьох подвійних сліпих рандомізованих клінічних дослідженнях порівняно з небензодіазепінами (буспіроном) [494] і бензодіазепінами (лоразепамом і алпразоламом) [495, 496] [2]. Ці три дослідження вказують на анксиолітичні властивості етифоксину, демонструючи загальне клінічне покращення стану пацієнтів і відсутність ризику розвитку залежності чи ефекту відскоку. Етифоксин чинив свою анксиолітичну дію через подвійний вплив на ГАМК-рецептори шляхом прямого агонізму й алостеричної модуляції [497]. Nguyen і співавт. було виявлено, що етифоксин має подібну ефективність порівняно з лоразепамом, без небажаного загострення тривоги через 1 тиждень після припинення лікування [498].

Слід зауважити, що хоча розлад адаптації розцінюється нині як стан, який може з часом редукуватися самостійно, а основним терапевтичним впливом вважається не психофармацевтичне, а психотерапевтичне лікування, теоретичні напрямки, спрямовані на реконцептуалізацію розладів адаптації як станів, безпосередньо пов'язаних із травмою та стресором, передбачають можливість впливу на систему відповіді на стрес за допомогою фармакотерапії. Слід також зазначити, що, незважаючи на те, що низка анксиолітиків на сьогодні вже досліджена, плацебо-контрольованих досліджень насправді було досить небагато [499-501].

Крім того, існує занепокоєння щодо використання бензодіазепінів при розладах, пов'язаних із травмою та стресом, із кількох причин: бензодіазепіни неефективні при посттравматичному стресовому розладі [502] і можуть навіть підвищити ризик розвитку посттравматичного стресового розладу при профілактичному застосуванні [502]. Крім того, ризики використання бензодіазепінів включають загострення тривоги після припинення їх прийому.

Антидепресанти міансерин, тіанептин і тразодон також не є більш ефективними, ніж бензодіазепіни [491-493]. Загалом наявна доказова база не підтверджує використання бензодіазепінів та антидепресантів при розладі адаптації.

Важливо зазначити, що сучасні результати фармакотерапевтичних рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень вказують на те, що продукти рослинного походження, такі як еуфітоза, кава-кава та гінкго білоба, мають багатообіцяючі результати, хоча в цих дослідженнях беруть участь пацієнти з розладами адаптації без чітко визначених діагностичних критеріїв включення [503-505]. З огляду на те, що існують певні побоювання щодо гепатотоксичності кава-кави, варто відзначити, що екстракт еуфітози може мати ГАМКергічні властивості та розцінюватись як досить безпечний.

Наостанок необхідно зазначити, що досліджень, які з позицій доказової медицини вивчали комбіновану фармакотерапію та психотерапію розладів адаптації, проведено дуже мало, і ефективність цього підходу ще очікує наукового оцінювання [506-510].

5. ТРИВАЛИЙ РОЗЛАД ГОРЯ

Втрата близької людини є одним із найскладніших, але поширених стресових факторів у житті, що призводить до каскаду емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій, які визначають реакцію горя. Горе та траур є природною реакцією на втрату, з якою більшість людей успішно справляються без клінічного втручання. Протягом перших днів або місяців після втрати гостра скорбота може відрізнитися за інтенсивністю, характером і тривалістю залежно від поєднання індивідуальних і пов'язаних із втратою факторів, а також культурних і релігійних особливостей. Оскільки втрата є таким фактом, який настає назавжди, стан втрати також є незмінним, однак саме відчуття горя змінюється з часом для переважної більшості людей, які зрештою адаптуються до втрати, зменшуючи інтенсивність горя та повертаючись до переглянутого, але осмисленого життя без померлого.

Моделі, що оцінюють перебіг горя після втрати протягом трьох років після цієї події, виявили кілька закономірностей [511-513]. Найпоширенішим варіантом реакції після втрати є стабільний низький рівень симптомів горя. Такий варіант спостерігається приблизно у 26-45% осіб, які втратили близьких [512, 513]. Багато людей відчуватимуть високий (16-20%) або помірний (30-33%) рівень горя одразу після втрати, який із часом зменшується, часто без медичного чи психотерапевтичного втручання [512, 513].

Крім того, невелика підгрупа осіб (приблизно 10%) може розвинути горе пізніше, демонструючи низькі рівні спочатку та більш високі рівні через 6 місяців після втрати [511, 513]. Нарешті, меншість осіб (приблизно 7-10%) демонструватимуть стабільні варіанти з високим рівнем горя — ця група, імовірно, складається з пацієнтів, які страждають на тривалий розлад горя і, імовірно, потребуватимуть терапевтичного втручання [512-514].

Для більшості людей, які втратили близьких, період гострого горя після втрати супроводжується інтегрованим горем, тобто особа адаптується до втрати так, що горе залишається в минулому, і вони можуть осмислено повернутися до життя без померлого [511]. Відносно низькі

показники психопатології після смерті узгоджуються з високим рівнем стійкості, який спостерігається після інших травматичних подій (наприклад, бойова травма, нещасні випадки) [515].

Проте значна меншість відчуватиме невблаганну реакцію на важку втрату, яка призводить до функціональних порушень, що виходять за рамки культурних норм, які історично називалися складними, травматичними, стійкими або патологічними; однак останнім часом отримали консенсусну назву «Тривалий розлад горя» [516].

Тривалий розлад горя пов'язаний із вищим ризиком суїцидальних думок і поведінки, навіть якщо контролювати депресію та посттравматичний стресовий розлад [517], і є більш вираженим для тих, хто пережив суїцид [518, 519]. Дані клінічних досліджень показують, що від 20 до >50% осіб, які шукають лікування, мають суїцидальні думки [520-522]. Крім того, тривалі реакції горя однозначно пов'язані із загальними порушеннями здоров'я [523], включаючи рак та інші загрозливі захворювання.

5.1. Основні клінічні прояви й діагностика тривалого розладу горя

У Міжнародній класифікації ICD-10 діагноз тривалого розладу горя відсутній. Єдине пригадування стану, який може бути розцінений як тривалий розлад горя, є включення до діагностичної рубрики «F43.2. Розлади адаптації (Adjustment disorders)» так званої «Реакції горя». При цьому термін «реакція горя» включений тільки до загальних критеріїв розладів адаптації і не має жодного подальшого діагностичного пояснення. Взагалі незрозуміло, що саме вкладається в це поняття і де проходить межа між цим, психопатологічним станом і «нормальною реакцією горя».

1 жовтня 2022 року до північноамериканської класифікації ICD-10-CM, яка є «американською версією ICD-10», своєрідним «гібридом», що дозволяє використовувати класифікацію Всесвітньої організації охорони здоров'я ICD-10 та території США (де традиційно використовується інша, американська класифікація — DSM-5), включено новий окремий діагноз — «F43.81. Prolonged grief disorder (Тривалий розлад горя)». Цей діагностичний код пропонується використовувати до таких станів, як «складне горе», «ускладнений розлад горя», «стійкий комплексний розлад втрати».

Слід підкреслити, що в класифікації ВОЗ, яка рекомендована для використання в усіх інших країнах, окрім США, такий код у діагностичній

рубриці «F43.8. Other reactions to severe stress (Інші реакції на сильний стрес)» відсутній.

У наступній версії Міжнародної класифікації — ICD-11, яка почала процедуру ратифікації в країнах-членах ВООЗ із 1 січня 2022 р., у діагностичну рубрику «6B4. Disorders specifically associated with stress (Розлади, пов'язані зі стресом), вже був включений діагноз «6B42. Prolonged grief disorder (Тривалий розлад горя)».

ICD-11

6B4. Disorders specifically associated with stress (Розлади, пов'язані зі стресом)

6B42. Prolonged grief disorder (Тривалий розлад горя)

Тривалий розлад горя — це розлад, при якому після смерті партнера, батьків, дитини чи іншої особи, близької до потерпілого, виникає постійна та всепроникна реакція скорботи, яка характеризується тугою за померлим або постійною заклопотаністю померлим, що супроводжується інтенсивним емоційним болем (наприклад, смутком, відчуттям провини, гнівом, запереченням, звинуваченням, труднощами з прийняттям смерті, відчуттям втрати частини себе, нездатністю відчувати позитивний настрій, емоційним заціпенінням, труднощами в соціальній чи іншій видах діяльності).

Реакція на горе зберігалася протягом нетипово тривалого періоду часу після втрати (щонайменше понад 6 місяців) і явно перевищує очікувані соціальні, культурні чи релігійні норми для культури та контексту особи. Реакції горя, які зберігалися протягом більш тривалого періоду, що входить у нормативний період скорботи, враховуючи культурний і релігійний контекст людини, розглядаються як нормальні реакції горя і не класифікуються з використанням цього діагнозу.

Порушення призводить до значного погіршення особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної та інших важливих сфер функціонування.

Діагностичні вимоги

Основні (обов'язкові) діагностичні ознаки:

- Втрата в анамнезі після смерті партнера, батьків, дитини чи іншої близької людини.
- Постійна та всепроникна реакція на горе, яка характеризується тугою за померлим або постійною заклопотаністю померлим, що супроводжується інтенсивним емоційним болем. Це може

проявлятися такими переживаннями, як смуток, провина, гнів, заперечення, звинувачення, труднощі з прийняттям смерті, відчуття втрати частини себе, нездатність відчувати позитивний настрій, емоційне заціпеніння та труднощі в соціальній або іншій видах діяльності.

- Поширена реакція горя зберігалася протягом нетипово тривалого періоду часу після втрати, помітно перевищуючи очікувані соціальні, культурні чи релігійні норми для культури та контексту особи. Відповіді на горе, які тривають менше ніж 6 місяців, а в деяких культурних контекстах і довше, не слід вважати такими, що відповідають цій вимозі.
- Порушення призводить до значного погіршення особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної та інших важливих сфер функціонування. Якщо функціонування підтримується, то лише завдяки значним додатковим зусиллям.

Додаткові клінічні ознаки:

- Постійна занепокоєність може бути зосереджена на обставинах смерті або проявлятися в таких поведінкових проявах, як збереження всіх речей померлої людини точно такими, якими вони були до смерті. Людина може змінювати надмірну заклопотаність і уникати нагадувань про померлого.
- Інші ознаки розладу тривалого горя можуть включати проблеми з життям без коханої людини, труднощі з пригадуванням позитивних спогадів про померлого, труднощі з довірою до інших, соціальну замкнутість і відчуття, що життя безглузде.
- Може спостерігатися посилене вживання тютюну, алкоголю та інших речовин, а також посилення суїцидальних думок і поведінки.

Диференційна діагностика з нормою (поріг):

- Особа, яка переживає реакцію горя, що перебуває в межах нормативного періоду, враховуючи її культурний і релігійний контекст, вважається такою, що переживає звичайну втрату, і їй не слід виставляти діагноз «тривалий розлад горя». Важливо враховувати, чи вважають інші люди, які поділяють культурну чи релігійну точку зору людини, що перенесла втрату (наприклад, родина, друзі, громада), реакцію на втрату або тривалість реакції ненормальною.
- Діти та підлітки можуть реагувати на втрату первинної прихильності (наприклад, до батьків або опікуна) інтенсивною та тривалою реакцією на горе (наприклад, більшою за інтенсивністю,

симптоматикою, тривалістю) через роль, яку ці особи відіграють у житті дитини. Дітям дошкільного віку зазвичай важко прийняти втрату. Аспекти реакції на горе можуть повторно запускатися в різні моменти розвитку особистості, наприклад, коли виникають нові потреби, які зазвичай задовольняються батьками або опікунами. Загалом ці реакції слід розглядати як нормальні, і дітям та підліткам у цій ситуації слід з обережністю ставити діагноз «розлад тривалого горя».

Вікові особливості:

- Тривалий розлад горя може виникати в будь-якому віці, але реакція на горе може відрізнятись залежно від віку та стадії розвитку, а отже, від вікових уявлень про смерть.
- Діти часто явно не описують тугу за померлим або постійну стурбованість смертю близької людини. Ці симптоми можуть частіше проявлятися в поведінці, наприклад під час гри, або в інших формах поведінки, пов'язаних із розлукою чи смертю. Інші поведінкові прояви туги можуть включати очікування повернення померлого або повернення до місць, де вони востаннє бачили його. У деяких дітей може розвинути ся лякаюча тривога, що інші можуть померти, магічне мислення, а також тривога розлуки, зосереджена на турботах про благополуччя й безпеку своїх опікунів.
- У дітей молодшого віку сильний смуток або емоційний біль можуть з'являтися періодично разом із, здавалося б, відповідним настроєм. Гнів, пов'язаний із втратою, може проявлятися в дітей і підлітків у вигляді дратівливості, протестної поведінки, істерик, опозиційної поведінки або проблем із поведінкою.
- Різні контекстуальні фактори можуть впливати на симптоми, пов'язані зі смертю близької людини, у дітей. Наприклад, уповільнена поява або посилення симптомів можуть статися у відповідь на зміну соціального середовища дитини чи підлітка, ступеня здатності батьків або опікунів подолати втрату та спілкування в сім'ї.
- У людей похилого віку тривалий розлад горя може проявлятися у вигляді тривалої депресії з відчуттям, що людина втратила частину себе, і загостреним відчуттям порожнечі. Почуття приголомшення й приголомшення через втрату є звичайним явищем. Занепокоєність соматичними скаргами часто є основною ознакою дистресу на цьому етапі розвитку.

Культурні особливості діагнозу:

- Культурні практики різняться щодо відповідних емоційних проявів втрати, ритуалів і скорботи, способів вшанування пам'яті померлого, концепцій загробного життя, стигм, пов'язаних із певними типами смерті (наприклад, самогубство), або ситуацій, які можуть бути особливо травматичними (наприклад, смерть дитини). Ця варіація може сприяти ймовірності переживання тривалого розладу горя, а також низці симптомів і клінічних проявів.
- Культурні групи різняться щодо нормативної тривалості реакцій горя. У деяких групах прописані реакції горя можуть тривати протягом одного року або навіть бути відкладеними до першої річниці. Крім того, очікується, що ритуали чи церемонії викликають негативні емоції, пов'язані з втратою, а офіційні періоди скорботи відносно короткі. Часто важливо враховувати, чи вважають інші люди, які поділяють культурну чи релігійну точку зору людини, що перенесла втрату (наприклад, родина, друзі, громада), реакцію на втрату або тривалість реакції ненормальною.
- У деяких культурних або релігійних традиціях смерть розглядається не як припинення життя, а як важливий перехід до іншої форми існування. Такі культурні вірування можуть зосереджуватися на кармі, переродженні, раю/пеклі, чистилищі чи інших переходах у загробне життя. Тривала скорбота може бути викликана занепокоєнням про статус померлого в загробному житті. Особливі культурні ритуали та щорічні святкування можуть бути спрямовані на забезпечення сприятливого духовного статусу померлого. Тривала скорбота може бути пов'язана із занепокоєнням щодо статусу померлого в загробному житті.
- Відвідування померлих можуть сильно відрізнитися в різних культурах. Наприклад, у деяких суспільствах будь-яка зустріч із померлим наяву вважається ненормальною. Навпаки, у багатьох південноєвропейських і латиноамериканських суспільствах прийнято відвідувати померлих родичів невдовзі після їхньої смерті, що може бути втішним для загиблих. Інші групи (наприклад, деякі американські індіанці) можуть зустріти померлого уві сні з різними тлумаченнями. У камбоджійців, наприклад, сні про померлого можуть бути дуже засмученими, вказуючи на те, що переродження не відбулося.

Статеві та гендерні особливості:

Розлад тривалого горя більш поширений у жінок.

Диференційна діагностика з іншими розладами та станами:

- Диференційна діагностика з посттравматичним стресовим розладом

Подібно до посттравматичного стресового розладу, тривалий розлад горя може виникнути в осіб, які переживають втрату внаслідок смерті близької людини в травматичних обставинах. У стані тривалого розладу горя людина може бути зайнята спогадами про обставини смерті, але, на відміну від посттравматичного стресового розладу, вона не переживає їх знову тут і зараз.

- Диференційна діагностика з депресивним епізодом

Деякі поширені симптоми тривалого розладу горя подібні до симптомів депресивного епізоду (наприклад, смуток, втрата інтересу до діяльності, соціальне відсторонення, почуття провини, суїцидальні думки). Однак тривалий розлад горя відрізняється від депресивного епізоду, оскільки симптоми конкретно зосереджені на втраті близької людини, тоді як депресивні думки та емоційні реакції зазвичай охоплюють кілька сфер життя. Крім того, інші загальні симптоми розладу тривалого горя (наприклад, труднощі з прийняттям втрати, почуття гніву через втрату, відчуття, ніби частина особистості померла) не характерні для депресивного епізоду. При проведенні цього розрізнення важливо враховувати час появи симптомів у зв'язку з втратою та наявність депресивного чи біполярного розладу в анамнезі. Однак тривалий розлад горя й розлади настрою можуть виникати одночасно, і обидва вони повинні бути діагностовані, якщо виконуються всі діагностичні вимоги для кожного з них.

У північноамериканській класифікації DSM-5 діагнозу ICD-11 «тривалий розлад горя» (Prolonged grief disorder) певною мірою відповідає тільки одна діагностична одиниця — «Стійкий комплексний розлад тяжкої втрати» (Persistent Complex Bereavement Disorder). Одразу слід зазначити, що цей діагноз включений не до розділів, у яких викладені діагнози та діагностичні критерії тих видів психічної патології, які використовуються в практичній медицині, а лише до розділу «Запропоновані набори критеріїв, що представлені для обставин, бажаних для дослідження» і навіть не має класифікаційного кодування. Як зазначено в DSM-5, «...Конкретні діагностичні рубрики, діагностичні ознаки та їх тривалість, що містяться в цих наборах критеріїв дослідження,

були встановлені консенсусом експертів на підставі огляду літератури, повторного аналізу даних і результатів польових випробувань, де це було доступним, і призначені для забезпечення спільної мови між дослідниками та клініцистами, які зацікавлені у вивченні цих розладів».

DSM-5

Стойкий комплексний розлад тяжкої втрати (Persistent Complex Bereavement Disorder)

Запропоновані діагностичні критерії:

A. Особа пережила смерть когось, із ким у неї були близькі стосунки.

B. З моменту смерті принаймні один із наведених нижче симптомів відчувається більше днів і має клінічно значущий ступінь та зберігається щонайменше 12 місяців після смерті у випадку дорослих, які пережили втрату, і 6 місяців у дітей, які пережили втрату:

1. Постійна туга за померлим. У маленьких дітей туга може виражатися в грі та поведінці, включаючи поведінку, яка відображає розлуку з опікуном чи іншою прихильністю, а також возз'єднання з ним.

2. Сильна скорбота та емоційний біль у відповідь на смерть.

3. Заклопотаність померлим.

4. Стурбованість обставинами смерті. У дітей ця стурбованість померлим може виражатися через теми гри та поведінки і поширюватися на стурбованість можливою смертю інших близьких їм людей.

C. З моменту смерті принаймні шість із наведених нижче симптомів спостерігаються протягом більшої кількості днів у клінічно значущому ступені та зберігаються щонайменше 12 місяців після смерті у випадку дорослих, які пережили втрату, і 6 місяців у дітей, які пережили втрату:

Реактивний дистрес до смерті

1. Помітні труднощі з прийняттям смерті. У дітей це залежить від здатності дитини розуміти значення та незворотність смерті.

2. Переживання зневіри або емоційного заціпеніння через втрату.

3. Труднощі з позитивними спогадами про померлого.

4. Гіркота або гнів, пов'язані з втратою.

5. Деадаптивні оцінки себе щодо померлого чи смерті (наприклад, самозвинувачення).

6. Надмірне уникнення нагадувань про втрату (наприклад, уникнення людей, місць або ситуацій, пов'язаних із померлим; у дітей це може включати уникнення думок і почуттів щодо померлого).

Порушення соціальної ідентичності

1. Бажання померти, щоб бути з покійним.

2. Труднощі з довірою до інших людей після смерті.
 3. Почуття самотності або відокремленості від інших людей після смерті.
 4. Відчуття, що життя безглузде або порожнє без померлого, або переконання, що людина не може функціонувати без померлого.
 5. Плутанина щодо своєї ролі в житті або погіршення відчуття власної особистості (наприклад, відчуття, що частина вас самих померла разом із покійним).
 6. Труднощі або небажання займатися інтересами після втрати або планувати майбутнє (наприклад, дружба, діяльність).
- D.** Розлад викликає клінічно значущий дистрес або погіршення соціальної, професійної або інших важливих сфер функціонування.
- E.** Реакція втрати не відповідає культурним, релігійним або віковим нормам.

Специфічні варіанти діагнозу «стійкий комплексний розлад тяжкої втрати»:

- **Стойкий комплексний розлад тяжкої втрати з травматичною втратою:** втрата через вбивство чи самогубство з постійним тривожним занепокоєнням щодо травматичної природи смерті (часто у відповідь на нагадування про втрату), включаючи останні моменти померлого, ступінь страждання та каліцтва або зловмисний чи навмисний характер смерті.

Стойкий комплексний розлад тяжкої втрати, пов'язаний із втратою близької людини, діагностується лише, якщо минуло принаймні 12 місяців (6 місяців у дітей) після смерті особи, з якою потерпілий мав близькі стосунки (критерій А). Цей проміжок часу відрізняє нормальне горе від тривалого. Стан, як правило, включає постійну тугу за померлим (критерій В1) і може бути пов'язаний із сильним сумом і частим плачем (критерій В2) або заклопотаністю померлим (критерій В3). Особа також може бути стурбована тим, як померла близька людина (критерій В4).

Діагноз потребує шести додаткових симптомів, у тому числі помітні труднощі з прийняттям того, що людина померла (критерій С1) (наприклад, приготування їжі для неї), невіра в те, що людина мертва (критерій С2), тривожні спогади про померлого (критерій С3), гнів через втрату (критерій С4), дезадаптивна оцінка себе щодо померлого чи смерті (критерій С5) і надмірне уникнення нагадувань про втрату (критерій С6). Люди також можуть повідомляти про бажання померти, тому що вони хочуть бути з померлим (критерій С7); можуть бути недовірливими

до інших (критерій С8); відчувати себе ізольованими (критерій С9); вірять, що життя не має сенсу або призначення без померлого (критерій С10); відчувають ослаблене почуття ідентичності, коли їм здається, що частина їх самих померла або була втрачена (критерій С11); або відчувають труднощі із залученням до діяльності, встановленням стосунків або плануванням майбутнього (критерій С12).

Діагноз комплексного стійкого розладу тяжкої втрати потребує клінічно значущого дистресу або наявності порушень психосоціального функціонування (критерій D). Характер і тяжкість горя повинні перевищувати очікувані норми для відповідного культурного середовища, релігійної групи або стадії розвитку (критерій E).

Деякі люди зі стійким комплексним розладом тяжкої втрати відчувають галюцинації, пов'язані з померлим (слухові або зорові), під час яких вони тимчасово сприймають присутність померлого (наприклад, бачать померлого, який сидить у своєму улюбленому кріслі). Вони також можуть відчувати різноманітні соматичні скарги (наприклад, скарги на травлення, біль, втому), включаючи симптоми, які відчував померлий.

Стійкий комплексний розлад тяжкої втрати може виникнути в будь-якому віці, починаючи після 1 року. Симптоми зазвичай починаються протягом перших місяців після смерті, хоча може бути затримка на місяці або навіть роки, перш ніж з'явиться повний синдром. Хоча реакції на горе зазвичай з'являються відразу після втрати близької людини, ці реакції не розцінюються як стійкий комплексний розлад тяжкої втрати, якщо симптоми не зберігаються менше ніж 12 місяців (6 місяців для дітей).

Маленькі діти можуть пережити втрату основного опікуна як травму, враховуючи дезорганізаційні наслідки, такі як дитячі реакції подання. У дітей дистрес може виражатися в грі та поведінці, регресії розвитку й тривожній або протестній поведінці під час розлуки та возз'єднання. Дистрес розлуки може бути домінуючим у дітей молодшого віку, а соціальний чи ідентифікаційний дистрес і ризик коморбідної депресії частіше можуть проявлятися в старших дітей і підлітків.

Особи зі стійким комплексним розладом втрати близької людини часто повідомляють про суїцидальні думки.

Поширеність стійкого комплексного розладу тяжкої втрати становить приблизно 2,4-4,8% загальнолюдської популяції. Незважаючи на те, що горе може проявлятися по-різному, симптоми стійкого комплексного розладу тяжкої втрати трапляються в обох статях (хоча частіше в жінок),

у різних соціальних та культурних групах. Ризик розладу підвищується у випадках підвищеної залежності від померлого перед смертю та у випадках смерті дитини. Порушення в підтримці опікунів підвищують ризик виникнення розладу в дітей, які зазнали втрати.

Диференційна діагностика комплексного стійкого розладу тяжкої втрати повинна проводитись із непатологічним станом звичайного горя, депресивними розладами, посттравматичним стресовим розладом і тривожним розладом розлучення.

Від звичайного горя стійкий комплексний розлад тяжкої втрати відрізняється наявністю важких реакцій горя, які зберігаються щонайменше 12 місяців (або 6 місяців у дітей) після смерті близької людини. Лише тоді, коли важкі прояви реакції на горе зберігаються щонайменше через 12 місяців після смерті та перешкоджають здатності людини функціонувати, можливо встановлювати діагноз «стійкий комплексний розлад тяжкої втрати».

Як у випадку комплексного стійкого розладу тяжкої втрати, за великого депресивного розладу (296.20-296.36) чи стійкого депресивного розладу (дистимія) — 300.4 має місце смуток, плач і суїцидальні думки. Але у випадку комплексного стійкого розладу тяжкої втрати депресивні симптоми зосереджені безпосередньо на втраті, що не є характерним для вказаних видів афективної патології.

В осіб, які переживають втрату близької людини, може розвинутися як посттравматичний стресовий розлад (309.81), так і стійкий комплексний розлад тяжкої втрати. Обидва види патології можуть включати нав'язливі думки та симптоми уникання. Тоді як інтрузії при посттравматичному стресовому розладі обертаються виключно навколо травматичної події, інтрузивні спогади при комплексному стійкому розладі тяжкої втрати зосереджуються на думках про різні аспекти стосунків із померлим, включаючи позитивні аспекти стосунків і страждання через розлуку. В осіб із травматичною ознакою втрати близької людини, тобто з комплексним стійким розладом тяжкої втрати, тривожні думки чи почуття можуть бути більш явно пов'язані зі способом смерті, тривожними фантазіями про те, що сталося. І стійкий комплексний розлад тяжкої втрати, і посттравматичний стресовий розлад можуть включати уникнення нагадувань про тривожні події, але якщо уникання при ПТСР характеризується послідовним уникненням внутрішнього й зовнішнього нагадування про травматичний досвід, при стійкому комплексному розладі тяжкої втрати також є стурбованість втратою та туга за померлим, що не є характерним для ПТСР.

Тривожний розлад розлуки (309.21) характеризується тривогою з приводу розлуки з актуальними значущими особами, тоді як стійкий комплексний розлад тяжкої втрати включає страждання через втрату близької людини внаслідок її смерті.

При проведенні диференційної діагностики слід пам'ятати, що встановлення діагнозу «стійкий комплексний розлад тяжкої втрати» не виключає супутньої патології у вигляді великого депресивного розладу чи посттравматичного стресового розладу, які разом із розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, навпаки, є найбільш частими коморбідними порушеннями. Особливо це стосується діагнозу ПТСР, який вкрай часто супроводжує стійкий комплексний розлад тяжкої втрати у випадках, коли смерть близької людини сталася в катастрофічних, воєнних чи насильницьких обставинах.

Регулярний скринінг тривалого розладу горя з використанням стандартизованих діагностичних шкал та опитувальників у психіатричних закладах може прискорити доступ пацієнтів до спеціалізованого лікування [524, 525]. Скринінгова шкала «Prolonged Grief Disorder-13» — «Розлад тривалого горя-13» (PG-13) оцінювалась у кількох дослідженнях для оцінки діагностичних критеріїв тривалого розладу горя (рис. 9, 10) [526-528]. Ця шкала складається із 13 пунктів самооцінки і розглядає три аспекти тривалих симптомів горя: почуття, думки та дії, що мали місце протягом останнього місяця [516]. Початкові пункти шкали стосуються частоти страждань від розлуки, зокрема туги або сильного емоційного болю, які мали місце більшість днів протягом останніх 6 місяців. Подальші запитання стосуються виразності когнітивних, емоційних і поведінкових проблем, спричинених втратою. Останнє запитання оцінює загальне порушення внаслідок тривалого розладу горя. Питання PG-13 тісно пов'язані з діагностичними критеріями ICD-11 для тривалого розладу горя. Надійність PG-13 коливається від хорошої до відмінної (α Кронбаха = 0,84-0,92) [60-62] із достатньою валідністю шкали [529, 530].

Prolonged Grief Disorder (PG-13)

Тривалий розлад горя

Holly G. Prigerson, Ph.D., Paul K. Maciejewski, Ph.D.

ІНСТРУКЦІЯ

Нижче наведено інструкції щодо оцінки (діагностування) розладу тривалого горя (PGD). Кожен із критеріїв А – Е має бути виконаним, щоб було можливим встановлення діагнозу «тривалий розлад горя».

А. Критерій події: Щоб заповнити PG-13, ми припускаємо, що респондент має пережити втрату (тобто втрату близької людини).

В. Дистрес розлуки: Респондент повинен підтвердити, що має місце п. 1 опитувальника принаймні двічі на день.

С. Критерій тривалості: Симптоми дистресу розлуки повинні бути підвищеними принаймні 6 місяців після втрати. Тобто на п. 3 опитувальника необхідно відповісти «так».

Д. Когнітивні, емоційні та поведінкові симптоми: Респондент повинен підтвердити свою відповідь не менше ніж у 5 пунктах із пп. 4-12 опитувальника, відповідаючи «раз на день» або «досить часто».

Е. Критерій порушення: Респондент повинен мати значні порушення в соціальних, професійних чи інших важливих сферах діяльності (наприклад, домашні обов'язки). Тобто, на п. 13 необхідно відповісти «так».

ІНСТРУКЦІЇ ЧАСТИНИ І:

Для кожного позиції поставте галочку, щоб вказати вашу відповідь.

1. Як часто за останній місяць ви відчували тугу або тугу за людиною, яку втратили?
 1 - зовсім ні
 2 - принаймні один раз
 3 - принаймні раз на тиждень
 4 - принаймні один раз на день
 5 - кілька разів на день
2. Як часто протягом останнього місяця у вас виникали сильні почуття емоційного болю, смутку чи горя, пов'язаних з втратою стосунків?
 1 - зовсім ні
 2 - принаймні один раз
 3 - принаймні раз на тиждень
 4 - принаймні один раз на день
 5 - кілька разів на день
3. Відповідаючи на запитання 1 або 2 вище, чи відчували ви один із цих симптомів принаймні щодня та через 6 місяців після втрати?
 Ні
 Так
4. Як часто протягом останнього місяця ви намагалися уникнути нагадувань про те, що втратили близьку людину?
 1 - зовсім ні
 2 - принаймні один раз
 3 - принаймні раз на тиждень
 4 - принаймні один раз на день
 5 - кілька разів на день
5. Як часто протягом останнього місяця ви були приголомшені, шоковані або приголомшені своєю втратою?
 1 - зовсім ні
 2 - принаймні один раз
 3 - принаймні раз на тиждень
 4 - принаймні один раз на день
 5 - кілька разів на день

Рис. 9. Бланк тесту Prolonged Grief Disorder (PG-13) — титул

ІНСТРУКЦІ ЧАСТИНИ ІІ: <i>Для кожного позиції вкажіть як ви почуваєтеся зараз. Обведіть число щоб вказати свою відповідь.</i>	зовсім ні	злегка	дещо	сильно	дуже сильно
6. Ви спантеличені своєю роллю в житті чи не знаєте, хто ви тепер (тобто відчувати, що частина вас померла)?					
7. Чи були у вас проблеми з прийняттям втрати?					
8. Чи важко вам було довіряти іншим після вашої втрати?					
9. Чи відчуваєте ви гіркоту через свою втрату?					
10. Чи відчуваєте ви, що рухатися далі (наприклад, заводити нових друзів, шукати нові інтереси) вам зараз було б важко?					
11. Чи відчуваєте ви емоційне заціпеніння після втрати?					
12. Чи відчуваєте ви, що життя ненаповнене, порожнє або безглузде після вашої втрати?					

ІНСТРУКЦІ ДО ЧАСТИНИ ІІІ: <i>Для кожного пункту поставте галочку, щоб вказати вашу відповідь.</i>
13. Чи відчували ви значне скорочення соціальних, професійних або інших важливих сфер діяльності (наприклад, домашніх обов'язків)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так

Рис. 10. Бланк тесту Prolonged Grief Disorder (PG-13) — зворотний бік

Ще більш коротким скринінговим інструментом є «Brief Grief Questionnaire» (BGQ) — «Короткий опитувальник скорботи» (рис. 11). Це шкала, що призначена для скринінгу тривалого розладу горя, і складається із п'яти пунктів самооцінки [531, 532]. BGQ має добру внутрішню узгодженість (α Кронбаха = 0,82) і дискримінантну валідність, відрізняючи пов'язані з горем симптоми від загального психологічного дистресу [524, 525, 532]. Показник BGQ ≥ 8 вказує на ймовірний тривалий розлад горя, а показники від 5 до 7 — на підпороговий стан тривалого розладу горя [532].

Brief Grief Questionnaire (BGQ)**Короткий опитувальник скорботи**

M. Katherine Shear MD and Susan Essock PhD

1. Наскільки вам важко прийняти смерть _____?		
Зовсім ні..... 0	Дещо.....1	Дуже..... 2
2. Наскільки ваше горе все ще заважає вам жити?		
Зовсім ні..... 0	Дещо.....1	Дуже..... 2
3. Наскільки часто у вас виникають образи або думки про _____, коли він/вона померли, або інші думки про смерть, які вас справді турбують?		
Зовсім ні..... 0	Дещо.....1	Дуже..... 2
4. Чи є речі, які ви робили, коли _____ був живий, і які вам більше не подобається робити або яких ви уникаєте? Хочете піти кудись, де ви ходили з ним/нею, чи робити те, що вам раніше подобалося разом? Або уникаєте перегляду фотографій або розмов про _____? Наскільки ви уникаєте цих речей?		
Зовсім ні..... 0	Дещо.....1	Дуже..... 2
5. Наскільки ви відчуваєте себе відрізаними або віддаленими від інших людей після того, як _____ помер, навіть людей, з якими ви були близькі, як з родичами чи друзями?		
Зовсім ні..... 0	Дещо.....1	Дуже..... 2

Рис. 11. Бланк тесту «Brief Grief Questionnaire» (BGQ)

Ще один діагностичний опитувальник — «Inventory of Complicated Grief» (ICG) — «Опис ускладненого горя» [533] — це шкала, що оцінює

тяжкість симптомів тривалого розладу горя і складається з 19 пунктів, які оцінюються за шкалою Лайкерта з 5 ступенями свободи (від 0 балів — «ніколи» до 4 балів — «постійно») — рис. 12.

Inventory of Complicated Grief (ICG)

Опис ускладненого горя

Holly G. Prigerson and all

	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Постійно
1. Я так багато думаю про цю людину, що мені важко робити те, що я роблю зазвичай					
2. Спогади про загиблого мене засмучують					
3. Я відчуваю, що не можу прийняти смерть людини, яка померла					
4. Я відчуваю тугу за людиною, яка померла					
5. Мене тягне до місць і речей, пов'язаних із померлою людиною					
6. Я не можу не відчувати злості через його/її смерть					
7. Я відчуваю недовіру до того, що сталося					
8. Я почуваюся приголомшеним або ошелешеним тим, що сталося					
9. Відколи він/вона помер, мені важко довіряти людям					
10. З тих пір, як він/вона помер, я почуваюся так, наче втратив здатність піклуватися про інших людей або почуваюся віддаленим від людей, які мені не байдужі					
11. Я відчуваю себе самотнім значну частину часу з моменту його/її смерті					
12. Я відчуваю біль у тій самій частині тіла або маю ті самі симптоми, що й у померлої людини					
13. Я унікав нагадувань про померлу людину					
14. Я відчуваю, що життя порожнє без людини, яка померла					
15. Я чую голос людини, яка померла, він/вона говорить зі мною					
16. Я бачу, як переді мною стоїть людина, яка померла					
17. Я відчуваю, що це несправедливо, що я повинен жити, коли ця людина померла					
18. Я відчуваю гіркоту через смерть цієї людини					
19. Я заздрю іншим, хто не втратив когось із близьких					

Рис. 12. Бланк тесту «Inventory of Complicated Grief» (ICG)

Цей скринінговий тест широко використовувався в дослідженнях до встановлення діагнозу тривалого розладу горя. ICG має відмінну внутрішню узгодженість (α Кронбаха = 0,94) і добру конвергентну валідність з іншими показниками симптомів горя (50). Типовим пороговим значенням балів для встановлення діагнозу тривалого розладу горя є бал ICG ≥ 30 [534, 535], однак рекомендоване клінічне порогове значення може включати бали ≥ 25 , що свідчить про рівень горя зі значними соціальними, психічними та фізичними порушеннями [533, 536].

Враховуючи те, що клінічне обстеження пацієнтів із потенційно тривалим розладом горя має включати розгляд поточних психічних розладів і порушень протягом життя, суїцидальних думок, психічного стану та історії хвороби й лікування [537], цю інформацію можна було б зібрати за допомогою структурованого клінічного інтерв'ю для DSM-5 (SCID-5) [538] або міні-міжнародного нейропсихіатричного інтерв'ю для DSM-5 (MINI) [539]. Однак, оскільки тривалий розлад горя ще не був остаточно визначений як діагноз у DSM-5 на момент прийняття цієї класифікації, стандартні клінічні шкали, такі як SCID-5 і MINI, не включають у себе діагностичних критеріїв тривалого розладу горя [524]. Тому клініцисти повинні оцінити тяжкість та інтенсивність симптомів тривалого розладу горя шляхом окремого опитування.

Одним із варіантів для такого опитування є «Structured Clinical Interview for Complicated Grief» (SCIP) — «Структуроване клінічне інтерв'ю для ускладненого горя» [540]. Обстеження пацієнта з використанням цього інтерв'ю, проведене клініцистом, дає можливість оцінити додаткову інформацію, необхідну для діагностики тривалого розладу горя [524]. SCIP містить 31 пункт для оцінювання симптомів про наявність тривалих проявів розладу горя протягом останнього місяця та необов'язковий розділ скринінгу для оцінки характеристик, пов'язаних зі смертю, включаючи зв'язок із померлим, причину смерті та час після смерті [540]. SCIP має хороші або відмінні психометричні характеристики, включаючи надійність між оцінювачами (коефіцієнт внутрішньокласової кореляції ICC=0,95), внутрішню узгодженість (α Кронбаха = 0,77), надійність повторного тестування (ICC=0,68) і конвергентну валідність з іншими складними симптомами горя [540]. Однак слід зазначити, що ці надзвичайно позитивні характеристики, простота у використанні та користь для діагностичного процесу на сьогодні були підтверджені лише в одному дослідженні [541].

STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR PROLONGED GRIEF DISORDER (SCIP)

Holly G. Prigerson, PhD, Martin Viola, MA, Wendy Lichtenthal, PhD, Madeline Rogers, LCSW, Heather M. Derry, PhD, Wan Jou She, PhD, Janna Gordon-Elliott, MD, Paul K. Maciejewski, PhD

ІНСТРУКЦІЯ

Стандартне проведення структурованого клінічного інтерв'ю щодо розладу тривалого горя (SCIP) необхідне для забезпечення надійної оцінки та діагностики. SCIP мають проводити інтерв'юери, які пройшли підготовку зі структурованого клінічного інтерв'ю та вміють проводити диференційну діагностику психічних захворювань у контексті станів горя. Це включає глибоке розуміння концептуальної основи тривалого розладу горя (PGD) і його різноманітних симптомів, а також детальне знання особливостей і умов самого тесту SCIP.

Особливості застосування

1. Визначте втрату, яка буде основою для дослідження симптомів. Втрата повинна включати смерть близької людини.

2. Прочитайте підказки дослівно, одну за раз, у наведеному порядку, за винятком:

а. Записуйте прямою мовою власні слова респондента, щоб позначити втрату.

3. Взагалі не пропонуйте відповіді. Якщо респонденту важко зрозуміти підказку, можливо, необхідно запропонувати короткий приклад для пояснення та ілюстрації. Однак це слід робити рідко і лише після того, як респонденту буде надана достатня можливість спонтанно відповісти.

4. Проводьте інтерв'ю якомога швидше, щоб мінімізувати навантаження на респондента. Деякі корисні стратегії:

а. Досконально ознайомтеся зі SCIP, щоб швидко використовувати підказки.

б. Задайте найменшу кількість підказок, необхідних для отримання достатньої інформації для проведення діагностичного оцінювання.

в. Зведіть до мінімуму конспектування та пишіть, поки респондент говорить, щоб уникнути довгих пауз.

д. Візьміть на себе відповідальність за співбесіду. Будьте шанобливим, але твердим, тримайте респондента на місці, переходьте між запитаннями, наполягайте на прикладах або вказуйте на протиріччя.

Оцінка інтерв'юера

Щоб відповідати критеріям DSM-5-TR для тривалого розладу горя, SCIP оцінює частоту та інтенсивність симптомів, а також ступінь функціональних порушень через ці симптоми. Щоб отримати позитивний діагноз «тривалий розлад горя», необхідно:

Критерій А: Визначена втрата повинна відбутися за 12 місяців до співбесіди для дорослих або за 6 місяців до цього для дітей і підлітків (зазначається в пункті А3).

Критерій В: Респондент повинен повідомити про клінічно значущий ступінь та частоту симптомів туги й занепокоєння щодо померлого. Цьому критерію відповідають відповіді «трішки» або «переважно» на пункти В1 і В2 (індексуючи клінічну значущість) і відповіді «майже щодня» або «кілька разів на день» для пунктів В1а і В2а (індексуючи частоту симптомів).

Критерій С: Принаймні три з восьми симптомів, перерахованих у цьому критерії, мають бути зазначені з тим самим або вищим рівнем клінічної інтенсивності та частоти, що й у Критерії В. Це задовольняється відповідями «трішки» або «сильно» для елементів тяжкості і «майже щодня» або «кілька разів на день» для пунктів частоти принаймні трьох однакових симптомів (тобто С1, С1а, С2, С2а, С3, С3а).

Критерій D: Порушення, викликане реакцією горя, повинно спричинити значний дистрес або порушення функціонування. Цей критерій відповідає принаймні одному з чотирьох пунктів (від D1 до D4), оцінених інтерв'юером як «помірний вплив» або «сильний вплив».

Критерій Е: Реакція горя має перевищувати культурні норми для інтерв'юованого як за тривалістю (пункт Е4), так і за ступенем тяжкості (пункт Е5). Ці пункти оцінює інтерв'юер із значним внеском опитуваного, який є експертом у своєму власному культурному контексті. Реакції горя можуть сильно відрізнятися в різних культурах; під час обговорення цих питань необхідні як культурна компетентність, так і культурна скромність, щоб забезпечити належне обстеження та оцінку.

Критерій F: Згідно з оцінкою інтерв'юера, симптоми, про які повідомляє респондент, не краще пояснюються іншим психічним розладом, таким як великий депресивний розлад або посттравматичний стресовий розлад, медичним станом або фізіологічним впливом психоактивної речовини. SCIP не оцінює наявність цих факторів. Швидше інтерв'юер повинен самостійно виключити їх. Оцінка «ні» у пункті F1 потрібна для діагностики тривалого розладу горя.

Глобальні рейтинги: Загальна достовірність відповідей повинна бути оцінена інтерв'юером як «відмінно», «добре» або «задовільно».

Для кожного розділу SCIP відповіді, необхідні для встановлення діагнозу тривалого розладу горя, виділені сірим кольором.

Критерій А: Загроза втрати близької людини

Я збираюся запитати Вас про Ваш досвід (вставте їхні нещодавні значні втрати). Я попрошу Вас описати втрату (наприклад, хто помер, родинні та емоційні стосунки померлого з Вами). Крім того, я запитаю Вас, як сталася втрата, коли це сталося і про Вашу емоційну реакцію на цю втрату. Якщо нещодавно Ви пережили кілька втрат, скажіть, будь ласка, яка втрата вплинула на Вас найбільш емоційно. Загалом мені не потрібно багато інформації — достатньо, щоб я міг зрозуміти Ваші проблеми. Будь ласка, дайте мені знати, якщо Ви засмучуєтеся, коли ми розглядаємо запитання, щоб ми могли сповільнитися та поговорити про це. Також дайте мені знати, якщо у Вас виникнуть запитання або Ви щось не зрозумієте. Чи є у Вас запитання, перш ніж ми почнемо?

Стосовно (втрати) я хотів би почати з того, що попросив би Вас коротко описати, що сталося.

A1. Ким була людина, яку Ви втратили, і які були стосунки цієї людини з Вами (наприклад, щодо спорідненості та емоційної близькості)?

A2. Чи можете Ви описати, як сталася втрата (події, пов'язані з втратою)?

A3. Коли сталася втрата? (дата або, якщо респондент не пам'ятає, місяць чи пора року)

Якщо респондент повідомляє, що смерть настала через щось інше, ніж природні причини (наприклад, нещасний випадок, природне або спричинене людиною лихо, вбивство, самогубство), тоді можуть бути запропоновані такі пункти без оцінок, щоб отримати більше контексту про встановлену втрату.

- Ви були присутні, коли це сталося?
- Чи був ще хтось серйозно поранений чи вбитий?
- Чи було Ваше власне життя під загрозою?
- Чи відчуваєте Ви, що Ви чи хтось інший могли запобігти смерті?

Наведені нижче пункти без оцінок можуть бути використані для оцінки потенційної попередньої історії тривалого розладу горя. Ці запитання можуть бути повторені у випадках, коли опитуваний повідомляє про численні інші смерті.

- Чи були інші смерті близьких Вам людей у минулому, крім _____?
 □ Якщо так, коли це сталося?
 □ Якщо так, Ваша реакція на смерть цієї людини викликала у Вас проблеми?
 □ Якщо так, чи Ваша реакція на смерть заважала вам робити те, що Ви хотіли?
 □ Якщо так, Ваша реакція на смерть тривала довше, ніж Ви очікували?

Критерій В: Дистрес розлуки: людина, яка перенесла втрату, відчуває тугу або заклопотаність втратою щонайменше щодня і в клінічно значущому ступені

Протягом решти нашого спілкування пам'ятайте про (втрату), оскільки я запитую Вас про різні реакції, які це могло викликати у Вас. Можливо, Ви відчували деякі із цих думок, почуттів і поведінки до смерті _____, але в цьому інтерв'ю ми зосередимося лише на минулому місяці. Для кожної реакції я буду запитувати, чи було у Вас це протягом останнього місяця, і якщо так, то як часто та наскільки це Вас турбує.

В1. Чи відчуваєте Ви тугу або скорботу за _____?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт В1 — «трішки» або «сильно», оцінійте як В1а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

В2. Чи відчували себе зайняті думками чи спогадами про _____?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт В2 — «трішки» або «сильно», оцінійте як В2а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

Критерій С: Когнітивні, емоційні та поведінкові симптоми: людина, яка перенесла втрату, може мати три (або більше) із наведених нижче симптомів, які відчуються принаймні щодня або до інвалідизуючого ступеня

С1. Після пережитої смерті _____ чи в її результаті Ви відчуваєте плутанину щодо своєї ролі в житті або відчуваєте, що Ви більше не знаєте, хто Ви є (тобто відчуваєте, що частина Вас померла)?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт С1 — «трішки» або «сильно», оцінюйте як С1а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

С2. Вам важко повірити, що _____ справді зник?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт С2 — «трішки» або «сильно», оцінюйте як С2а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

С3. Чи уникаєте Ви нагадувань про те, що _____ дійсно помер?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт С3 — «трішки» або «сильно», оцінюйте як С3а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

С4. Чи відчуваєте Ви емоційний біль (наприклад, гнів, гіркоту, смуток), пов'язаний із втратою _____?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт С4 — «трішки» або «сильно», оцінюйте як С4а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

С5. Після втрати _____ або внаслідок цього чи відчуваєте Ви, що Вам важко повернутися до життя (наприклад, проблеми зі спілкуванням із друзями, досягненням інтересів, плануванням на майбутнє)?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт С5 — «трішки» або «сильно», оцінюйте як С5а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

С6. З моменту втрати _____ чи внаслідок цього Ви почуваетесь емоційно оціпенілими чи відчуженими від інших?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт С6 — «трішки» або «сильно», оцінюйте як С6а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

С7. Чи вважаєте Ви, що без _____ життя безглузде?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт С7 — «трішки» або «сильно», оцінюйте як С7а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

С8. Ви відчуваєте себе самотнім чи самотнім без _____?

Зовсім ні	Злегка	Дещо	Трішки	Сильно
-----------	--------	------	--------	--------

*Якщо пункт С8 — «трішки» або «сильно», оцінійте як С8а.
Як часто Ви відчували це?*

Принаймні один раз за минулий місяць	Принаймні один раз на тиждень	Майже щодня	Декілька разів на день
--------------------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

Критерій D: Клінічно значущий дистрес або функціональне порушення

*Наступні питання ставляться як відкриті запитання та оцінюються інтерв'юером для відображення найбільш відповідної категорії.
Значний дистрес*

D1. Загалом, наскільки засмучено Ви відчували втрату за останній місяць?

Немає негативного впливу	Легкий вплив, мінімальний дистрес	Помірний вплив явно та істотно присутній, але не порушує працездатність	Сильний вплив, значне страждання, порушена працездатність
--------------------------	-----------------------------------	---	---

Соціальне функціонування — розгляньте порушення соціального функціонування, про які повідомлялося в попередніх пунктах.

D2. Загалом, чи вплинула Ваша втрата на Ваші стосунки з іншими людьми за останній місяць? Як саме?

Чи можете Ви сказати, що перед смертю відчували себе соціально ізольованим?

Якщо так: Чи відбулася помітна зміна у Вашому почутті соціальної ізоляції після смерті?

Немає негативного впливу	Легкий вплив, мінімальний дистрес	Помірний вплив явно та істотно присутній, але не порушує працездатність	Сильний вплив, значне страждання, порушена працездатність
--------------------------	-----------------------------------	---	---

Професійна діяльність. Розглянемо звіт про роботу, включаючи кількість і тривалість роботи, а також якість робочих стосунків. Якщо преморбідне функціонування незрозуміле, запитайте про досвід роботи до втрати.

D3. *Якщо незрозуміло:* Ви зараз працюєте?

Якщо так: Загалом, чи вплинула Ваша втрата на Вашу роботу чи працездатність за останній місяць?

Немає негативного впливу	Легкий вплив, мінімальний дистрес	Помірний вплив явно та істотно присутній, але не порушує працездатність	Сильний вплив, значне страждання, порушена працездатність
--------------------------	-----------------------------------	---	---

Інше функціонування

D4. Загалом, чи виникли у Вас проблеми з іншими справами, які Ви зазвичай робите, через втрату протягом минулого місяця?

Немає негативного впливу	Легкий вплив, мінімальний дистрес	Помірний вплив явно та істотно присутній, але не порушує працездатність	Сильний вплив, значне страждання, порушена працездатність
--------------------------	-----------------------------------	---	---

Критерій Е: Тяжкість і тривалість горя перевищує соціальні/культурні/релігійні норми

Далі я хотів би поставити Вам кілька запитань про Вашу культуру. Я хотів би поставити ці запитання, щоб краще зрозуміти, як Ваші почуття пов'язані з тим, що люди, наприклад Ваші друзі та родина, можуть очікувати від Вас почуттів або поведінки.

E1. Чи відчуваєте Ви причетність до будь-яких соціальних груп, етнічних груп чи традицій? Як би Ви описали свою культуру? Чи є у Вас кілька культур, частиною яких Ви відчуваєте себе?

E2. Як люди у Вашій культурі чи релігії переживають горе? Чи є якісь правила чи традиції, згідно з якими потрібно сумувати подібно до Вас? Чи існують якісь традиції чи правила щодо тривалості суму, подібному до Вашого?

E3. На Вашу думку, чи Ваші почуття та поведінка відрізняються від того, що люди у Вашій культурі очікують від людини, яка переживає горе?

E4. На основі відповідей E1 – E3 оцініть, чи перевищує соціальні, культурні чи релігійні норми для їхньої культури та контексту тривалість симптомів горя.

Не перевищує соціальних, культурних або релігійних норм	Перевищує соціальні, культурні або релігійні норми
---	--

E4. На основі відповідей E1 – E3 оцініть, чи перевищує соціальні, культурні чи релігійні норми для їхньої культури та контексту виразність симптомів горя.

Не перевищує соціальних, культурних або релігійних норм	Перевищує соціальні, культурні або релігійні норми
---	--

Критерій F: Диференційна діагностика

F1. Чи симптоми, про які повідомив респондент, краще пояснюються великим депресивним розладом, посттравматичним стресовим розладом чи іншим психічним розладом, або вони пов'язані з фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліків, алкоголю) чи з іншим захворюванням?

Так	Ні
-----	----

Окрім цільових скринінгових та клінічних шкал у діагностиці тривалого розладу горя, можливо використання і психодіагностичних тестів, спрямованих на оцінювання окремих симптомів, найбільш характерних для цього розладу. Туга вважається однією з базових ознак тривалого розладу горя і може бути невід'ємною частиною виникнення каскаду інших симптомів, пов'язаних із горем, включаючи емоційний біль, заклопотаність померлим і відчуття, що життя без померлого є безглуздом. До таких тестів слід насамперед віднести «Yearning in Situations of Loss Scale — Bereaved» (YSL) — «Шкалу туги в ситуаціях втрати — скорботи» (рис. 13) [542]. Це шкала самооцінки, яка складається з 21 пункту й оцінює ступінь туги за померлим. YSL демонструє гарні психометричні властивості, включаючи внутрішню узгодженість (α Кронбаха = 0,91) і відповідну дискримінантну валідність із такими конструктами, як депресія, тривога та самотність [542]. Відповіді на кожен пункт оцінюються за шкалою Лайкерта з 5 ступенями свободи (1 бал — «ніколи»; 2 бали — «рідко»; 3 бали — «іноді»; 4 бали — «часто»; 5 балів — «постійно»).

Беручи до уваги те, що постійне уникнення емоційного болю, думок або місць, пов'язаних із померлим, а також дисфункціональні переконання можуть заважати адаптації до втрати і, таким чином, сприяти розвитку та тяжкості тривалого розладу горя [543], до обстеження пацієнта також можливо долучити «Typical Beliefs Questionnaire» (TBQ) — «Опитувальник типових вірувань» [543] (рис. 14) і «Grief-Related Avoidance Questionnaire» (GRAQ) — «Опитувальник уникнення горя» [544].

TBQ — це шкала вимірювання неадаптивних моделей мислення, яка складається з 25 пунктів. Кожен пункт оцінюється за шкалою Лайкерта з 5 ступенями свободи (від 0 до 4 балів). Загальна оцінка може здійснюватися шляхом простого підсумовування всіх рейтингових балів або шляхом дихотомічної оцінки, за якої оцінка «3» або «4» вважається схваленим пунктом. TBQ має хороші психометричні властивості, включаючи внутрішню узгодженість (α Кронбаха = 0,82) і надійність «тест-повторний тест» (ICC=0,74) [54]. Факторний аналіз цього тесту виявляє п'ять важливих факторів: протест проти смерті, негативні думки про світ, потреба в людині, «менше горя — це неправильно» та «занадто багато суму» [543].

GRAQ — це шкала вимірювання самооцінки, яка складається з 15 пунктів, що оцінюють фізичну та психічну поведінку уникання осіб, які втратили близьких [544]. GRAQ виявляє хорошу внутрішню узгодженість (α Кронбаха = 0,87-0,89) [544, 545] і конвергентну валідність, розрізняючи пацієнтів із симптомами тривоги, депресії та ПТСР і пацієнтів без цих розладів [81]. Факторний аналіз тесту визначив три різні фактори: уникання місць і речей, які нагадують про смерть, уникання дій, які нагадують про смерть, уникання ситуацій, пов'язаних із хворобою чи смертю, що викликають емоції, пов'язані з втратою (ситуації співчуття; наприклад, похід на похорон) [544, 545].

«Yearning in Situations of Loss Scale–Bereaved» (YSL)
«Шкала туги в ситуаціях втрати – скорботи»
 O'Connor, M.F. & Sussman, T. (2014)

Інструкція: цей опитувальник стосується відношення до коханої людини, яку ви втратили. Будь ласка, вкажіть, як часто ви відчуваєте, як описано, вибравши одну з відповідей.	ніколи	нечасто	іноді	часто	завжди
1. Мені нагадують про _____ повсякденні предмети, місця та події.					
2. Мені хочеться, щоб все було так, як було, коли я був із _____.					
3. Я відволікаюся від того, що відбувається навколо мене (наприклад, від розмов), тому що я думаю про _____.					
4. Я мрію про _____.					
5. Мені важко бути щасливим без _____.					
6. Мені здається, що раніше все було ідеально до того, як я втратив _____.					
7. Я мрію, що в моєму ідеальному світі втрата _____ ніколи б не сталася.					
8. Я в думках вибираю речі, від яких готовий би відмовитися в обмін маючи _____ назад.					
9. Я відчуваю себе відокремленим від навколишнього світу без _____.					
10. Відчуття бажання повернути _____ таке сильне, що неможливо описати.					
11. Мені подобається уявляти, що б я зробив, якби _____ був зі мною.					
12. Я набагато більше залучений у розмову, якщо в ній йдеться про _____.					
13. Я відчуваю, що просто немає нікого, хто міг би любити мене так, як любив _____.					
14. Я хотів би робити те, що раніше робив з _____.					
15. Я відчуваю, що було б неможливо знайти іншу людину, яка б зробила мене здатним відчувати те саме, що відчував з _____.					
16. Я сумую за _____ так само або навіть більше, ніж за будь-якою іншою людиною.					
17. Без _____ я почуваюся самотнім.					
18. Мені не хочеться так багато виходити на прогулянку без _____.					
19. Важко уявити, щоб я відчував себе таким же комфортним і щасливим, як коли був з _____.					
20. Я відчуваю, що якби _____ був тут, я б знав, що робити.					
21. Я відчуваю, що міг би бути повністю щасливим, якби був із _____.					

Рис. 13. Бланк тесту «Yearning in Situations of Loss Scale — Bereaved» (YSL)

Typical Beliefs Questionnaire (TBQ) Опитувальник типових вірувань

Інструкція: Люди мають деякі типові думки та переконання щодо смерті своїх близьких, а також про себе, інших та про світ взагалі. Люди відрізняються за тим, наскільки сильно вони думають або вірять у ці речі. Будь ласка, прочитайте кожен пункт нижче та поставьте «галочку» у клітині, яка вказує на те, наскільки сильно ви в це вірите.	зовсім ні	дещо	помірно	сильно	дуже сильно
1. Ця смерть не повинна була статися					
2. Ви повинні були зробити щось, щоб запобігти смерті або полегшити її					
3. Хтось інший міг запобігти цій смерті або полегшити її					
4. Світ сповнений непередбачуваних небезпек					
5. Горю - це ваш головний зв'язок із коханою людиною, тому що це все, що у вас залишилося від неї					
6. Це несправедливо, що ця людина померла					
7. Вам слід було частіше висловлювати свою любов і вдячність або робити кохану людину щасливішою					
8. Більше немає безпечного місця					
9. Ви не розумієте, чому ваше горе не стає меншим					
10. Погані речі не піддаються контролю					
11. Менше сумувати означало б, що ви були байдужі, безсердечні чи холодні, або що ви зраджуєте кохану людину					
12. Ваша кохана людина не повинна була померти таким чином					
13. Життя нестерпне без людини, яка померла					
14. Єдине, що дійсно може вам допомогти, це повернути цю людину					
15. Вам потрібна довірена особа - хтось, з ким ви можете посправжньому поговорити і відчувати близькість					
16. Інші люди втомилися від вашого нескінченного горя					
17. Ваша кохана людина повинна була краще піклуватися про себе					
18. Вам потрібна людина, яка померла, щоб допомогти вам впоратися зі стресом або проблемами					
19. Вам нікуди подітися тепер, коли коханої людини немає					
20. Потрібно остерігатися забути людину, яка померла					
21. Вам потрібно перестати так сильно сумувати					
22. З вами щось не так, тому що ви дуже сумуете. Ви вже повинні подолати це					
23. Проводити час з іншими людьми важко, тому що ви не можете поділитися з ними своїм горем					
24. Ви не можете перестати хотіти, щоб ваша кохана людина все ще була тут					
25. Вам так потрібна ця людина, що вона не повинна була померти					

Рис. 14. Бланк тесту «Typical Beliefs Questionnaire» (TBQ)

5.2. Психотерапія та психофармакотерапія тривалого розладу горя

У більшості людей, які перенесли втрату, з часом відбувається природне зниження симптомів, пов'язаних із горем, і вони не потребують жодного медичного чи психологічного втручання. Крім того, наявність деяких симптомів, пов'язаних із горем, які не спричиняють значних страждань і не перешкоджають функціонуванню та можуть то зростати, то слабшати протягом року, з періодами погіршення у важливі річниці (наприклад, день смерті), не є ознакою патології та не вказує на необхідність втручання. Однак для меншини, у якої розвивається стан тривалого розладу горя, доступні короткострокові втручання, засновані на доказах, які можуть допомогти полегшити симптоми тривалого розладу горя.

У числі перших із методів психотерапевтичної допомоги пацієнтам із тривалим розладом горя стоїть «Лікування ускладненого горя» — «Complicated Grief Treatment» (CGT) — це мануалізоване психотерапевтичне втручання, яке складається з 16 сеансів і на сьогодні розцінюється як терапія першої лінії, така, що довела свою ефективність для зменшення симптомів тривалого розладу горя в кількох рандомізованих контрольованих дослідженнях [534, 546]. CGT включає компоненти теорії прихильності, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та інших підходів для полегшення процесів адаптації до втрати. CGT полегшує адаптацію завдяки зосередженню як на втраті, так і на відновленні відповідно до моделі подвійного процесу горя [547].

Компоненти, орієнтовані на втрату, включають прийняття реальності смерті й зміну стосунків із людиною, яка померла.

Елементи, орієнтовані на відновлення, включають роботу над досягненням бажаних цілей за відсутності особи, яка померла, і відчуття компетентності та задоволення у світі себе без померлого [548].

Щоб досягти адаптації, CGT включає сім основних тем: надання інформації, яка допоможе пацієнтам зрозуміти та прийняти горе, керування емоційним болем і моніторинг симптомів, роздуми про майбутнє, відновлення зв'язку з іншими, розповідь історії смерті, навчання жити з нагадуваннями та підключенням до спогадів.

Інші варіанти терапії, які частково збігаються з CGT і також можуть бути корисними для пацієнтів із тривалим розладом горя, зокрема, включають елементи КПТ, такі як експозиційна терапія. Також існує досить ефективна методика «Healthy Experiences After Loss» — інтервенція на основі Інтернету, яка використовує когнітивно-поведінкові

стратегії для сприяння повторному залученню до позитивного самообслуговування та соціальних ресурсів, демонструє початкові переваги для лікування горя, депресії, тривоги й посттравматичного стресу в пілотному дослідженні [549]. На сьогодні розробляються додаткові протоколи для тривалої КПТ, пов'язаної з горем, і самогубства [550, 551].

Саме КПТ також може бути ефективним інструментом для лікування симптомів, які зазвичай виникають разом із тривалим розладом горя. Наприклад, більшість пацієнтів із тривалим розладом горя повідомляють про значні порушення сну, які не завжди можливо покращити за допомогою лікування, орієнтованого на горе [552]. Для цих пацієнтів може бути корисним коротке втручання, орієнтоване на сон, наприклад КПТ для лікування безсоння (КПТ-І).

Щодо психофармакотерапії тривалого розладу горя, то на сьогодні кілька досліджень вивчали вплив лише фармакотерапії на редукцію тривалого розладу горя. Існує кілька відкритих досліджень трициклічних антидепресантів, а також селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та інших антидепресантів нового покоління, які призначали особам, що перенесли втрату [553]. У двох невеликих відкритих дослідженнях трициклічних препаратів і одному відкритому дослідженні бупропіону ліки значно покращили симптоми депресії, але вплив на інтенсивність горя був незначним [554-556].

6. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ТА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ БУЛИ ЖЕРТВАМИ КАТУВАНЬ І ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ ПІД ЧАС ПЕРЕБУВАННЯ В ПОЛОНІ ЧИ У ФІЛЬТРАЦІЙНИХ ТАБОРАХ

Право людини не бути підданим катуванню закріплено в міжнародному праві. Пряма заборона катувань міститься в Загальній декларації прав людини, Міжнародному пакті про громадянські та політичні права й у Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження та покарання. Подібним чином, право не піддаватися катуванням передбачено і в низці регіональних міжнародно-правових документів. Так, положення, що прямо забороняють катування, містяться в Американській конвенції про права людини, Африканській хартії прав людини і народів, Європейській Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод. Міжнародні договори стосовно збройних конфліктів становлять норми міжнародного гуманітарного права або закони та звичаї війни.

У міжнародному гуманітарному праві заборона застосування катувань становить невелику, але важливу частину більш широкого захисту, що надається згідно із цими договорами всім жертвам війни. Відповідні Женевські конвенції 1949 року ратифікували 188 держав. У цих конвенціях закріплені норми стосовно дій під час міжнародних збройних конфліктів, особливо поведження з особами, які або взагалі, або більше не беруть участі у воєнних діях, зокрема з пораненими, полоненими або цивільними особами. Усі чотири конвенції забороняють застосування катування та інші види жорстокого поведження.

4 листопада 1950 року Рада Європи прийняла Європейську конвенцію з прав людини і основоположних свобод, яка набула чинності 3 вересня 1953 року. У статті 3 Європейської конвенції йдеться про те, що «ніхто не повинен піддаватися катуванню і нелюдському або такому, що принижує гідність, поведженню чи покаранню». Відповідно до Європейської конвенції були створені контрольні механізми — Європейський суд та Європейська комісія з прав людини. Після реформи, яка

набула чинності 1 листопада 1998 року, раніше діючі суд і комісія були замінені новим постійним судом. Відтепер передбачено в обов'язковому порядку право на подачу індивідуальних скарг, і пряий доступ до цього судового органу мають всі постраждалі. Були випадки, коли Суду доводилося розглядати питання щодо необхідності розслідування (як засоби забезпечення прав, гарантованих у статті 3 стверджень щодо застосування катування).

У 1987 році Рада Європи прийняла Європейську конвенцію про запобігання катуванням і нелюдським або таким, що принижують гідність, видам поведження або покарання, яка набула чинності 1 лютого 1989 року. До 1 березня 1999 року Конвенцію ратифікували всі 40 держав-членів Ради Європи. Конвенція вносить у доповнення до судового механізму, передбаченого в Європейській конвенції про захист прав людини, також і відповідний механізм превентивного характеру. Конвенція про запобігання катуванням навмисне не встановлює ніяких матеріально-правових норм. Відповідно до Конвенції був заснований Європейський комітет з питань запобігання катуванням і нелюдським або таким, що принижують гідність, видам поведження та покарання, до складу якого входить по одному представнику від кожної держави-учасниці. Обрані члени Комітету повинні мати високі моральні якості, бути неупередженими, незалежними та готовими виїжджати у відрядження на місце.

Відповідно до Римського статуту Міжнародного кримінального суду, прийнятого 17 липня 1998 року, був заснований постійний міжнародний кримінальний суд, покликаний розглядати справи відносно осіб, відповідальних за акти геноциду, здійснення злочинів проти людяності і воєнних злочинів. Суд правомочний розглядати справи стосовно заяв щодо застосування катувань, що становлять елемент геноциду, або злочину проти людяності, якщо катування є частиною широкомасштабного чи систематичного жорстокого поведження або воєнного злочину, що підпадає під дію Женевських конвенцій 1949 року. Катування в Римському статуті визначаються як навмисне спричинення сильного болю або страждань, чи то фізичних або психічних, особі, що перебуває під вартою або під контролем звинуваченого. Станом на 25 вересня 2000 року Римський статут Міжнародного кримінального суду підписало 113 країн та ратифікувала 21 Держава. Суд знаходиться в Гаазі. Суд буде володіти юрисдикцією тільки відносно справ, з якими Держави не мають можливості або не бажають переслідувати осіб, відповідальних за здійснення вказаних у Римському статуті злочинів.

6.1. Найбільш поширені методи катувань і жорстокого поводження

Для проведення ефективного психопатологічного та патопсихологічного обстеження пацієнта, який був жертвою катувань і неналежного поводження, безперечно, слід знати про найбільш поширені види катувань. Традиційно катування розмежовують на фізичні та психічні (психологічні), хоча таке розмежування є досить штучним. Мета будь-якого фізичного катування — це не тільки заподіяння фізичного болю, але й придушення волі жертви, примушення її до покірності й виконання вимог ката. Крім того, велика кількість фізичних катувань несе із собою і значну психічну травму, як-то сексуальні катування тощо. Унаслідок цього і наслідками катувань є не тільки тілесні ушкодження, але й психічні розлади.

Наведемо приблизний перелік найбільш поширених катувань, викладений у Настанові з ефективного розслідування і документування тортур та інших жорстоких чи таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання, більш відомої сьогодні як Стамбульський протокол [557]:

- нанесення тупих травм, наприклад удари кулаком, ногою, ляпаси, пороття, побиття проводами або палицями чи збиття з ніг;
- катування положенням шляхом використання підвішування, розтягування кінцівок, довготривала іммобілізація, примус до перебування в певному положенні;
- опіки сигаретами, розпеченими інструментами, киплячою рідиною або будь-якою їдкою речовиною;
- електрошок;
- асфіксія, наприклад використання «вологих» та «сухих» методів, занурення у воду з головою, задушення, удавлення або використання хімічних речовин;
- розтрощення, наприклад унаслідок сильного удару по пальцях або використання важкого предмету циліндричної форми для заподіяння травм стегон або спини;
- заподіяння проникаючих травм, наприклад колотих та вогнепальних ран, вбивання голки під нігті;
- застосування хімічних властивостей солі, пекучого перцю, бензину тощо (на ранах або в порожнинах тіла);
- сексуальне насильство з пошкодженням статевих органів, сексуальні домагання, використання різноманітних предметів, згвалтування;

- розтрощення або болісне видалення пальців чи кінцівок;
- медична ампутація пальців або кінцівок, видалення органів хірургічним шляхом;
- фармакологічне катування з використанням токсичних доз седативних, нейролептичних або паралітичних препаратів тощо;
- умови утримання під вартою, наприклад обмежена в площі або переповнена камера, одиночне ув'язнення, антисанітарні умови, відсутність доступу до туалету, нерегулярне харчування або заражена їжа та вода, вплив екстремальних температур, відмова в праві на усамітнення й примусова нагота;
- позбавлення нормальної сенсорної стимуляції, наприклад звуків, світла, почуття часу, ізоляція, маніпуляції з яскравістю освітлення камери, позбавлення можливості задоволення фізіологічних потреб, нормальної тривалості сну, їжі, води, доступу до туалету, можливості помитися, рухової активності, медичної допомоги, соціальних контактів, ізоляція всередині в'язниці, позбавлення контактів із зовнішнім світом (жертви найчастіше утримуються в одиночних камерах для запобігання встановленню обміну інформацією між ув'язненими, а також для сприяння виникненню патологічної симпатії до осіб, що застосовують катування);
- приниження, наприклад словесні образи, примус до спричинення принизливих для людини дій;
- погрози смерті, заподіяння шкоди членам сім'ї, продовження катувань, тюремного ув'язнення, імітація страти;
- погрози нападу тварин, наприклад собак, котів, пацюків або скорпіонів;
- психологічні методи пригнічення волі особистості, коли людина примушується до зради, змушена усвідомити свою безвихідь, опиняється у двозначних ситуаціях або отримує суперечливі повідомлення;
- порушення табу (найважливіших релігійної чи культурних заборон), примус до виконання дій, що суперечать релігії особистості (наприклад, примус мусульман вживати свинину);
- примус за допомогою катувань або інших актів насильства до заподіяння шкоди іншим, примус до знищення майна, примус до зради, унаслідок якого іншим людям загрожує небезпека;
- примус жертви спостерігати за катуванням або злочинами, що вчиняють відносно інших осіб.

6.2. Ознаки тортур та неналежного поводження, які можуть бути виявлені під час фізикального обстеження пацієнта

Багато з перерахованих вище видів катувань залишають фізичні наслідки, які можливо помітити і які також можуть бути описані в подальшій медичній документації за умови, якщо такій особі внаслідок травм, заподіяних тортурами, раніше надавалася медична допомога. Ці фізичні ознаки несуть важливу попередню інформацію, використовуючи яку можливо належним чином структурувати співбесіду, навіть якщо пацієнт відкидає застосування до нього катувань.

Виразність таких фізичних слідів катувань може значно відрізнятися залежно від інтенсивності, частоти й тривалості тортур, здатності особи до самозахисту, її попереднього фізичного стану. Водночас низка фізичних тортур може не залишати помітних слідів. Наприклад, удари по голові, які призводять до втрати свідомості та викликають у подальшому органічне ураження головного мозку, чи позбавлення їжі, яке призводить до виснаження та авітамінозу.

Нерідко кати для приховування своїх дій навмисне використовують такі фізичні тортури, які не залишають слідів. Наприклад, використання широких тупих предметів для побиття, надягання взуття під час тортури «фаланга» (для рівномірного розподілу сили ударів), використання мокрого рушника для катування електрошоком. Низка тортур, маючи максимальний ступінь спричинення болю, залишає мінімум фізичних слідів (розтяг, розтрощення тканин, асфіксія тощо). Саме тому слід бути максимально уважними навіть до мінімальних фізичних ознак чи скарг на стан здоров'я, які потенційно можуть свідчити про застосування до пацієнта тортур, а остаточний висновок слід робити не одразу після збирання анамнезу (включаючи аналіз наданої документації), зовнішнього огляду й клінічної співбесіди, а після отримання результатів додаткових лабораторних та інструментальних досліджень.

Такими додатковими методами підтвердження застосування катувань можуть виступати рентгенографія, комп'ютерна томографія, ядерно-магнітно-резонансна томографія та ультразвукове дослідження. Рентгенографія дає можливість виявити переломи кісток (зокрема, лицьових), але комп'ютерна томографія завжди дає більш досконалі результати. У випадках, коли немає можливості застосувати комп'ютерну томографію, іноді альтернативою може виступати ультразвукове дослідження, яке можливо застосовувати при тупих травмах живота, травмах яєчок, сухожиль та суглобів (наприклад, у випадку катування підвішуванням).

Біопсія тканин також може бути високоєфективним методом діагностики фізичних наслідків катувань при цілій низці тортур. Так, відомо, що електротравми проявляються у вигляді специфічних змін, які можуть бути діагностичними показниками катувань електрострумом. Хоча досвід клінічного застосування біопсії для діагностики катування електрострумом на сьогодні ще достатньо обмежений, її результати можна розцінювати тільки як непрямі дані про тортури.

6.3. Психологічні наслідки катувань, неналежного поводження і фактори підвищеного ризику

Психологічні наслідки катувань формуються в контексті особистісного присвоєння сенсу пережитим подіям, змін особистості внаслідок нового життєвого досвіду, а також соціальних, політичних і культурних чинників. Люди реагують на такі екстремальні травми, як тортури, відповідно до того, що вони для них значать. Генерування цих значень — це діяльність, яка відбувається в соціальному, культурному та політичному аспектах, а психологічні реакції на травму тісно пов'язані з психологічним значенням травми для людини.

Важко скласти чіткий ієрархічний список тяжкості тортур і неналежного поводження. Крім того, психологічний вплив травмуючих подій на людину залежить від того, як індивідуум суб'єктивно сприймає серйозність пережитої події, а не її об'єктивну серйозність. Приниження, загроза близьким або спостереження за тортами над іншою людиною можуть мати більш глибокий вплив на жертву, ніж ураження електричним струмом або катування «фалангою». У літературі є суперечливі повідомлення про зв'язок між серйозністю травми та її наслідками. Але однаково для виникнення й вираженості психопатологічних наслідків катувань важливе значення мають такі фактори:

1. Обставини та характер тортур:
 - вага травматичних подій;
 - інтенсивність, тривалість, частота травматичних подій;
 - природа психотравми (кумулятивна, одноразова, повторна, безперервна тощо).
2. Вік пацієнта і фаза його розвитку.
3. Фізичне травмування, біль, інші симптоми, пов'язані з жорстоким поводженням.
4. Постійна погроза для пацієнта або членів його родини (реальна чи уявна), ризик переслідування та повторного затримання.
5. Тортури чи неналежне поводження в минулому.

6. Інші психотравмуючі ситуації в минулому.
7. Обізнаність про тортури та готовність до них.
8. Розуміння психологічної відповіді людини на тортури.
9. Особистісні характерологічні якості (вразливість чи стійкість).
10. Особистісна система морально-етичних переконань та установок.

Важливе значення мають також фактори, які впливали на пацієнта після катувань і неналежного поводження:

1. Травматичний стан після тортур.
2. Втрати:
 - втрата родини;
 - втрата друзів;
 - втрата дому та майна;
 - трудова зайнятість, кошти для існування, соціальний статус.
3. Розлука (з родиною, друзями, батьківщиною).
4. Втеча з рідного краю чи вимушена міграція.
5. Додаткові труднощі:
 - труднощі в новому місці мешкання (включаючи мовний бар'єр);
 - зниження якості життя;
 - брак житла, їжі, медичної допомоги.
6. Несправедливість судочинства, беззаконня.
7. Соціальна чи культурна ізоляція.
8. Страх повторного арешту, який призводить до підпільного засобу життя.

6.4. Ризик повторного травмування обстежуваної особи

Важливою особливістю роботи з жертвою катувань та неналежного поводження є можливість її неумисного повторного психологічного травмування. Слід пам'ятати, що сама процедура співбесіди може нагадувати пацієнту процес допиту під час катувань, тому в нього може з'явитися сильне негативне ставлення до лікаря з перевагою таких сильних примітивних емоцій, як страх, лють, ненависть чи безпорадність. Реакції, відомі в психології як «перенос» та «контрперенос» можуть зашкодити продуктивному проведенню клінічної бесіди та додатково травмувати пацієнта. «Перенос» («трансфер») у даному випадку — це несвідома проєкція пацієнтом емоцій, пережитих під час катувань, на лікаря. Можливим є і виникнення зворотної психологічної реакції — «контрпереносу» («контртрансфер») — несвідомої проєкції емоцій лікаря на пацієнта в процесі спілкування.

Причину цих емоційних реакцій слід розуміти і висловлювати розуміння складного становища пацієнта в ньому. Крім того, при проведенні клінічної бесіди слід уникати запитань стосовно заборонених видів діяльності чи чогось, що може викликати в пацієнта страх подальшого покарання.

При виникненні реакції «переносу» пацієнт може сприймати лікаря як представника влади, причому як у позитивному, так і в негативному розумінні, як ворога чи співучасника тих, хто піддавали його катуванням. Можливе і протилежне ставлення пацієнта до лікаря, як до рятівника, захисника чи друга. У результаті цього «перенос» призводить до виникнення вторинного стресового стану, відчуття страху, гніву, люті, сорому, недовіри та підозри чи, навпаки, до надмірної довірливості та покірності.

Реакції «контрпереносу» можуть включати в себе виникнення в лікаря стану захисної байдужості, уникнення, безпорадності, безнадійності чи, навпаки, відчуття своєї могутності в ролі рятівника, відчуття провини та невпевненості в собі, надмірної люті до мучителя пацієнта. Виникнення «контрпереносу» під час проведення обстеження може призвести лікаря до важких помилок унаслідок недооцінювання важкості психопатологічних симптомів, які виникли в пацієнта внаслідок тортур, чи необґрунтованих сумнівів в істинності психопатологічних наслідків катувань. «Контрперенос» може заважати використанню необхідного емпатичного підходу, призвести до мимовільного забування деяких деталей, з'ясованих під час огляду, до ненавмисного травмування пацієнта неправильно сформульованими запитаннями та вербальними чи невербальними реакціями на його відповіді, а також до зниження об'єктивності й неможливості правильно і вчасно підготувати висновок про проведений огляд.

Наявність психопатологічних наслідків катувань може навіть викликати в пацієнта ті самі психологічні відчуття, які він переживав під час тортур. Тому дуже важливою складовою бесіди повинно бути пояснення пацієнту того, що йому слід очікувати під час обстеження та в його результаті.

Крім того, у більшості культур запитання, які стосуються психологічних страждань, особливо сексуальної сфери, є неприйнятними, іноді можуть викликати образ. Тому, наприклад, жертви сексуального насильства чи сексуальних тортур нерідко вважають, що на їх моральній, релігійній чи особистісній цілісності лежить пляма ганьби. У таких випадках обов'язковим є шанобливе розуміння цих етичних норм та індивідуальний підхід до пацієнта щодо необхідності конкретизації подробиць сексуальних тортур.

6.5. Загальні принципи проведення психопатологічного обстеження (клінічної бесіди) осіб, які були жертвами катувань та неналежного поводження

Як вже зазначалося вище, катування та неналежне поводження призводять не тільки до фізичних і психологічних страждань під час їх застосування, але можуть мати і довготривалі шкідливі наслідки. Крім фізичних захворювань, викликаних тортурами, важливим компонентом оцінювання стану таких пацієнтів є діагностика психічних розладів, які виникли внаслідок катувань та неналежного поводження. Психолого-психіатричне обстеження може дати важливі докази насильства й своєчасно надати спеціалізовану допомогу жертві. Для цього необхідним є збирання й оцінювання анамнезу пацієнта та даних щодо фізичних ознак тортур (про що докладно розповідалося в попередньому розділі), проведення клінічної (діагностичної) бесіди і встановлення діагнозу (про це буде йтися в цьому розділі), а також використання додаткових діагностичних методів медичної психології (про це буде йтися в наступному розділі).

Клінічна бесіда являє собою структуровану розмову з пацієнтом, спрямовану на виявлення порушень у його психічній діяльності. На початку інтерв'ю: лікар повинен представитися з наданням повної інформації про своє прізвище, ім'я, по батькові, спеціальність та статус. Необхідно чітко інформувати пацієнта про причину й мету огляду, можливі процедури, які можуть використовуватись під час обстеження, про будь-які можливі обмеження конфіденційності та її законодавчу захищеність. Також обов'язково необхідно отримати від пацієнта інформовану згоду на проведення огляду.

Клінічна бесіда повинна починатися з відкритих загальних питань. На підставі отриманої інформації, у разі потреби, слід шукати більш конкретні деталі, причому необхідно уважно стежити за послідовністю своїх запитань. Пацієнту слід повідомити, що він завжди може зробити перерву або закінчити співбесіду, якщо захоче. Бесіда має починатися з найменш чутливих та одночасно найбільш очікуваних для пацієнта питань (найчастіше це з'ясування скарг на стан здоров'я). Чутливі питання слід ставити тільки після встановлення довірчих взаємин та взаєморозуміння.

Під час бесіди корисним є широке використання коротких пауз, слід уникати авторитарних інструкцій, запитань і будь-яких підходів або стилів, які можуть нагадувати допит чи тортури. Тон та формулювання повинні бути чутливими й послідовними, створювати атмосферу

довіри, ввічливості, розуміння та співчуття. У спілкуванні з пацієнтом слід розуміти і враховувати культурні норми й переконання пацієнта. Найбільша питома вага повинна віддаватися відкритим запитанням, закриті запитання слід використовувати тільки для коротких уточнень для уникнення неправильного розуміння сказаного пацієнтом.

Під час клінічної бесіди слід завжди пам'ятати про можливе виникнення «переносу» та «контрпереносу».

Протягом клінічної бесіди слід звертати увагу й оцінювати зовнішній вигляд пацієнта: відповідність його одягу соціальному статусу, міміку під час спілкування (її адекватність та відповідність культуральним нормам), пантаміміку (позу, використання пантамімічних рухів під час бесіди).

Особливої уваги також заслуговує оцінювання мовлення пацієнта: його голосність, живість, послідовність, відповідність словникового запасу віку та освіті, використання епітетів, приказок, жаргонізмів тощо. Слід помічати й аналізувати паузи в мовленні пацієнта та його поведінку під час них, які можуть бути проявами вербальних галюцинацій, ілюзій і низки дисоціативних феноменів.

За результатами відповідей пацієнта на отримані запитання та його самостійних розповідей і запитань аналізується стан сенсорної та когнітивної сфер психіки. Цей процес аналізу відбувається постійно під час спілкування з пацієнтом і дає можливість коригувати бесіду, спрямовуючи її з метою більш ретельного з'ясування характеристик сприймання, мислення, пам'яті, уваги, емоцій та волі. Таким чином, психодіагностичний процес є перманентним, а структурування оцінки психічного статусу відбувається тільки при його описі після завершення клінічної бесіди.

Завершувати клінічну бесіду бажано переведенням її до нейтральної, розслаблюючої теми. Це необхідно для зменшення емоційного збудження, яке виникає під час бесіди чи викликається фактом завершення спілкування. Перед тим, як попрощатися з пацієнтом, необхідно поставити йому запитання, чи хоче він розповісти ще щось, якщо ні — спитати його, чи залишились у нього якісь запитання до вас.

Послідовність опису психічного статусу не є регламентованою і більшою мірою залежить від традицій, прийнятих у тій чи іншій науковій школі. Як приклад можемо запропонувати таку структуру його опису: контакт із пацієнтом (доступність контакту та зацікавленість у ньому, особливості мовлення, міміки та пантоміміки), свідомість (обов'язково описати орієнтацію пацієнта в часі, просторі та особистості), сприймання,

мислення, емоції, воля, увага, пам'ять, відповідність загального рівня знань віку та здобутій освіті, критика до свого стану й плани на майбутнє. Опис сфер психіки бажано робити у вигляді вільного опису, а не вже сформульованих висновків («порушень мислення не виявлено», «пам'ять у межах вікової норми»). Також бажано широко використовувати цитування висловлювань пацієнта, наведені прямою мовою («Пацієнт на запитання про стан сну розповів: «Кожну ніч по декілька разів прокидаюся, тому що сниться, нібито знов там... (пауза близько 30 с). Не можу заснути... (починає плакати)»).

Оцінювання психічного статусу осіб, які пережили катування, завжди потребує гнучкості з боку медичного працівника, який повинен мати добре розуміння культурного, мовного та освітнього рівня пацієнта, перш ніж намагатися провести будь-яку формальну оцінку. Діагноз психічного розладу, пов'язаного з травмою, може підтверджувати факт про застосування тортур, але невідповідність психічного стану пацієнта клінічним критеріям діагнозу зовсім не означає, що дана особа не піддавалася тортурам. Важливо пам'ятати про те, що далеко не у всіх, кого катували, виникає клінічно окреслений психічний розлад, однак у багатьох жертв з'являються окремі психопатологічні симптоми і глибокі емоційні реакції.

6.6. Використання експериментально-психологічних методів в обстеженні осіб, які були жертвами катувань та неналежного поводження

Обстеження осіб, які були жертвами катувань та неналежного поводження, обов'язково повинно включати в себе експериментально-психологічну частину. Саме використання стандартизованих експериментально-психологічних методик (тестів) дозволяє певною мірою об'єктивізувати дані клінічної бесіди, знайти ті ознаки та особливості стану пацієнта, які, можливо, були не помічені під час спілкування з ним.

Для обстеження психічного стану осіб, які були жертвами катувань і неналежного поводження, можуть використовуватись психометричні особистісні тести, клінічні тести та проєктивні тести.

З психометричних особистісних тестів найбільшу діагностичну цінність у цих випадках мають опитувальники, орієнтовані на приватні особистісні якості, зокрема опитувальники, що мають одну або кілька шкал (страх, депресія, агресивність, імпульсивність, упевненість у собі, локус контролю), кожна з яких може брати участь у наборі шкал багат шкального опитувальника.

Додатково можливо використання типологічних особистісних опитувальників, у яких типи особистості трактуються як незвідні до комбінації особистісних рис. Такі опитувальники дозволяють робити угруповання самих випробуваних. Це — «Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник» (Minnesota Multiphasic Personality Inventory — MMPI), «Опитувальник Х. Шмішека» (Schmieschek Fragebogen). Також у діагностичній роботі можуть бути корисними опитувальники цінностей (наприклад, методика М. Рокіча — як інструментальні цінності зазвичай розглядаються особистісні риси, які повинна мати людина: увічливість, відповідальність, інтелігентність, хоробрість, обдарованість уявою тощо), а також опитувальники мотивів (наприклад, «Форма з вивчення особистості» (Personality Research Form — PRF) — опитувальник побудований на основі класифікації потреб Г. Мюррея, що одним із перших став розглядати мотиви як стійкі особистісні диспозиції: Abasement (Потреба в самоприниженні); Achivement (Потреба досягнення); Aggression (Потреба в агресії) тощо).

Проективні тести — це окрема, досить своєрідна група тестів, які часто використовуються під час проведення психологічного експерименту. У рамках «проективного» діагностичного підходу одержання інформації засноване на аналізі особливостей дій випробуваного ззовні нейтральним, нібито безособовим матеріалом, що внаслідок його слабкої структурованості й невизначеності стає об'єктом проєкції психологічних феноменів і особистісних особливостей респондента, які цікавлять діагноста. Поняття «проєкції» для позначення цих методик уперше було використано Франком Л.К. у 1939 р., але непсихоаналітичне розуміння проєкції як прояву особливостей особистості у всіх видах активності людини (вербальної, моторної, емоційної і т. ін.) було описано американським психологом Мюрреєм Г.А.

Серед усіх психодіагностичних методик для діагностики психічних розладів, безперечно, особливе значення мають клінічні тести, які спрямовані на виявлення конкретних психопатологічних симптомів, оцінювання їх вираженості та проведення диференційної діагностики розладів психіки й поведінки.

Для психологічної оцінки, якої досягає клініцист, клінічне інтерв'ю, оцінка результатів клінічної бесіди та подальше формування висновків є фундаментальними результатами, тоді як психологічні тести мають тільки додаткове значення. Лікар-клініцист повинен завжди сам вирішувати, чи потрібно використовувати психологічне тестування і яке саме.

ВИСНОВКИ

Підбиваючи підсумок викладеному у вищепредставленій монографії, уявляється важливим звернути увагу наших шановних колег на те, що ми торкнулися тільки невеликої кількості психічних розладів, які є найбільш характерними для воєнного часу. Безперечно, воєнний час впливає і на інші психічні розлади, на їх психопатологічну картину, динаміку, поширеність, але саме ті розлади, діагностичні критерії, методи психофармакотерапії та психотерапії, які ми розглянули в цій монографії, є специфічними для воєнного часу і становлять найбільший інтерес для медичних фахівців із психічного здоров'я як в останні дев'ять років, так і особливо в період ворожої навали після 24 лютого 2022 року.

Хочемо також підкреслити, що всі розглянуті в монографії психічні розлади є патологією невротичного кола, тобто порушеннями психічної сфери не тільки стрес-асоційованими, але й за визначенням мінучими. Жакливі стресори воєнного часу безпосередньо впливають на мільйони людей, але тільки невеличка їх частина потрапляє в коло зору лікарів-психіатрів та психологів. По-перше, у більшості ці розлади не досягають «клінічного» рівня, залишаючись фрагментарними, синдромологічно незавершеними та такими, що не руйнують соціальне функціонування людини. По-друге, у більшості людей відносно швидко відбувається редукція психопатологічної симптоматики й адаптація до складних умов без будь-якої допомоги зовні. І тільки найбільш вразлива частина цього контингенту, адаптаційні резерви якої виявляються недостатніми, звертається по допомогу.

Саме спеціалізованій диференційованій психолого-психіатричній допомозі цій частині людей, які пройшли через горнило стресу воєнного часу, і була присвячена наша монографія. Авторський колектив сподівається, що вона буде корисною і хоча б трохи полегшить роботу фахівців у виконанні їхнього шляхетного медичного обов'язку.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВМПФК — венстромедіальна префронтальна кора мозку

ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я

ВПА — вживання психоактивних речовин

ГГН — гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система

ГПТ — групова психотерапія

ГСР — гострий стресовий розлад

ІМАО — інгібітори моноаміноксидази

КПТ — когнітивно-поведінкова психотерапія

КПТСТР — комплексний посттравматичний стресовий розлад

МКХ-10, -11 — Міжнародна класифікація хвороб десятого та одинадцятого перегляду

МПФК — медіальна префронтальна кора мозку

МРТ — магнітно-резонансна томографія

МТ — мигдалеподібне тіло великого мозку

ППВА — порушення психіки внаслідок вживання алкоголю

ППР — постстресові психічні розлади

ПТСТР — посттравматичний стресовий розлад

СЗА — синдром залежності від алкоголю

СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну

СІЗЗСН — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну — норадреналіну

ТФКПТ — травмофокусована когнітивно-поведінкова психотерапія

ЧМТ — черепно-мозкова травма

ЧСС — частота серцевих скорочень

ADNM — розлад адаптації — новий модуль

ASC-Kids — Шкала для дітей «Визначення гострого стресу»

ASD — гострий стресовий розлад

ASDS — Шкала гострого стресового розладу

ASR — гостра стресова реакція

BGQ — короткий опитувальник скорботи

CAPS-5 — клінічна шкала відповідності ПТСТР за DSM-5

CIDI — композитне міжнародне діагностичне інтерв'ю

COSRs — бойова та оперативна стресова реакція

CPN — Міжнародна мережа критичної психіатрії

CPTS — Центр педіатричного травматичного стресу

CSDC — Шкала «Визначення реакції дитини на стрес»

CSRs — бойова стресова реакція

DHA — Агенція Міністерства оборони США

DIAD — діагностичне інтерв'ю для розладу адаптації

DSM-5 — Американське діагностичне та статистичне керівництво психічних розладів п'ятого перегляду

FDA USA — Управління із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів та ліків Федеральної агенції Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США

GRAQ — опитувальник уникнення горя

ICD — Міжнародна класифікація хвороб

ICG — опис ускладненого горя, діагностичний опитувальник

iCOVER — навчальний стандарт

IPT — міжособистісна психотерапія

MDMA — 3,4-метилендіокси-N-метамфетамін

MINI — міні-міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю

MMPI — Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник

NICE — Національний інститут здоров'я і клінічної якості Сполученого Королівства

NMDA — N-метил-D-аспартат

NSESSS — коротка шкала національного дослідження гострого стресового розладу

OSCAR — програма оперативного контролю та готовності до стресу

OSRs — оперативна стресова реакція

PG-13 — розлад тривалого горя-13, скринінгова шкала

PRF — опитувальники мотивів

SASRQ — Стенфордський опитувальник гострої реакції на стрес

SCAN — розклад клінічної оцінки для нейропсихіатрії

SCIP — структуроване клінічне інтерв'ю для ускладненого горя

SGAs — антипсихотики другого покоління

SIT — терапія імунізації проти стресу

TBQ — опитувальник типових вірувань

TEMS — тактична невідкладна медична допомога, догоспітальна

YSL — Шкала туги в ситуаціях втрати — скорботи

APA — Американська психіатрична асоціація

PCT — пацієнт-центрована психотерапія

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Maintenance of Psychological Health in Military Operations. Department of Defense INSTRUCTION NUMBER 6490.05, November 22, 2011. Incorporating Change 2, Effective May 29, 2020.
2. Hoyt MT, Hein CL. Combat and Operational Stress Control in the Prolonged Field Care Environment. *MILITARY REVIEW*, September-October 2021, <https://www.armyupress.army.mil/Journals/Military-Review/English-Edition-Archives/September-October-2021/Hoyt-Combat-Operational-Stress/>
3. Armed Forces Health Surveillance Branch. Medical Evacuations Out of U.S. Central Command, Active and Reserve Components, U.S. Armed Force, 2018. *Medical Surveillance Monthly Report* 26, no. 5 (May 2019):31, accessed 27 April 2021, <https://www.health.mil/Reference-Center/Reports/2019/05/01/Medical-Surveillance-Monthly-Report-Volume-26-Number-5>
4. Armed Forces Health Surveillance Branch. Medical Evacuations from Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn, Active and Reserve Components, U.S. Armed Forces, 2003-2011. *Medical Surveillance Monthly Report* 19, no. 2 (February 2012):20, accessed 27 April 2021, <https://www.health.mil/Reference-Center/Reports/2012/01/01/Medical-Surveillance-Monthly-Report-Volume-19-Number-2>
5. Williams VF, Stahlman S, and Oh G-T. Medical Evacuations, Active and Reserve Components, U.S. Armed Forces, 2013-2015. *Medical Surveillance Monthly Report* 24, no. 2 (February 2017):15-21, accessed 27 April 2021, <https://www.health.mil/Reference-Center/Reports/2017/01/01/Medical-Surveillance-Monthly-Report-Volume-24-Number-2>
6. Garland FN. Combat Stress Control in the Post-War Theater: Mental Health Consultation during the Redeployment Phase of Operation Desert Storm. *Military Medicine*. May 1993;158, no. 5:335, <https://doi.org/10.1093/milmed/158.5.334>
7. Rupp BL, Ying S, and Stahlman S. Psychiatric Medical Evacuations in Individuals with Diagnosed Pre-Deployment Family Problems, Active Component, U.S. Armed Forces, 2002-2014. *Medical Surveillance Monthly Report* 25, no. 10 (October 2018):13, accessed 27 April 2021, <https://www.health.mil/Reference-Center/Reports/2018/01/01/Medical-Surveillance-Monthly-Report-Volume-25-Number-10>
8. Thornquist MH, et al. Development of a Tool to Predict Risk of Behavioral Health Evacuation from Combat. *Journal of Traumatic Stress*. June 2020;33, no. 3:271, <https://doi.org/10.1002/jts.22507>
9. Peterson AL, et al. Psychiatric Aeromedical Evacuations of Deployed Active Duty U.S. Military Personnel during Operations Enduring Freedom, Iraqi Freedom, and New Dawn. *Military Medicine*. November-December 2018;183, no. 11-12:e653, <https://doi.org/10.1093/milmed/usy188>
10. Griffith J and West C. Master Resilience Training and Its Relationship to Individual Well-Being and Stress Buffering among Army National Guard Soldiers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. April 2013;40, no. 2:153, <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9320-8>

27. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748-66.
28. Johnson LR, McGuire J, Lazarus R, Palmer AA. Pavlovian fear memory circuits and phenotype models of PTSD. *Neuropharmacology*. 2012 Feb;62(2):638-46.
29. Bryant RA. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Oct 13;20(12):111.
30. Kilpatrick, DG, Resnick, HS, Milanak, ME, Miller, MW, Keyes, KM and Friedman, MJ. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*. 2013;26:537-547, <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
31. Cardeña E, Koopman C, Classen C, Waelde LC, Spiegel D. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. *J Trauma Stress*. 2000;13:719-734.
32. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM. Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder. *Psychol Assess*. 2000 Mar;12(1):61-8.
33. Saxe G, Chawla N, Stoddard F, Kassam-Adams N, Courtney D, Cunningham K, Lopez C, Hall E, Sheridan R, King D, King L. Child Stress Disorders Checklist: a measure of ASD and PTSD in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Aug;42(8):972-8.
34. Kassam-Adams, N. The Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids): Development of a child self-report measure. *Journal of Traumatic Stress* 2006;19:129-139.
35. Kassam-Adams, N, Gold, J, Montañó, Z, Kohser, K, Cuadra, A, Muñoz, C, Armstrong, FD. Development and psychometric evaluation of child acute stress measures in Spanish and English. *Journal of Traumatic Stress*. 2013;26(1):19-27.
36. Kassam-Adams, N & Marsac, ML. Brief practical screeners in English and Spanish for acute posttraumatic stress symptoms in children. *Journal of Traumatic Stress*. 2016;29(6):483-490.
37. Svetlitzky V, et al. YaHaLOM Training in the Military: Assessing Knowledge, Confidence, and Stigma. *Psychological Services*. May 2020;17, no. 2:152, <https://doi.org/10.1037/ser0000360>
38. Adler AB, et al. Rapid Response to Acute Stress Reaction: Pilot Test of iCOVER Training for Military Units. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. May 2020;12, no. 4:431, <https://doi.org/10.1037/tra0000487>
39. Marine and Family Programs Division, OSCAR Generation III Team Training Facilitator Guide (Quantico, VA: Headquarters, U.S. Marine Corps, 1 January 2020).
40. Nash WP, Watson PJ. Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49(5):637-48.
41. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Sørensen HT, Lash TL. Acute stress reaction and completed suicide. *Int J Epidemiol*. 2010 Dec;39(6):1478-84.
42. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of post-traumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Feb;69(2):166-76.
43. Steenen SA, van Wijk AJ, van der Heijden GJ, van Westrhenen R, de Lange J, de Jongh A. Propranolol for the treatment of anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol*. 2016 Feb;30(2):128-39.
44. Bryant RA. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Oct 13;20(12):111.

45. Ipser JC, Stein DJ. Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012 Jul;15(6):825-40.
46. Bisson JI, Baker A, Dekker W, Hoskins MD. Evidence-based prescribing for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2020 Mar;216(3):125-126.
47. Davidson J, Baldwin D, Stein DJ, Kuper E, Benattia I, Ahmed S, Pedersen R, Musngung J. Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release: a 6-month randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Oct;63(10):1158-65.
48. Чабан ОС, Хаустова ОО, Омелянович ВЮ. Невідкладна допомога в психіатрії і наркології: Монографія / ОС Чабан, ОО Хаустова, ВЮ Омелянович. К.: Видавничий дім «Медкнига», 2019:168.
49. Higgins A, Nash M, Lynch AM. Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. *Drug Healthc Patient Saf*. 2010;2:141-50.
50. Bala A, Nguyen HMT, Hellstrom WJG. Post-SSRI Sexual Dysfunction: A Literature Review. *Sex Med Rev*. 2018 Jan;6(1):29-34.
51. Villarreal G, Hamner MB, Cañive JM, Robert S, Calais LA, Durklaski V, Zhai Y, Qualls C. Efficacy of Quetiapine Monotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2016 Dec 01;173(12):1205-1212.
52. Krystal JH, Rosenheck RA, Cramer JA, Vessicchio JC, Jones KM, Vertrees JE, Horney RA, Huang GD, Stock C., Veterans Affairs Cooperative Study No. 504 Group. Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: a randomized trial. *JAMA*. 2011 Aug 03;306(5):493-502.
53. Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract*. 2015 Jul;21(4):281-303.
54. Argolo FC, Cavalcanti-Ribeiro P, Netto LR, Quarantini LC. Prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol: A meta-analytic review. *J Psychosom Res*. 2015 Aug;79(2):89-93.
55. Reist C, Streja E, Tang CC, Shapiro B, Mintz J, Hollifield M. Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Spectr*. 2021 Aug;26(4):338-344.
56. Steenen SA, van Wijk AJ, van der Heijden GJ, van Westrhenen R, de Lange J, de Jongh A. Propranolol for the treatment of anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol*. 2016 Feb;30(2):128-39.
57. Kellner CH, Romanella SM. ECT as a Novel Treatment for PTSD. *J ECT*. 2019 Jun;35(2):e13.
58. Davidson JR, Brady K, Mellman TA, Stein MB, Pollack MH. The efficacy and tolerability of tiagabine in adult patients with post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2007 Feb;27(1):85-8.
59. Ralevski E, Olivera-Figueroa LA, Petrakis I. PTSD and comorbid AUD: a review of pharmacological and alternative treatment options. *Subst Abuse Rehabil*. 2014;5:25-36.
60. Kishimoto A, Goto Y, Hashimoto K. Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in a Female Patient Following Repeated Teasing: Treatment with Gabapentin and Lamotrigine and the Possible Role of Sensitization. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2014 Dec;12(3):240-2.
61. Lipinska G, Baldwin DS, Thomas KG. Pharmacology for sleep disturbance in PTSD. *Hum Psychopharmacol*. 2016 Mar;31(2):156-63.
62. Krediet E, Bostoen T, Breeksema J, van Schagen A, Passie T, Vermetten E. Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2020 Jun 24;23(6):385-400.

63. Kliem S, Kröger C. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behav Res Ther.* 2013 Nov;51(11):753-61.
64. Aulagnier M, Verger P, Rouillon F. Efficiency of psychological debriefing in preventing post-traumatic stress disorders. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2004 Feb;52(1):67-79.
65. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121. *Нейро-NEWS.* 2016;3(77). Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2016/3%2877%29/article-1676/reakciya-na-vazhkiy-stres-ta-rozlad-adaptaciyi-posttravmatichniy-stresoviy-rozlad#gsc.tab=0>
66. Donnelly CL. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents / CL Donnelly, L Amaya-Jackson. *Pediatric Drugs.* 2002;4:159-170.6.
67. Kar N, Bastia BK. Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* 2006;2:17.7.
68. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents / S Suliman, SG Mkabile, DS Fincham, [et al.]. *Comprehensive psychiatry.* 2009;50:121-127.8.
69. Impact of childhood trauma on treatment outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) / [CC Lewis, AD Simons, LJ Nguyen [et al.]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2010;49:132-140.
70. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin Neurosci.* 2000;2:47-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181586/>
71. Edgar J. Historical approaches to post-combat disorders / *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2006 Apr 29;361(1468):533-542. doi: 10.1098/rstb.2006.1814. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1569621/>
72. Omelianovich VYu. Post-Traumatic Stress Disorder with Operative Staff of Internal Affairs Bodies (Early Diagnostics and Psychoprofillaxis): Thesis for Kandidat of Medicine degree on the speciality 14.01.16. *Psychiatry.* Kharkov, 2003:215. <http://www.disslib.org/posttravmatychni-stresovi-rozlad-y-u-operatyvnykh-spivrobitnykiv-orhaniv-vnutrishnikh.html>
73. Magruder KM, Yeager DE. The prevalence of PTSD across war eras and the effect of deployment on PTSD: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Ann.* 2009;39(8):778-88. https://www.researchgate.net/publication/247914593_The_Prevalence_of_PSTD_across_War_Eras_and_the_Effect_of_Deployment_on_PSTD_a_Systematic_Review_and_Meta-analysis
74. Larson GE, Schork NJ, Vasterling JJ, Hammer PS, Webb-Murphy JA. Predictors of Risk and Resilience for Posttraumatic Stress Disorder Among Ground Combat Marines: Methods of the Marine Resiliency Study. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E97. Published online 2012 May 10. doi: [10.5888/pcd9.110134]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22575082>
75. Breslau N, Lucia VC, Davis GC. Partial PTSD versus full PTSD: An empirical examination of associated impairment. *Psychological Medicine.* 2004;34:1205-1214. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15697047>

76. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Does «subthreshold» posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43:413-419. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194258/>
77. Mylle J, Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorders*. 2004;78:37-48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14672795>
78. Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S, Holmes HA, Felker B, McFall ME. Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2007;20:945-954. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18157891>
79. Cukor J, Wyka K, Jayasinghe N, Difede J. The nature and course of subthreshold PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24:918-923. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20655169>
80. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158:1467-1473. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11532733>
81. Adams RE, Boscarino JA, Galea S. Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2006;32:203-224. https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/40290/adams_alcoholuse_mentalhealthstatus_2006.pdf?sequence=2
82. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154:1114-1119. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9247398>
83. Elhai JD, Grubaugh AL, Kashdan TB, Frueh BC. Empirical examination of a proposed refinement to DSM-IV posttraumatic stress disorder symptom criteria using the National Comorbidity Survey Replication data. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:597-602.
84. Zhang W, Ross J, Davidson JRT. Posttraumatic stress disorder in callers to the Anxiety Disorders Association of America. *Depression and Anxiety*. 2004;19:96-104. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.10138>
85. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. Continuing controversy over the psychological risks of Vietnam for U.S. veterans. *Journal of traumatic stress*. 2007;20:449-465. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17721952>
86. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England journal of medicine*. 2004;351:13-22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15229303>
87. Booth-Kewley S, Larson GE, Highfill-McRoy RM, Garland CF, Gaskin TA. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *Journal of traumatic stress*. 2010;23:69-77. doi: 10.1002/jts.20485 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20104587>
88. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2003;47:923-929. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12553127>
89. Begic D, Jokic-Begic N. Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Military medicine*. 2001;166:671-676. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11515314>
90. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among

- Iraq war veterans. *Am J Psychiat*. 2007;164:150-153. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17202557>
91. Carroll EM, Rueger DB, Foy DW, Donahoe CP Jr. Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of abnormal psychology*. 1985;94:329-337. <https://pdfs.semanticscholar.org/8cf2/e5fa56903fa52c9d-6f75494ddd83174453f6.pdf>
 92. Durodie B. Risk and the social construction of 'Gulf War Syndrome'. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2006;361(1468):689-695. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1569615/>
 93. Shephard B. «Pitiless psychology»: The role of prevention in British military psychiatry in the Second World War. *Hist Psychiatry*. 1999;10:491-510. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-28370-8_56
 94. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *Br Med J*. 2001;322:95-98. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119389/>
 95. Frueh BC, Elhai JD, Gold PB, Monnier J, Magruder KM, Keane TM, et al. Disability compensation seeking among veterans evaluated for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 2003;54:84-91. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12509672>
 96. Department of Veterans Affairs Office of Inspector General. Review of State Variances in VA disability Compensation Payments (#05-00765-137) Washington, D.C.: 2005. <https://www.va.gov/oig/52/reports/2005/VAOIG-05-00765-137.pdf>
 97. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*. 2003;54:229-252. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12172002>
 98. Rosen GM, Taylor S. Pseudo-PTSD. *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):201-210. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17084063>
 99. Baggaley M. 'Military Munchausen's': assessment of factitious claims of military service in psychiatric patients. *Psychiatr Bull*. 1998;22(3):153-154. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X99901116>
 100. Frueh BC, Elhai JD, Grubaugh AL, Monnier J, Kashdan TB, Sauvageot JA, et al. Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186:467-472. discussion 473-465. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15928355>
 101. Sparr LF, Pankratz LD. Factitious posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1016-1019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6869583>
 102. Dean ET. *Shook over hell: Post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1997. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1044191/>
 103. Freeman T, Powell M, Kimbrell TA. Measuring symptom exaggeration in veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2008;158:374-380. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18294699>
 104. Frueh BC, Hamner MB, Cahill SP, Gold PB, Hamlin K. Apparent symptom overreporting among combat veterans evaluated for PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2000;20:853-885. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11057375>
 105. Institute of Medicine of the National Academies. Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence. Washington, DC: The National Academies Press; 2007.

- <https://www.nap.edu/catalog/11955/treatment-of-posttraumatic-stress-disorder-an-assessment-of-the-evidence>
106. Review of State Variances in VA Disability Compensation Payments / Department of Veterans Affairs Office of Inspector General. Report No. 05-00765-137, May 19, 2005:9. <https://www.va.gov/oig/52/reports/2005/VAOIG-05-00765-137.pdf>
 107. Polusny MA, Erbes CR, Murdoch M, Arbisi PA, Thuras P, Rath MB Prospective risk factors for new-onset post-traumatic stress disorder in National Guard soldiers deployed to Iraq. *Psychological medicine*. 2011;41:687-698. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21144108>
 108. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):748-766. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.748. <https://pdfs.semanticscholar.org/0376/fedb10b4fbf1f786f2eca716556e6d8151ff.pdf>
 109. Read JP, Colder CR, Merrill JE, Ouimette P, White J, Swartzout A. Trauma and posttraumatic stress symptoms predict alcohol and other drug consequence trajectories in the first year of college. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(3):426–439. doi: 10.1037/a0028210. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3365622/>
 110. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1476-1488.
 111. St Jacques PL, Botzung A, Miles A, Rubin DC. Functional neuroimaging of emotionally intense autobiographical memories in post-traumatic stress disorder. *J Psychiatr Res*. 2011;45:630-637.
 112. Garfinkel SN, Abelson JL, King AP, Sripada RK, Wang X, Gaines LM, Liberzon I. Impaired contextual modulation of memories in PTSD: an fMRI and psychophysiological study of extinction retention and fear renewal. *J Neurosci*. 2014;34:13435-13443.
 113. Spielberg JM, McGlinchey RE, Milberg WP, Salat DH. Brain network disturbance related to posttraumatic stress and traumatic brain injury in veterans. *Biol Psychiatry*. 2015;78:210-216.
 114. Koenigs M, Grafman J. Posttraumatic stress disorder: the role of medial prefrontal cortex and amygdala. *Neuroscientist*. 2009;15:540-548.
 115. Myers-Schulz B, Koenigs M. Functional anatomy of ventromedial prefrontal cortex: implications for mood and anxiety disorders. *Mol Psychiatry*. 2012;17:132-141.
 116. Hanson JL, Nacewicz BM, Sutterer MJ, Cayo AA, Schaefer SM, Rudolph KD, Shirtcliff EA, Pollak SD, Davidson RJ. Behavioral problems after early life stress: contributions of the hippocampus and amygdala. *Biol Psychiatry*. 2015;77:314-323.
 117. Morey RA, Haswell CC, Hooper SR, De Bellis MD. Amygdala, hippocampus, and ventral medial prefrontal cortex volumes differ in maltreated youth with and without chronic post-traumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41:791-801.
 118. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1476-1488.
 119. Garfinkel SN, Abelson JL, King AP, Sripada RK, Wang X, Gaines LM, Liberzon I. Impaired contextual modulation of memories in PTSD: an fMRI and psychophysiological study of extinction retention and fear renewal. *J Neurosci*. 2014;34:13435-13443.

120. Pietrzak RH, Huang Y, Corsi-Travali S, Zheng MQ, Lin SF, Henry S, Potenza MN, Piomelli D, Carson RE, Neumeister A. Cannabinoid type 1 receptor availability in the amygdala mediates threat processing in trauma survivors. *Neuropsychopharmacology*. 2014a;39:2519-2528.
121. Swartz JR, Knodt AR, Radtke SR, Hariri AR. A neural biomarker of psychological vulnerability to future life stress. *Neuron*. 2015;85:505-511.
122. Marek R, Strobel C, Bredy TW, Sah P. The amygdala and medial prefrontal cortex: partners in the fear circuit. *J Physiol*. 2013;591:2381-2391.
123. Jin C, Qi R, Yin Y, Hu X, Duan L, Xu Q, Zhang Z, Zhong Y, Feng B, Xiang H, Gong Q, Liu Y, Lu G, Li L. Abnormalities in whole-brain functional connectivity observed in treatment-naive post-traumatic stress disorder patients following an earthquake. *Psychol Med*. 2014;44:1927-1936.
124. Satterthwaite TD, Cook PA, Bruce SE, Conway C, Mikkelsen E, Satchell E, Vandekar SN, Durbin T, Shinohara RT, Sheline YI. Dimensional depression severity in women with major depression and post-traumatic stress disorder correlates with fronto-amygdalar hypoconnectivity. *Mol Psychiatry*. 2016;21:894-902.
125. Gilboa A, Shalev AY, Laor L, Lester H, Louzoun Y, Chisin R, Bonne O. Functional connectivity of the prefrontal cortex and the amygdala in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2004;55:263-272.
126. Herman JP, Cullinan WE, Ziegler DR, Tasker JG. Role of the paraventricular nucleus microenvironment in stress integration. *Eur J Neurosci*. 2002;16:381-385.
127. McEwen BS, Bowles NP, Gray JD, Hill MN, Hunter RG, Karatsoreos IN, Nasca C. Mechanisms of stress in the brain. *Nat Neurosci*. 2015;18:1353-1363.
128. Wamsteeker JI, Bains JS. A synaptocentric view of the neuroendocrine response to stress. *Eur J Neurosci*. 2010;32:2011-2021.
129. Stockhorst U, Antov MI. Modulation of fear extinction by stress, stress hormones and estradiol: a review. *Front Behav Neurosci*. 2015;9:359.
130. Daskalakis NP, Lehmer A, Yehuda R. Endocrine aspects of post-traumatic stress disorder and implications for diagnosis and treatment. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2013;42:503-513.
131. Delahanty DL, Raimonde AJ, Spoonster E. Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biol Psychiatry*. 2000;48:940-947.
132. Delahanty DL, Nugent NR, Christopher NC, Walsh M. Initial urinary epinephrine and cortisol levels predict acute PTSD symptoms in child trauma victims. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30:121-128.
133. Wahbeh H, Oken BS. Salivary cortisol lower in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2013;26:241-248.
134. Yehuda R, Southwick SM, Nussbaum G, Wahby V, Giller EL, Jr., Mason JW. Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178:366-369.
135. Mason JW, Wang S, Yehuda R, Riney S, Charney DS, Southwick SM. Psychogenic lowering of urinary cortisol levels linked to increased emotional numbing and a shame-depressive syndrome in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychosom Med*. 2001;63:387-401.
136. Vogel S, Klumpers F, Krugers HJ, Fang Z, Oplaat KT, Oitzl MS, Joels M, Fernandez G. Blocking the mineralocorticoid receptor in humans prevents the stress-induced

- enhancement of centromedial amygdala connectivity with the dorsal striatum. *Neuropsychopharmacology*. 2015;40:947-956.
137. Anderson EB, Grossrubatscher I, Frank L. Dynamic hippocampal circuits support learning- and memory-guided behaviors. *Cold Spring Harb Symp Quant Biol*. 2014;79:51-58.
 138. Phillips LJ, McGorry PD, Garner B, Thompson KN, Pantelis C, Wood SJ, Berger G. Stress, the hippocampus and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: implications for the development of psychotic disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:725-741.
 139. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, Delaney RC, McCarthy G, Charney DS, Innis RB. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:973-981.
 140. Bremner JD, Innis RB, Ng CK, Staib LH, Salomon RM, Bronen RA, Duncan J, Southwick SM, Krystal JH, Rich D, Zupal G, Dey H, Soufer R, Charney DS. Positron emission tomography measurement of cerebral metabolic correlates of yohimbine administration in combat-related posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:246-254.
 141. Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dorfel D, Rohleder N, Werner A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006;30:1004-1031.
 142. Kitayama N, Vaccarino V, Kutner M, Weiss P, Bremner JD. Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2005;88:79-86.
 143. O'Doherty DC, Chitty KM, Saddiqui S, Bennett MR, Lagopoulos J. A systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging measurement of structural volumes in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2015;232:1-33.
 144. Smith ME. Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of structural MRI studies. *Hippocampus*. 2005;15:798-807.
 145. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, Milad MR, Liberzon I. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(11):769-787.
 146. Passos IC, Vasconcelos-Moreno MP, Costa LG, Kunz M, Brietzke E, Quevedo J, Salum G, Magalhaes PV, Kapczinski F, Kauer-Sant'Anna M. Inflammatory markers in post-traumatic stress disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):1002-1012.
 147. Lohr JB, Palmer BW, Eidt CA, Ailaboyina S, Mausbach BT, Wolkowitz OM, Thorp SR, Jeste DV. Is post-traumatic stress disorder associated with premature senescence? A review of the literature. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(7):709-725.
 148. Tucker P, Ruwe WD, Masters B, Parker DE, Hossain A, Trautman RP, Wyatt DB. Neuroimmune and cortisol changes in selective serotonin reuptake inhibitor and placebo treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2004; 56(2):121-128.
 149. Olf M, van Zuiden M. Neuroendocrine and neuroimmune markers in PTSD: pre-, peri- and post-trauma glucocorticoid and inflammatory dysregulation. *Current Opinion in Psychology*. 2017;14:132-137.
 150. Myint AM. Kynurenines: from the perspective of major psychiatric disorders. *FEBS J*. 2012;279(8):1375-1385.
 151. Bremner JD. Stress and brain atrophy. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2006;5(5):503-512.

152. Deppermann S, Storchak H, Fallgatter AJ, Ehlis AC. Stress-induced neuroplasticity: (mal) adaptation to adverse life events in patients with PTSD--a critical overview. *Neuroscience*. 2014;283:166-177.
153. Müller N, Myint A-M, Schwarz MJ. *Immunology and Psychiatry: From Basic Research to Therapeutic Interventions*. Springer, 2015;8.
154. Lindqvist D, Wolkowitz OM, Mellon S, Yehuda R, Flory JD, Henn-Haase C, Bierer LM, Abu-Amara D, Coy M, Neylan TC, et al. Proinflammatory milieu in combat-related PTSD is independent of depression and early life stress. *Brain Behav Immun*. 2014;42:81-88.
155. Kaylor JA, King DW, King LA. Psychological effects of military service in Vietnam: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 1987;102(2):257-271.
156. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*. 2006;313:979-982.
157. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel; 1990.
158. Buckley TC. PTSD and Vietnam veterans. *Science*. 2007;315:185.
159. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse N, Adams BG, Koenan KC, Marshall R. PTSD and Vietnam Veterans. *Science*. 2007;315:186-187.
160. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse N, Marshall R. Continuing controversy over the psychological risks of Vietnam for U.S. veterans. *J Trauma Stress*. 2007;20:449-465.
161. Frueh BC. PTSD and Vietnam Veterans. *Science*. 2007;315(5809):184-187. author reply 184-187.
162. Kilpatrick DG. PTSD and Vietnam Veterans. *Science*. 2007;315(5809):184-187. author reply 184-187.
163. Kilpatrick DG. Confounding the critics: the Dohrenwend and colleagues reexamination of the National Vietnam Veteran Readjustment Study. *J Trauma Stress*. 2007;20(4):487-493.
164. McNally RJ. Psychology. Psychiatric casualties of war. *Science*. 2006;313(5789):923-924.
165. Shalev AY. Stress versus traumatic stress: From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. *Traumatic stress*. 1996:77-101.
166. Booth-Kewley S, Larson GE, Highfill-McRoy RM, Garland CF, Gaskin TA. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *Journal of traumatic stress*. 2010;23:69-77.
167. Koenen KC, Harley R, Lyons MJ, Wolfe J, Simpson JC, Goldberg J, et al. A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002;190:209-218.
168. Foy DW, Madvig BT, Pynoos RS, Camilleri AJ. Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*. 1996;34(2).
169. Meiser-Stedman R. Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical child and family psychology review*. 2002;5:217-232.
170. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36:1503-1511.
171. Salmon K, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. *Clinical psychology review*. 2002;22:163-188.

172. Manning L. Women in the military: Where they stand. Arlington, VA: Women's Research and Education Institute, 2008.
173. Macera CA, Aralis HJ, Highfill-McRoy R, Rauh MJ. Posttraumatic stress disorder after combat zone deployment among navy and marine corps men and women. *Journal of women's health*. 2014;23:499-505.
174. Luxton DD, Skopp NA, Maguen S. Gender differences in depression and PTSD symptoms following combat exposure. *Depression and anxiety*. 2010;27:1027-1033.
175. Carter-Visscher R, Polusny MA, Murdoch M, Thuras P, Erbes CR, Kehle SM. Predeployment gender differences in stressors and mental health among U.S. National Guard troops poised for Operation Iraqi Freedom deployment. *Journal of traumatic stress*. 2010;23:78-85.
176. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin*. 2006;132:959-992.
177. Wolfe J, Kimerling R. Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In Wilson JP & Keane TM (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, 1997:192-238.
178. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry*. 1997;54:1044-1048.
179. Zhang Z, Wang WZ, Shi ZB, Wang L, Zhang JX. Mental Health Problems among the Survivors in the Hard-Hit Areas of the Yushu Earthquake. *Plos One*. 2012;7.
180. Zhou X KL, Sun X, Song H, Mao W, Huang X, Zhang Y, et al. Risk factors of mental illness among adult survivors after the Wenchuan earthquake. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(6):907-915.
181. Fontana A, Schwartz LS, Rosenheck R. Posttraumatic stress disorder among female Vietnam veterans: a causal model of etiology. *American journal of public health*. 1997;87:169-175.
182. Cohen SI, Suri P, Amick MM, Yan K. Clinical and demographic factors associated with employment status in US military veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Work*. 2013;44:213-219.
183. Rosen GM, Lilienfeld SO. Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(5):837-868.
184. Goss-Gilroy Inc. Health Study of Canadian Forces Personnel Involved in the 1991 Conflict in the Persian Gulf. Ottawa, 1998.
185. Hotopf M, Hull L, Fear NT, Browne T, Horn O, Iversen A, et al. The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *Lancet*. 2006;367(9524):1-12.
186. Browne T, Hull L, Horn O, Jones M, Murphy D, Fear NT, et al. Explanations for the increase in mental health problems in UK reserve forces who have served in Iraq. *Br J Psychiatry*. 2007;190:484-489.
187. Iversen AC, Fear NT, Ehlers A, Hacker Hughes J, Hull L, Earnshaw M, et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychol Med*. 2008;38(4):511-522.
188. Rona RJ, Hooper R, Jones M, Iversen AC, Hull L, Greenberg N, et al. Vulnerability, combat exposure and psychological symptoms in the Iraq war: A longitudinal study of UK Armed Forces. 2008 Manuscript submitted for publication.
189. Friedman MJ, Schnurr P, McDonagh-Coyle A. Posttraumatic stress disorder in the military psychiatrist. *Clin North Am*. 1994;17:265-277.

190. Bowman ML. Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model. *Can J Psychiatry*. 1999;44(1):21-33.
191. Friedman MJ. Acknowledging the psychiatric cost of war. *N Engl J Med*. 2004;351(1):75-77.
192. True WR, Rice J, Eisen SA, Heath AC, Goldberg J, Lyons MJ, et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(4):257-264.
193. Koenen K, Stellman SD, Dohrenwend BP, Sommer JF, Jr, Stellman J. The consistency of combat exposure reporting and course of PTSD in Vietnam War veterans. *J Trauma Stress*. 2007;20(1):3-13.
194. Jang KL, Taylor S, Stein MB, Yamagata S. Trauma exposure and stress response: exploration of mechanisms of cause and effect. *Twin Res Hum Genet*. 2007;10(4):564-572.
195. Segman RH, Cooper-Kazaz R, Macciardi F, Goltser T, Halfon Y, Dobroborski T, et al. Association between the dopamine transporter gene and posttraumatic stress disorder. *Mol Psychiatry*. 2002;7(8):903-907.
196. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1675-1681.
197. Xian H, Chantarujikapong SI, Scherrer JF, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, et al. Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs. *Drug Alcohol Depend*. 2000;61(1):95-102.
198. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:748-766.
199. Hotopf M, Wessely S. Can epidemiology clear the fog of war? Lessons from the 1990–91 Gulf War. *Int J Epidemiol*. 2005;34(4):791-800.
200. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*. 2006;313:979-982.
201. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006;295(9):1023-1032.
202. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan: Mental health problems and barriers to care. *NEJM*. 2004;351:13-22.
203. Unwin C, Blatchley N, Coker W, Ferry S, Hotopf M, Hull L, et al. Health of UK servicemen who served in Persian Gulf War. *Lancet*. 1999;353(9148):169-178.
204. Smith TC, Ryan MA, Wingard DL, Slymen DJ, Sallis JF, Kritz-Silverstein D. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *BMJ*. 2008;336(7640):366-371.
205. Wessely S. War stories: Invited commentary on.. Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186(6):473-475.
206. Hughes JH, Cameron F, Eldridge R, Devon M, Wessely S, Greenberg N. Going to war does not have to hurt: preliminary findings from the British deployment to Iraq. *Br J Psychiatry*. 2005;186:536-537.

207. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38(4):319-345.
208. Shephard B. *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2001.
209. Wessely S, Jones E. Psychiatry and the 'lessons of Vietnam': What were they, and are they still relevant? *War & Society*. 2004;22:89-103.
210. Mossman D. Veterans affairs disability compensation: a case study in counter therapeutic jurisprudence. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1996;24(1):27-44.
211. Mezey G, Robbins I. Usefulness and validity of post-traumatic stress disorder as a psychiatric category. *BMJ*. 2001;323(7312):561-563.
212. Satel SL, Frueh BC. In: *Sociopolitical aspects of psychiatry*. Psychiatry Cto., editor. Baltimore, MD: Lippincott, Williams, & Wilkins; In Press.
213. Yehuda R, McFarlane AC. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry*. 1995;152(12):1705-1713.
214. Burkett BG, Whitley G. *Stolen valor: How the Vietnam generation was robbed of its heroes and history*. Dallas, Texas: Verity Press; 1998.
215. Durodie B. Risk and the social construction of 'Gulf War Syndrome' *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2006;361(1468):689-695.
216. Frueh BC, Grubaugh AL, Elhai JD, Buckley TC. US Department of Veterans Affairs disability policies for posttraumatic stress disorder: Administrative trends and implications for treatment, rehabilitation, and research. *American Journal of Public Health*. 2007;97:2143-2145.
217. Jones E, Wessely S. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):164-175.
218. Shephard B. «Pitiless psychology»: The role of prevention in British military psychiatry in the Second World War. *Hist Psychiatry*. 1999;10:491-510.
219. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *Br Med J*. 2001;322:95-98.
220. Frueh BC, Elhai JD, Gold PB, Monnier J, Magruder KM, Keane TM, et al. Disability compensation seeking among veterans evaluated for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 2003;54:84-91.
221. Department of Veterans Affairs Office of Inspector General. *Review of State Variances in VA disability Compensation Payments (#05-00765-137)* Washington, D.C., 2005.
222. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*. 2003;54:229-252.
223. Rosen GM, Taylor S. Pseudo-PTSD. *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):201-210.
224. Baggaley M. 'Military Munchausen's': assessment of factitious claims of military service in psychiatric patients. *Psychiatr Bull*. 1998;22(3):153-154.
225. Frueh BC, Elhai JD, Grubaugh AL, Monnier J, Kashdan TB, Sauvageot JA, et al. Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186:467-472; discussion 473-465.
226. Sparr LF, Pankratz LD. Factitious posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1016-1019.
227. Dean ET. *Shook over hell: Post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1997.

228. Freeman T, Powell M, Kimbrell TA. Measuring symptom exaggeration in veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res.* 2008;158:374-380.
229. Frueh BC, Hamner MB, Cahill SP, Gold PB, Hamlin K. Apparent symptom overreporting among combat veterans evaluated for PTSD. *Clin Psychol Rev.* 2000;20:853-885.
230. Institute of Medicine of the National Academies. *Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence.* Washington, DC: The National Academies Press, 2007.
231. Charney DS, Davidson JRT, Friedman M, Judge R, Keane T, McFarlane S, et al. A consensus meeting on effective research practice in PTSD. *CNS Spectrums.* 1998;3:7-10.
232. Polusny MA, Erbes CR, Murdoch M, Arbisi PA, Thuras P, Rath MB. Prospective risk factors for new-onset post-traumatic stress disorder in National Guard soldiers deployed to Iraq. *Psychological medicine.* 2011;41:687-698.
233. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-766. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.748.
234. Read JP, Colder CR, Merrill JE, Ouimette P, White J, Swartout A. Trauma and posttraumatic stress symptoms predict alcohol and other drug consequence trajectories in the first year of college. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80(3):426-439. doi: 10.1037/a0028210.
235. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with post-traumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1184-1190.
236. Gilpin NW, Weiner JL. Neurobiology of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol-use disorder. *Genes Brain Behav.* 2017 Jan;16(1):15-43.
237. Blanco C, Xu Y, Brady K, Perez-Fuentes G, Okuda M, Wang S. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132:630-638.
238. Debell F, Fear NT, Head M, Batt-Rawden S, Greenberg N, Wessely S, Goodwin L. A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49:1401-1425.
239. Jacobson IG, Ryan MA, Hooper TI, Smith TC, Amoroso PJ, Boyko EJ, Gackstetter GD, Wells TS, Bell NS. Alcohol use and alcohol-related problems before and after military combat deployment. *JAMA.* 2008;300:663-675.
240. Shorter D, Hsieh J, Kosten TR. Pharmacologic management of comorbid post-traumatic stress disorder and addictions. *Am J Addict.* 2015;24:705-712.
241. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:313-321.
242. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Associations between exposure to stressful life events and alcohol use disorder in a longitudinal birth cohort studied to age 30. *Drug Alcohol Depend.* 2014;142:154-160.
243. Shorter D, Hsieh J, Kosten TR. Pharmacologic management of comorbid post-traumatic stress disorder and addictions. *Am J Addict.* 2015;24:705-712.
244. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders.* 2011;25(3):456-465.
245. McNally RJ. PTSD and Vietnam veterans. *Science.* 2007;315:185-186.

246. McNally RJ. Revisiting Dohrenwend et al. 's revisit of the National Vietnam Veterans Re-adjustment Study. *J Trauma Stress*. 2007;20(4):481-486.
247. McNally RJ. Can we solve the mysteries of the National Vietnam Veterans Readjustment Study? *J Anxiety Disord*. 2007;21:192-200.
248. Schlenger WE, Kulka RA, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. The psychological risks of Vietnam: the NVVRS perspective. *J Trauma Stress*. 2007;20(4):467-479.
249. Vermetten E, Bremner JD, Skelton L, Spiegel D. PTSD and Vietnam Veterans. *Science*. 2007;315(5809):184.
250. Dobbs D. The post-traumatic stress trap. *Sci Am*. 2009;300(4):64-69.
251. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006;295(9):1023-1032.
252. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan: Mental health problems and barriers to care. *NEJM*. 2004;351:13-22.
253. Seal KH, Bertenthal D, Miner CR, Sen S, Marmar C. Bringing the war back home: mental health disorders among 103,788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities. *Arch Intern Med*. 2007;167(5):476-482.
254. Hotopf M, Hull L, Fear NT, Browne T, Horn O, Iversen A, et al. The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *Lancet*. 2006;367(9524):1-12.
255. Browne T, Hull L, Horn O, Jones M, Murphy D, Fear NT, et al. Explanations for the increase in mental health problems in UK reserve forces who have served in Iraq. *Br J Psychiatry*. 2007;190:484-489.
256. Iversen AC, Fear NT, Ehlers A, Hacker Hughes J, Hull L, Earnshaw M, et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychol Med*. 2008;38(4):511-522.
257. Rona RJ, Hooper R, Jones M, Iversen AC, Hull L, Greenberg N, et al. Vulnerability, combat exposure and psychological symptoms in the Iraq war: A longitudinal study of UK Armed Forces. 2008 Manuscript submitted for publication.
258. Larson GE, Highfill-McRoy RM, Booth-Kewley S. Psychiatric diagnoses in historic and contemporary military cohorts: combat deployment and the healthy warrior effect. *Am J Epidemiol*. 2008;167(11):1269-1276.
259. Centers for Disease Control. Vietnam Experience Study: Health status of Vietnam veterans: psychosocial characteristics. *JAMA*. 1988;259:2701-2707.
260. Eisen SA, Griffith KH, Xian H, Scherrer JF, Fischer ID, Chantarujikapong S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of psychiatric disorders in 8,169 male Vietnam War era veterans. *Mil Med*. 2004;169(11):896-902.
261. Schlenger WE, Kulka RA, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. The prevalence of post-traumatic stress disorder in the Vietnam generation: a multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder. *J Trauma Stress*. 1992;5:333-363.
262. Thompson WW, Gottesman I, Zalewski C. Reconciling disparate prevalence rates of PTSD in large samples of US male Vietnam veterans and their controls. *BMC Psychiatry*. 2006;6:19-29.
263. Barrett DH, Doebbeling CC, Schwartz DA, Voelker MD, Falter KH, Woolson RF, et al. Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among U.S. Military

- personnel serving during the Gulf War period: a population-based study. *Psychosomatics*. 2002;43(3):195-205.
264. Engel CC, Jr, Ursano R, Magruder C, Tartaglione R, Jing Z, Labbate LA, et al. Psychological conditions diagnosed among veterans seeking Department of Defense Care for Gulf War-related health concerns. *J Occup Environ Med*. 1999;41(5):384-392.
265. Gray GC, Reed RJ, Kaiser KS, Smith TC, Gastanaga VM. Self-reported symptoms and medical conditions among 11,868 Gulf War-era veterans: the Seabee Health Study. *Am J Epidemiol*. 2002;155(11):1033-1044.
266. Iowa Persian Gulf Study Group. Self-reported illness and health status among Gulf War veterans. A population-based study. *JAMA*. 1997;277:238-245.
267. Kang HK, Mahan CM, Lee KY, Magee CA, Murphy FM. Illnesses among United States veterans of the Gulf War: a population-based survey of 30,000 veterans. *J Occup Environ Med*. 2000;42(5):491-501.
268. Kang HK, Natelson BH, Mahan CM, Lee KY, Murphy FM. Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *Am J Epidemiol*. 2003;157(2):141-148.
269. Stretch RH, Marlowe DH, Wright KM, Bliese PD, Knudson KH, Hoover CH. Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans. *Mil Med*. 1996;161(7):407-410.
270. Toomey R, Kang HK, Karlinsky J, Baker DG, Vasterling JJ, Alpern R, et al. Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war. *Br J Psychiatry*. 2007;190:385-393.
271. Wolfe J, Erickson DJ, Sharkansky EJ, King DW, King LA. Course and predictors of post-traumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(4):520-528.
272. Barrett DH, Gray GC, Doebbeling BN, Clauw DJ, Reeves WC. Prevalence of symptoms and symptom-based conditions among Gulf War veterans: current status of research findings. *Epidemiol Rev*. 2002;24(2):218-227.
273. Wolfe J, Proctor SP, Erickson DJ, Heeren T, Friedman MJ, Huang MT, et al. Relationship of psychiatric status to Gulf War veterans' health problems. *Psychosom Med*. 1999;61(4):532-540.
274. Norris FH. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60:409-418.
275. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61:984-991.
276. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-1060.
277. Magruder KM, Frueh BC, Knapp RG, Davis L, Hamner MB, Martin RH, et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in Veterans Affairs primary care clinics. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27:169-179.
278. Rosenheck RA, Fontana AF. Recent trends in VA treatment of post-traumatic stress disorder and other mental disorders. *Health Aff (Millwood)* 2007;26(6):1720-1727.
279. Frueh BC, Grubaugh AL, Acierno A. Age differences in posttraumatic stress disorder, psychiatric disorders, and healthcare service use among veterans in Veterans Affairs primary care clinics. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:660-672.
280. Shephard B. *A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2001.

281. Wessely S, Jones E. Psychiatry and the 'lessons of Vietnam': What were they, and are they still relevant? *War & Society*. 2004;22:89-103.
282. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*. 2003;54:229-252.
283. Goldberg J, Eisen SA, True WR, Henderson WG. A twin study of the effects of the Vietnam conflict on alcohol drinking patterns. *Am J Public Health*. 1990;80(5):570-574.
284. True WR, Rice J, Eisen SA, Heath AC, Goldberg J, Lyons MJ, et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(4):257-264.
285. Chantarujikapong SI, Scherrer JF, Xian H, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, et al. A twin study of generalized anxiety disorder symptoms, panic disorder symptoms and post-traumatic stress disorder in men. *Psychiatry Res*. 2001;103(2-3):133-145.
286. Magruder KM. Personal Communication. 2007.
287. Hotopf M, Wessely S. Can epidemiology clear the fog of war? Lessons from the 1990-91 Gulf War. *Int J Epidemiol*. 2005;34(4):791-800.
288. Gray MJ, Bolton EE, Litz BT. A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):909-913.
289. Wessely S, Unwin C, Hotopf M, Hull L, Ismail K, Nicolaou V, et al. Stability of recall of military hazards over time: Evidence from the Persian Gulf War of 1991. *Br J Psychiatry*. 2003;183:314-322.
290. Smith TC, Ryan MA, Wingard DL, Slymen DJ, Sallis JF, Kritz-Silverstein D. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study. *BMJ*. 2008;336(7640):366-371.
291. Ruggiero KJ, Rheingold AA, Resnick HS, Kilpatrick DG, Galea S. Comparison of two widely used PTSD-screening instruments: Implications for public mental health planning. *J Trauma Stress*. 2006;19:699-707.
292. Engelhard IM, van den Hout MA, Weerts J, Arntz A, Hox JJ, McNally RJ. Deployment-related stress and trauma in Dutch soldiers returning from Iraq. Prospective study. *Br J Psychiatry*. 2007;191:140-145.
293. Wessely S. War stories: Invited commentary on.. Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186(6):473-475.
294. Survey CCH, editor. Statistics Canada. The Canadian Forces 2002 Supplement of the Statistics Canada. 2003.
295. O'Toole BI, Marshall RP, Grayson DA, Schureck RJ, Dobson M, Ffrench M, et al. The Australian Vietnam veterans health study: III. Psychological health of Australian Vietnam veterans and its relationship to combat. *Int J Epidemiol*. 1996;25:331-340.
296. Ikin JF, Sim MR, Creamer MC, Forbes AB, McKenzie DP, Kelsall HL, et al. War-related psychological stressors and risk of psychological disorders in Australian veterans of the 1991 Gulf War. *Br J Psychiatry*. 2004;185:116-126.
297. Rayner SPS. Prevalence of psychological trauma in operationally deployed Navy personnel: a baseline surveillance report. *ADF Health*. 2005;6:81-84.
298. Lee HA, Gabriel R, Bolton JP, Bale AJ, Jackson M. Health status and clinical diagnoses of 3000 UK Gulf War veterans. *J R Soc Med*. 2002;95(10):491-497.

299. Jones M, Rona RJ, Hooper R, Wessely S. The burden of psychological symptoms in UK Armed Forces. *Occup Med (Lond)* 2006;56(5):322-328.
300. Hughes JH, Cameron F, Eldridge R, Devon M, Wessely S, Greenberg N. Going to war does not have to hurt: preliminary findings from the British deployment to Iraq. *Br J Psychiatry*. 2005;186:536-537.
301. Iversen AC, Fear NT, Simonoff E, Hull L, Horn O, Greenberg N, et al. Influence of childhood adversity on health among male UK military personnel. *Br J Psychiatry*. 2007;191:506-511.
302. Schnurr PP, Lunney CA, Sengupta A. Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 2004;17(2):85-95.
303. McFarlane AC, Creamer M. Current knowledge about psychological trauma: A response to Milton. *ADF Health*. 2006;7:78-82.
304. Stimpson NJ, Thomas HV, Weightman AL, Dunstan F, Lewis G. Psychiatric disorder in veterans of the Persian Gulf War of 1991. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2003;182:391-403.
305. Southwick SM, Morgan CA, Nicolaou AL, Charney DS. Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. *Am J Psychiatry*. 1997;154:173-177.
306. Roemer L, Litz BT, Orsillo SM, Ehlich PJ, Friedman MJ. Increases in retrospective accounts of war-zone exposure over time: the role of PTSD symptom severity. *J Trauma Stress*. 1998;11(3):597-605.
307. Unwin C, Blatchley N, Coker W, Ferry S, Hotopf M, Hull L, et al. Health of UK servicemen who served in Persian Gulf War. *Lancet*. 1999;353(9148):169-178.
308. Iverson A, Dyson C, Smith N, Greenberg N, Walwyn R, Unwin C, et al. 'Goodbye and goodluck': The mental health needs and treatment experiences of British ex-service personnel. *Br J Psychiatry*. 2005;186:480-486.
309. Warner JT, Asch BJ. The record and prospects of the all volunteer military in the United States. *J Econ Perspect*. 2001;15:169-192.
310. Friedman MJ, Schnurr P, McDonagh-Coyle A. Posttraumatic stress disorder in the military psychiatrist. *Clin North Am*. 1994;17:265-277.
311. Rona RJ, Fear NT, Hull L, Greenberg N, Earnshaw M, Hotopf M, et al. Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces: first phase of a cohort study. *BMJ*. 2007;335(7620):603.
312. Smith TC, Corbee TE, Ryan MA, Heller JM, Gray GC. In-theatre hospitalizations of US and allied personnel during the 1991 Gulf War. *Am J Epidemiol*. 2004;159:1064-1076.
313. Turner MA, Kiernan MD, McKechnie AG, Finch PJ, McManus FB, Neal LA. Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. *Br J Psychiatry*. 2005;186:476-479.
314. Killgore WD, Stetz MC, Castro CA, Hoge CW. The effects of prior combat experience on the expression of somatic and affective symptoms in deploying soldiers. *J Psychosom Res*. 2006;60(4):379-385.
315. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*. 2002;47(10):923-929.
316. Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biol Psychiatry*. 2001;50:699-704.
317. Breslau N, Alvarado GF. The clinical significance criterion in DSM-IV post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 2007;37(10):1437-1444.

318. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL, Mamar CR, et al. Assessment of posttraumatic stress disorder in the community: Prospects and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans. *Psychol Assess*. 1991;3:547-560.
319. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*. 1998;107(3):508-519.
320. Spitzer RL, First MB, Wakefield JC. Saving PTSD from itself in DSM-V. *J Anxiety Disord*. 2007;21:233-241.
321. Bliese PDW, Kathleen M, Adler AB, Thomas JL, Hoge CW. Timing of postcombat mental health assessments. *Psychological Services*. 2007;4(3):141-148.
322. Statement of Donna Heiviliin Director of Planning and Reporting National Security and International Affairs Division. Gulf War Illness Federal Research Strategy Needs Reexamination. 1998.
323. McCauley LA, Joos SK, Spencer PS, Lasarev M, Shuell T. Strategies to assess validity of self-reported exposures during the Persian Gulf War. Portland Environmental Hazards Research Center. *Environ Res*. 1999;81(3):195-205.
324. Mossman D. Veterans affairs disability compensation: a case study in counter therapeutic jurisprudence. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1996;24(1):27-44.
325. Koenen KC. Genetics of posttraumatic stress disorder: Review and recommendations for future studies. *J Trauma Stress*. 2007;20(5):737-750.
326. McCauley LA, Joos SK, Lasarev MR. Gulf War unexplained illnesses: persistence and unexplained nature of self-reported symptoms. *Environ Res*. 1999;81(3):215-223.
327. Barsky A. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*. 1992;33(1):28-34.
328. Koenen K, Stellman SD, Dohrenwend BP, Sommer JF, Jr, Stellman J. The consistency of combat exposure reporting and course of PTSD in Vietnam War veterans. *J Trauma Stress*. 2007;20(1):3-13.
329. Hourani L, Williams J, Bray R, Kandel D. Gender differences in the expression of PTSD symptoms among active duty military personnel. *J Anxiety Disord*. 2015;29:101-8. 10.1016/j.janxdis.2014.11.007
330. Carragher N, Sunderland M, Batterham PJ, Calear AL, Elhai JD, Chapman C, et al. . Discriminant validity and gender differences in DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms. *J Affect Disord*. 2016;190:56-67. 10.1016/j.jad.2015.09.071
331. King MW, Street AE, Gradus JL, Vogt DS, Resick PA. gender differences in posttraumatic stress symptoms among OEF/OIF veterans: an item response theory analysis. *J Traum Stress*. 2013;26:175-83. 10.1002/jts.21802
332. Carmassi C, Stratta P, Massimetti G, Bertelloni CA, Conversano C, Cremone IM, et al. New DSM-5 maladaptive symptoms in PTSD: gender differences and correlations with mood spectrum symptoms in a sample of high school students following survival of an earthquake. *Ann Gen Psychiatry*. 2014;13:28. 10.1186/s12991-014-0028-9
333. Hoge CW, Lesikar SE, Guevara R, Lange J, Brundage JF, Engel CC, et al. Mental disorders among U.S. Military personnel in the 1990s: Association with high levels of health care utilization and early military attrition. *Am J Psychiatry*. 2002;159: 1576-1583.
334. Yehuda RE. Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.

335. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2003;129:52-73.
336. Xue C, Ge Y, Tang B, Liu Y, Kang P, Wang M, Zhang LA. Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD among Military Personnel and Veterans. *PLoS One*. 2015;10(3):e0120270. Published online 2015 Mar 20.
337. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological medicine*. 1991;21:713-721.
338. Bremner JD, Southwick SM, Johnson DR, Yehuda R, Charney DS. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The American journal of psychiatry*. 1993;150:235-239.
339. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68:748-766.
340. King DW, King LA, Gudanowski DM, Vreven DL. Alternative representations of warzone stressors: Relationships to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *Journal of abnormal psychology*. 1995;104:184-196.
341. Kaylor JA, King DW, King LA. Psychological effects of military service in Vietnam: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 1987;102:257-271.
342. Rubonis AV, Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. *Psychological bulletin* 1991;109:384-399.
343. Weaver TL, Clum GA. Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 1995;15:115-140.
344. Gates MA, Holowka DW, Vasterling JJ, Keane TM, Marx BP, Rosen RC. Posttraumatic stress disorder in veterans and military personnel: epidemiology, screening, and case recognition. *Psychol Serv*. 2012;9:361-382.
345. Ramchand R, Schell TL, Karney BR, Osilla KC, Burns RM, Caldarone LB. Disparate prevalence estimates of PTSD among service members who served in Iraq and Afghanistan: possible explanations. *J Trauma Stress*. 2010;23:59-68.
346. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351:13-22.
347. Wilk JE, Bliese PD, Kim PY, Thomas JL, McGurk D, Hoge CW. Relationship of combat experiences to alcohol misuse among U.S. soldiers returning from the Iraq war. *Drug Alcohol Depend*. 2010;108:115-121.
348. Jacobson IG, Ryan MA, Hooper TI, Smith TC, Amoroso PJ, Boyko EJ, Gackstetter GD, Wells TS, Bell NS. Alcohol use and alcohol-related problems before and after military combat deployment. *JAMA*. 2008;300:663-675.
349. Thomas JL, Wilk JE, Riviere LA, McGurk D, Castro CA, Hoge CW. Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:614-623.
350. Seal KH, Cohen G, Waldrop A, Cohen BE, Maguen S, Ren L. Substance use disorders in Iraq and Afghanistan veterans in VA healthcare, 2001-2010: implications for screening, diagnosis and treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2011;116(1-3):93-101. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.027.
351. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:1044-1048.

352. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-1060.
353. Olf M, Langeland W, Draijer N, Gersons BP. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull*. 2007;133:183-204.
354. Erol A, Karpayak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend*. 2015;156:1-13.
355. Nelson CB, Heath AC, Kessler RC. Temporal progression of alcohol dependence symptoms in the U.S. household population: results from the National Comorbidity Survey. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66:474-483.
356. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:247-257.
357. Kozaric-Kovacic D, Ljubin T, Grappe M. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence in displaced persons. *Croat Med J*. 2000;41:173-178.
358. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-1060.
359. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:313-321.
360. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20:380-390.
361. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Traum Stress*. 2013;26:537-547.
362. Evren C, Sar V, Dalbudak E, Cetin R, Durkaya M, Evren B, Celik S. Lifetime PTSD and quality of life among alcohol-dependent men: impact of childhood emotional abuse and dissociation. *Psychiatry Res*. 2011;186:85-90.
363. Blanco C, Xu Y, Brady K, Perez-Fuentes G, Okuda M, Wang S. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132:630-638.
364. Riggs DS, Rukstalis M, Volpicelli JR, Kalmanson D, Foa EB. Demographic and social adjustment characteristics of patients with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: potential pitfalls to PTSD treatment. *Addict Behav*. 2003;28:1717-1730.
365. Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. Correlates of comorbid PTSD and drinking problems among sexual assault survivors. *Addict Behav*. 2006;31:128-132.
366. Enman NM, Zhang Y, Unterwald EM. Connecting the pathology of posttraumatic stress and substance use disorders: monoamines and neuropeptides. *Pharmacol Biochem Behav*. 2014;117:61-69.
367. Ipser JC, Wilson D, Akindipe TO, Sager C, Stein DJ. Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1:CD007505.
368. Najavits LM, Hien D. Helping vulnerable populations: a comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *J Clin Psychol*. 2013;69:433-479.

369. Sofuoglu M, Rosenheck R, Petrakis I. Pharmacological treatment of comorbid PTSD and substance use disorder: recent progress. *Addict Behav.* 2014;39:428-433.
370. Galatzer-Levy IR, Nickerson A, Litz BT, Marmar CR. Patterns of lifetime PTSD comorbidity: a latent class analysis. *Depression and Anxiety.* 2013;30(5):489-496. doi: 10.1002/da.22048.
371. Dekel S, Solomon Z, Horesh D, Ein-Dor T. Posttraumatic stress disorder and depressive symptoms: joined or independent sequelae of trauma? *J Psychiatr Res.* 2014;54:64-69. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.003.
372. Leclercq S, Cani PD, Neyrinck AM, Starkel P, Jamar F, Mikolajczak M, Delzenne NM, de Timary P. Role of intestinal permeability and inflammation in the biological and behavioral control of alcohol-dependent subjects. *Brain Behav Immun.* 2012;26(6):911-918.
373. Lundeland B, Gundersen Y, Opstad PK, Thrane I, Zhang Y, Olaussen RW, Vaagenes P. Severe gunshot injuries in a porcine model: impact on central markers of innate immunity. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2011;55(1):28-34. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02351.x.
374. Watts BV, Schnurr PP, Zayed M, Young-Xu Y, Stender P, Llewellyn-Thomas H. A randomized-controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv.* 2015 Feb 1;66(2):149-154.
375. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmusson AM, Hoge CW. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress Anxiety.* Sep 2016;33(9):792-806.
376. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* Jun 2013;74(6):e541-550.
377. Simiola V, Neilson EC, Thompson R, Cook JM. Preferences for trauma treatment: A systematic review of the empirical literature. *Psychol Trauma.* Nov 2015;7(6):516-524.
378. Swift JK, Greenberg RP, Tompkins KA, Parkin SR. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy.* 2017;54(1):47-57.
379. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(12):CD003388.
380. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, et al. Psychological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* Feb 2016;43:128-141.
381. Schnurr PP. Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology.* 2017;14:56-60.
382. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, et al. Randomized trial of prolonged exposure for post-traumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol.* Oct 2005;73(5):953-964.
383. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol.* Aug 2002;70(4):867-879.
384. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

385. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*. 1992;5:377-391.
386. Reed GM, First MB, Elena Medina-Mora M, Gureje O, Pike KM, Saxena S. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. *World Psychiatry*. 2016;15:112-113.
387. Post-traumatic stress disorder NICE guideline [NG116] Published: 05 December 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations>
388. Blake, DD, Weathers, FW, Nagy, LM, Kaloupek, DG, Klauminzer, G, Charney, DS, & Keane, TM. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist*. 1990;13:187-188.
389. Weathers, FW, Blake, DD, Schnurr, PP, Kaloupek, DG, Marx, BP, & Keane, TM. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) — Past Week [Measurement instrument]. 2015. Available from <https://www.ptsd.va.gov/>
390. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. Sep 1989;20(3):211-217.
391. Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress*. Dec 2005;18(6):607-616.
392. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. Oct 2003;60(10):1024-1032.
393. Tucker P, Trautman RP, Wyatt DB, et al. Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. Feb 2007;68(2):201-206.
394. Davis LL, Davidson JR, Ward LC, Bartolucci A, Bowden CL, Petty F. Divalproex in the treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial in a veteran population. *J Clin Psychopharmacol*. Feb 2008;28(1):84-88.
395. Davidson JR, Brady K, Mellman TA, Stein MB, Pollack MH. The efficacy and tolerability of tiagabine in adult patients with post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol*. Feb 2007;27(1):85-88.
396. Neylan TC, Lenoci M, Samuelson KW, et al. No improvement of posttraumatic stress disorder symptoms with guanfacine treatment. *Am J Psychiatry*. Dec 2006;163(12):2186-2188.
397. Davis LL, Ward C, Rasmusson A, Newell JM, Frazier E, Southwick SM. A placebo-controlled trial of guanfacine for the treatment of posttraumatic stress disorder in Veterans. *Psychopharmacol Bull*. 2008;41(1):8-18.
398. Reich DB, Winternitz S, Hennen J, Watts T, Stanculescu C. A preliminary study of risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood abuse in women. *J Clin Psychiatry*. Dec 2004;65(12):1601-1606.
399. Padala PR, Madison J, Monnahan M, et al. Risperidone monotherapy for post-traumatic stress disorder related to sexual assault and domestic abuse in women. *Int Clin Psychopharmacol*. Sep 2006;21(5):275-280.
400. Braun P, Greenberg D, Dasberg H, Lerer B. Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *J Clin Psychiatry*. Jun 1990;51(6):236-238.

401. Cates ME, Bishop MH, Davis LL, Lowe JS, Woolley TW. Clonazepam for treatment of sleep disturbances associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *Ann Pharmacother.* Sep 2004;38(9):1395-1399.
402. Rothbaum BO, Price M, Jovanovic T, et al. A randomized, double-blind evaluation of D-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in Iraq and Afghanistan war veterans. *Am J Psychiatry.* Jun 2014;171(6):640-648.
403. Guina J, Rossetter SR, De RB, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Pract.* Jul 2015;21(4):281-303.
404. Matar MA, Zohar J, Kaplan Z, Cohen H. Alprazolam treatment immediately after stress exposure interferes with the normal HPA-stress response and increases vulnerability to subsequent stress in an animal model of PTSD. *Eur Neuropsychopharmacol.* Apr 2009;19(4):283-295.
405. Hebert MA, Potegal M, Moore T, Evenson AR, Meyerhoff JL. Diazepam enhances conditioned defeat in hamsters (*Mesocricetus auratus*). *Pharmacol Biochem Behav.* Nov 1996;55(3):405-413.
406. Feder A, Parides MK, Murrrough JW, et al. Efficacy of intravenous ketamine for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* Jun 2014;71(6):681-688.
407. Ludascher P, Schmahl C, Feldmann RE, Jr., Kleindienst N, Schneider M, Bohus M. No evidence for differential dose effects of hydrocortisone on intrusive memories in female patients with complex post-traumatic stress disorder—a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover study. *J Psychopharmacol.* Oct 2015;29(10):1077-1084.
408. Belendiuk KA, Baldini LL, Bonn-Miller MO. Narrative review of the safety and efficacy of marijuana for the treatment of commonly state-approved medical and psychiatric disorders. *Addict Sci Clin Pract.* 2015Apr 21;10:10.
409. Steenkamp MM, Blessing EM, Galatzer-Levy IR, Hollahan LC, Anderson WT. Marijuana and other cannabinoids as a treatment for posttraumatic stress disorder: A literature review. *Depress Anxiety.* Mar 2017;34(3):207-216.
410. Kansagara D, O'Neil M, Nugent S, et al. Benefits and harms of cannabis in chronic pain or post-traumatic stress disorder: A systematic review. Department of Veterans Affairs Evidence-based Synthesis Program (ESP). Washington, DC: Quality Enhancement Research Initiative, 2016.
411. Becker ME, Hertzberg MA, Moore SD, Dennis MF, Bukonya DS, Beckham JC. A placebo-controlled trial of bupropion SR in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychopharmacol.* Apr 2007;27(2):193-197.
412. Davidson JR, Weisler RH, Butterfield MI, et al. Mirtazapine vs placebo in posttraumatic stress disorder: A pilot trial. *Biol Psychiatry.* Jan 15 2003;53(2):188-191.
413. Chung MY, Min KH, Jun YJ, Kim SS, Kim WC, Jun EM. Efficacy and tolerability of mirtazapine and sertraline in Korean Veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized open label trial. *Hum Psychopharmacol.* Oct 2004;19(7):489-494.
414. Pollack MH, Hoge EA, Worthington JJ, et al. Eszopiclone for the treatment of posttraumatic stress disorder and associated insomnia: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry.* Jul 2011;72(7):892-897.
415. Heresco-Levy U, Kremer I, Javitt DC, et al. Pilot-controlled trial of d-cycloserine for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* Dec 2002;5(4):301-307.

416. VA/DoDClinical PracticeGuideline for theManagement of Posttraumatic StressDisorder andAcute StressDisorder. Version 3.0. 2017 URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal012418.pdf>
417. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacyof treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2013;74(6):541-550.
418. Watts BV, Schnurr PP, Zayed M, Young-Xu Y, Stender P, Llewellyn-Thomas H. A randomizedcontrolled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr. Serv.* 2015;66(2):149-154.
419. Hoskins M, Pearce J, Bethell A. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry.* 2015;206(2):93-100.
420. Черненко ОІ. Психофармакотерапія в структурі диференційних індивідуалізованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації в учасників локальних бойових дій / ОІ Черненко. *Архів психіатрії.* 2018;24, 4(95):182-186.
421. Davis LL, Jewell ME, Ambrose S. A placebo-controlled study of nefazodone for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: A preliminary study. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2004;24(3):291-297.
422. McRae AL, Brady KT, Mellman TA. Comparison of nefazodone and sertraline for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Depress. Anxiety.* 2004;19(3):190-196.
423. Saygin MZ, Sungur MZ, Sabol EU, Çetinkaya P. Nefazodone versus sertraline in treatment of posttraumatic stress disorder. *Bull. Clin. Psychopharma-col.* 2002;12:1-5.
424. Kosten TR, Frank JB, Dan E, McDougle CJ, Giller EL. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1991;179(6):366-370.
425. Друзь ОВ. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій / ОВ Друзь, ЄГ Гриневич, Ю Черненко. *Український вісник психоневрології.* — 2018; 26, 2(95):37-43.
426. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121. [Електронний документ]. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf
427. Simiola V, Neilson EC, Thompson R, Cook JM. Preferences for trauma treatment: A systematicreview of the empirical literature. *Psychol. Trauma.* 2015;7(6):516-24.
428. Swift JK, Greenberg RP, Tompkins KA, Parkin SR. Treatment refusal and premature termination inpsychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-headcomparisons. *Psychotherapy.* 2017; 54(1):47-57.
429. Schnurr PP. Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychiatry.* 2017;14:56-60.
430. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;12:CD003388.
431. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2016;43:128-141.
432. Горбунова ВВ, Карачевський АБ, Климчук ВО, Нетлюх ГС, Романчук ОІ. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп:

- навчальний посібник. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016:96.
433. Sloan DM, Feinstein BA, Gallagher MW, Beck JG, Keane TM. Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013;5(2):176.
434. Resick PA, Wachen JS, Mintz J. A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2015; 83(6):1058-68.
435. Markowitz JC, Petkova E, Biyanova T, Ding K, Suh EJ, Neria Y. Exploring personality diagnosis stability following acute psychotherapy for chronic posttraumatic stress disorder. *Depress. Anxiety*. 2015;32(12):919-926.
436. Castillo DT, Chee CL, Nason E. Group-delivered cognitive/exposure therapy for PTSD in women veterans: A randomized controlled trial. *Psychol Trauma*. 2016;8(3):404-412.
437. Meichenbaum DH, Deffenbacher JL. Stress inoculation training. *The Counseling Psychologist*. 1988;16(1):69-90.
438. Berkowitz, S, Bryant, R, Brymer, M, Hamblen, J, Jacobs, A, Layne, C, Macy, R, Osofsky, H, Pynoos, R, Ruzek, J, Steinberg, A, Vernberg, E, Watson, P. Skills for psychological recovery. *Field Operations Guide*. 2010 (National Center for PTSD and National Child Traumatic Stress Network):170.
439. Markowitz JC, Petkova E, Neria Y. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry*. 2015;172(5):430-440.
440. Post-traumatic stress disorder: management.] Guidance and guidelines [Electronic Resource]. National Institute of Clinical Excellence. 2005. Mode of access : URL : www.nice.org.uk/guidance/cg26
441. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: The conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2008;49:121-30.
442. Katzman J, Geppert C. Adjustment disorders. In: Sadock B, Sadock V, Ruiz P, editors. *Kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009; 2:2187-96.
443. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:15.
444. Dowrick C, Casey P, Dalgard O, Hosman C, Lehtinen V, Vázquez-Barquero JL, et al. Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. ODIN Group. *Br J Psychiatry*. 1998;172:359-63.
445. Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, Spangenberg L, Brähler E, Glaesmer H. Adjustment disorders: Prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:1745-52.
446. Carta PR, Dillon S, Tyrer PJ. The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care. *Psychol Med*. 1984;14:673-81.
447. Blacker CV, Clare AW. The prevalence and treatment of depression in general practice. *Psychopharmacology (Berl)*. 1988;95:S14-7.
448. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium-general characteristics and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:146-53.

449. Koran LM, Sheline Y, Imai K, Kelsey TG, Freedland KE, Mathews J, et al. Medical disorders among patients admitted to a public-sector psychiatric inpatient unit. *Psychiatry Serv.* 2002;53:1623-5.
450. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfeld M, Muskin P, et al. Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry.* 1998;20:139-49.
451. Popkin MK, Callies AL, Colón EA, Stiebel V. Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Psychosomatics.* 1990;31:410-4.
452. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psychooncology.* 2007;16:181-8.
453. Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, Katsumata N, Ando M, Adachi I, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat.* 2000;61:131-7.
454. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184:43-51.
455. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12:160-74.
456. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano JV, Pinto-Meza A, et al. Adjustment disorders in primary care: Prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry.* 2012;201:137-42.
457. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry.* 1995;152:459-61.
458. Snyder S, Strain JJ, Wolf D. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiatry.* 1990;12:159-65.
459. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry.* 2008;49(2):121-130.
460. Strain JJ, Friedman MJ. Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depress Anxiety.* 2011;28(9):818-823.
461. Maercker A, Einsle F, Köllner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology.* 2007;40(3):135-146.
462. Mahat-Shamir M, Ring L, Hamama-Raz Y, et al. Do previous experience and geographic proximity matter? Possible predictors for diagnosing adjustment disorder vs. PTSD. *Psychiatry Res.* 2017;258:438-443.
463. American Psychiatric Association . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 5th ed. American Psychiatric Association Publishing; Washington, DC, USA, 2013. Trauma- and stressor-related disorders.
464. World Health Organization . *World Health Organisation International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 11th ed. World Health Organization; Geneva, Switzerland, 2004.
465. Strain JJ, Friedman MJ. Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depress. Anxiety.* 2011;28:818-823. doi: 10.1002/da.20782.

466. Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res.* 2015;229:940-948. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.010.
467. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, Humayan A, Kagee A, Llosa AE, Rousseau C, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry.* 2013;12:198-206. doi: 10.1002/wps.20057.
468. Zelviene P, Kazlauskas E, Eimontas J, Maercker A. Adjustment disorder: Empirical study of a new diagnostic concept for ICD-11 in the general population in Lithuania. *Eur. Psychiatry.* 2017;40:20-25. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.06.009.
469. O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer M, McFarlane AC, Silove D, Bryant RA, Felmingham K, Steel Z, Forbes D. A longitudinal study of adjustment disorder after trauma exposure. *Am. J. Psychiatry.* 2016;173:1231-1238. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16010071.
470. Lorenz L, Hyland P, Maercker A, Ben-Ezra M. An empirical assessment of adjustment disorder as proposed for ICD-11 in a general population sample of Israel. *J. Anxiety Disord.* 2018;54:65-70. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.01.007.
471. Lorenz L, Hyland P, Perkonig A, Maercker A. Is adjustment disorder unidimensional or multidimensional? Implications for ICD-11. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2018;27:e1591. doi: 10.1002/mpr.1591.
472. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: A standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol. Med.* 1992;22:465-486. doi: 10.1017/S0033291700030415.
473. Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2004;13:93-121. doi: 10.1002/mpr.168.
474. First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). In: Cautin RL, Lilienfeld SO, editors. *The Encyclopedia of Clinical Psychology.* American Psychiatric Association Publishing; Philadelphia, PA, USA, 2015:1-6.
475. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry.* 1998;59:22-23.
476. Casey P. Adjustment disorder: New developments. *Curr. Psychiatry Rep.* 2014;16:451. doi: 10.1007/s11920-014-0451-2.
477. Maercker A, Lorenz L. Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. *World J. Biol. Psychiatry.* 2018;19:S3-S13. doi: 10.1080/15622975.2018.1449967.
478. Cornelius LR, Brouwer S, de Boer MR, Groothoff JW, van der Klink JJ. Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2014;23:192-207. doi: 10.1002/mpr.1418.
479. Glaesmer H, Romppel M, Braehler E, Hinz A, & Maercker A. Adjustment Disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and Symptom Differentiation. *Psychiatry Research.* 2015; 229:940-948.
480. Lorenz L, Bachem R, Maercker A. The adjustment disorder — new module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *Int. J. Occup. Environ. Med.* 2016;7:215-220. doi: 10.15171/ijoem.2016.775.

481. Bachem R, Perkonig A, Stein DJ, Maercker A. Measuring the ICD-11 adjustment disorder concept: Validity and sensitivity to change of the Adjustment Disorder — New Module questionnaire in a clinical intervention study. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2017;26:e1545. doi: 10.1002/mpr.1545.
482. Ben-Ezra M, Mahat-Shamir M, Lorenz L, Lavenda O, Maercker A. Screening of adjustment disorder: Scale based on the ICD-11 and the Adjustment Disorder New Module. *J. Psychiatr. Res.* 2018;103:91-96. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.011.
483. O'Donnell ML, Metcalf O, Watson L, Phelps A, Varker T. A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults. *J. Trauma Stress.* 2018;31:321-331. doi: 10.1002/jts.22295.
484. GRADE Working Group Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2004;328:1490. doi: 10.1136/bmj.328.7454.1490.
485. Bachem R, Maercker A. Self-help interventions for adjustment disorder problems: A randomized waiting-list controlled study in a sample of burglary victims. *Cogn. Behav. Ther.* 2016;45:397-413. doi: 10.1080/16506073.2016.1191083.
486. Eimontas J, Rimsaite Z, Gegieckaite G, Zelviene P, Kazlauskas E. Internet-based self-help intervention for ICD-11 adjustment disorder: Preliminary findings. *Psychiatr. Q.* 2018;89:451-460. doi: 10.1007/s11126-017-9547-2.
487. Quero S, Molés M, Campos D, Andreu-Mateu S, Baños RM, Botella C. An adaptive virtual reality system for the treatment of adjustment disorder and complicated grief: 1-year follow-up efficacy data. *Clin. Psychol. Psychother.* 2019;26:204-217. doi: 10.1002/cpp.2342.
488. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: Lessons from low-and middle-income countries. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017;13:149-181. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217.
489. Gibson K, Forbes D, O'Donnell ML. Skills for Life Adjustment and Resilience (SOLAR) — A pilot study in Tuvalu; Proceedings of the 7th World Congress of Asian Psychiatry; Sydney, Australia. 22 February 2019.
490. O'Donnell ML, Lau W, Fredrickson J, Bryant RA, Bisson J, Burke S, Busuttill W, Coghlan A, Creamer M, Gray D, et al. SOLAR: The Skills fOr Life Adjustment and Resilience Program: A brief intervention to promote adjustment following disaster; Proceedings of the 34th meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies; Washington DC, USA. 9 November 2018.
491. Ansseau M, Bataille M, Briole G, et al. Controlled comparison of tianeptine, alprazolam and mianserin in the treatment of adjustment disorders with anxiety and depression. *Hum Psychopharmacol.* 1996;11(4):293-298.
492. Razavi D, Kormoss N, Collard A, et al. Comparative study of the efficacy and safety of trazodone versus clorazepate in the treatment of adjustment disorders in cancer patients: a pilot study. *J Int Med Res.* 1999;27(6):264-272.
493. De Wit S, Cremers L, Hirsch D, et al. Efficacy and safety of trazodone versus clorazepate in the treatment of HIV-positive subjects with adjustment disorders: a pilot study. *J Int Med Res.* 1999;27(5):223-232.
494. Servant D, Graziani PL, and Moyse D, et al. Treatment of adjustment disorder with anxiety: efficacy and tolerance of etifoxine in a double-blind controlled study. *Encephale.* 1998;24(6):569-574.

495. Stein DJ. Etifoxine versus alprazolam for the treatment of adjustment disorder with anxiety: a randomized controlled trial. *Adv Ther.* 2015;32(1):57-68.
496. Nguyen N, Fakra E, Pradel V, et al. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: a double-blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2006;21(3):139-149.
497. Zeitler A, Kamoun N, Goyon S, et al. Favours inhibitory synaptic drive mediated by GABA A receptors in the basolateral nucleus of the amygdala efficiently reduces pain symptoms in neuropathic mice. *Eur J Neurosci.* 2016;43(8):1082-1088.
498. Syunyakov TS, Neznamov GG. Evaluation of the therapeutic efficacy and safety of the selective anxiolytic afobazole in generalized anxiety disorder and adjustment disorders: results of a multicenter randomized comparative study versus diazepam. *Ter Arkh.* 2016;88(8):73-86.
499. O'donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, et al. Adjustment disorder: current developments and future directions. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(14):2537.
500. O'Donnell ML, Metcalf O, Watson L, et al. A systematic review of psychological and pharmacological treatments for adjustment disorder in adults. *J Trauma Stress. Internet*. [updated 2018 Jun 1; cited 2021 Oct 18];31(3):321-331. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/https://doi.org/10.1002/jts.22295>
501. Stein DJ. Pharmacotherapy of adjustment disorder: a review. *World J Biol Psychiatry.* 2018;19(sup1):S46-52.
502. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: NICE guideline [Internet]. NICE Guidance; 2018 [cited 2021 Oct 25]. Available from www.nice.org.uk/guidance/ng116
503. Volz HP, Kieser M. Kava-kava extract WS 1490 versus placebo in anxiety disorders – A randomized placebo-controlled 25-week outpatient trial. *Pharmacopsychiatry.* 1997;30(1):1-5.
504. Bourin M, Bougerol T, Guittou B, et al. A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood: controlled study versus placebo. *Fundam Clin Pharmacol.* 1997;11(2):127-132.
505. Woelk H, Arnoldt KH, Kieser M, et al. Ginkgo biloba special extract EGb 761® in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychiatr Res.* 2007;41(6):472-480.
506. Hoffman Jacob & Stein Dan J. What are the pharmacotherapeutic options for adjustment disorder?, *Expert Opinion on Pharmacotherapy.* 2022;23, 6:643-646. doi: 10.1080/14656566.2022.2033209.
507. Hund B, Reuter K, Härter M, et al. Stressors, symptom profile, and predictors of adjustment disorder in cancer patients. Results from an epidemiological study with the composite international diagnostic Interview, adaptation for oncology (CIDI-O). *Depress Anxiety Internet*. [updated 2016 Feb 1; cited 2022 Jan 3];33(2):153-161.
508. Yaseen YA. Adjustment disorder: prevalence, sociodemographic risk factors, and its subtypes in outpatient psychiatric clinic. *Asian J Psychiatr.* [cited 2017 Aug 1]; 28:82-85.
509. O'donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, et al. Adjustment disorder: current developments and future directions. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(14):2537.
510. Alemi F, Min H, Yousefi M, et al. Effectiveness of common antidepressants: a post market release study. [EClinicalMedicine. Internet]. [updated

- 2021 Nov 1; cited 2022 Jan 3];41:101171. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S258953702100451X/fulltext>
511. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol.* 2004;59:20-28.
 512. Djelantik A, Smid GE, Kleber RJ, et al. Early indicators of problematic grief trajectories following bereavement. *Eur J Psychotraumatol.* 2017;8(1 6):1423825.
 513. Nielsen MK, Carlsen AH, Neergaard MA, et al. Looking beyond the mean in grief trajectories: a prospective, population-based cohort study. *Soc Sci Med.* 2019;232:460-469.
 514. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, et al. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;212:138-149.
 515. Galatzer-Levy IR, Huang SH, Bonanno GA. Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: a review and statistical evaluation. *Clin Psychol Rev.* 2018;63:41-55.
 516. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med.* 2009; 6:e1000121.
 517. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34:350-362.
 518. Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, et al. Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1994-1995.
 519. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, et al. Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2005;35:498-506.
 520. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, et al. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71:1287-1295.
 521. Frumkin MR, Robinaugh DJ, LeBlanc NJ, et al. The pain of grief: exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. *J Clin Psychol.* 2021;77:254-267.
 522. Szanto K, Prigerson H, Houck P, et al. Suicidal ideation in elderly bereaved: the role of complicated grief. *Suicide Life Threat Behav.* 1997;27:194-207.
 523. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:103-117.
 524. Charney ME, Wieman S, Leblanc N, et al. Persistent complex bereavement disorder ; in *Trauma- and Stressor-Related Disorders*. Edited by Stoddard FJ, Benedek DM, Milad MR, et al. Oxford, England , Oxford University Press, 2018.
 525. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One.* 2012;7:e31209.
 526. Prigerson HG, Maciejewski PK. *Prolonged Grief Disorder (PG-13)*. Boston, Dana-Farber Cancer Institute, 2006.
 527. Morina N, von Lersner U, Prigerson HG. War and bereavement: consequences for mental and physical distress. *PLoS One.* 2011;6:e22140.
 528. Steil R, Gutermann J, Harrison O, et al. Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC Psychiatry.* 2019;19:148.
 529. Field NP, Strasser J, Taing S, et al. Prolonged grief following the recent death of a daughter among mothers who experienced distal losses during the Khmer Rouge era: validity of the prolonged grief construct in Cambodia. *Psychiatry Res.* 2014;219:183-190.

530. Pohlkamp L, Kreicbergs U, Prigerson HG, et al. Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry Res.* 2018;267:560-565.
531. Shear K, Essock S. Brief Grief Questionnaire. Pittsburgh, University of Pittsburgh, 2002.
532. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv.* 2006;57:1291-1297.
533. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF III, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* 1995;59:65-79.
534. Shear K, Frank E, Houck PR, et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;293:2601-2608.
535. Zisook S, Shear MK, Reynolds CF, et al. Treatment of complicated grief in survivors of suicide loss: a HEAL report. *J Clin Psychiatry.* 2018;79:17m11592.
536. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, et al. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008;23:1871-1876.
537. Simon NM, Shear MK, Reynolds CF, et al. Commentary on evidence in support of a grief-related condition as a DSM diagnosis. *Depress Anxiety.* 2020;37:9-16.
538. First MB, Williams JB, Karg RS, et al. Structured Clinical Interview for DSM-5-Research Version. Arlington, VA, American Psychiatric Association. 2015
539. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(20):22-57.
540. Bui E, Mauro C, Robinaugh DJ, et al. The Structured Clinical Interview for Complicated Grief: reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depress Anxiety.* 2015;32:485-492.
541. Tremblay J, Kaiser J, Plexnics A, et al. Assessing prolonged grief disorder: a systematic review of assessment instruments. *J Affect Disord.* 2020;274:420-434.
542. O'Connor M-F, Sussman T.J. Developing the Yearning in Situations of Loss Scale: convergent and discriminant validity for bereavement, romantic breakup, and homesickness. *Death Stud.* 2014;38:450-458.
543. Skritskaya NA, Mauro C, Olonoff M, et al. Measuring maladaptive cognitions in complicated grief: introducing the Typical Beliefs Questionnaire. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2017;25:541-550.
544. Shear K, Monk T, Houck P, et al. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007;257:453-461.
545. Baker AW, Keshaviah A, Horenstein A, et al. The role of avoidance in complicated grief: a detailed examination of the Grief-Related Avoidance Questionnaire (GRAQ) in a large sample of individuals with complicated grief. *J Loss Trauma.* 2016;21:533-547.
546. Shear MK, Reynolds CF III, Simon NM, et al. Optimizing treatment of complicated grief: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2016;73:685-694.
547. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega (Westport).* 2010;61:273-289.
548. Iglewicz A, Shear MK, Reynolds CF III, et al. Complicated grief therapy for clinicians: an evidence-based protocol for mental health practice. *Depress Anxiety.* 2020;37:90-98.

549. Litz BT, Schorr Y, Delaney E, et al. A randomized controlled trial of an Internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behav Res Ther.* 2014;61:23-34.
550. Wagner B, Hofmann L, Maab U. Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2020;21:45.
551. Rosner R, Rimane E, Vogel A, et al. Treating prolonged grief disorder with prolonged grief-specific cognitive behavioral therapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2018;19:241.
552. Szuhany KL, Young A, Mauro C, et al. Impact of sleep on complicated grief severity and outcomes. *Depress Anxiety.* 2020;37:73-80.
553. Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14:149-157.
554. Jacobs SC, Nelson JC, Zisook S. Treating depressions of bereavement with antidepressants. A pilot study. *Psychiatr Clin North Am.* 1987;10:501-510.
555. Pasternak RE, Reynolds CF III, Schlernitzauer M, et al. Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry.* 1991;52:307-310.
556. Zisook S, Shuchter SR, Pedrelli P, et al. Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial. *J Clin Psychiatry.* 2001;62:227-230.
557. Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment [Internet]. New York: United Nations, 2004:76. Available from: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>.

СИМБІА

МЕДКНИГА

МЕДКНИГА

НЬЮРЕКСАН

МЕДКНИГА

МЕДКНИГА

АДАПТОЛ® (ADAPTOL)

Склад: *діюча речовина:* мебікар; 1 таблетка містить мебікару — 500 мг; *допоміжні речовини:* метилцелюлоза, кальцію стеарат.

Лікарська форма. Таблетки. **Основні фізико-хімічні властивості:** круглі плоскоциліндричні таблетки білого або майже білого кольору з фаскою і рискою з одного боку таблетки.

Фармакотерапевтична група. Анксиолітики. Код АТХ N05ВХ.

Клінічні характеристики. Показання. Неврози та неврозоподібні стани, що супроводжуються роздратуванням, емоційною лабільністю, відчуттям тривожності та страху. Для поліпшення переносимості нейролептиків або транквілізаторів із метою усунення спричинених ними соматовегетативних та неврологічних побічних ефектів. Кардіалгії різного генезу (не пов'язані з ішемічною хворобою серця). У складі комплексної терапії ніотинової залежності як засіб, що зменшує потяг до куріння.

Протипоказання. Підвищена чутливість до мебікару або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу.

Спосіб застосування та дози.

Адаптол® застосовувати внутрішньо незалежно від прийому їжі дорослим по 500 мг 2-3 рази на добу. Максимальна разова доза — 3 г, максимальна добова доза — 10 г. Тривалість курсу лікування — від кількох днів до 2-3 місяців. Для лікування при тютюновій залежності препарат застосовувати по 500-1000 мг 3 рази на добу щоденно впродовж 5-6 тижнів. Для пацієнтів похилого віку та пацієнтів із печінковою недостатністю дозу знижувати не потрібно. У пацієнтів із нирковою недостатністю корекція дози не вивчена. Таким пацієнтам лікарський засіб слід призначати з обережністю. *Діти.* Досвід застосування дітям відсутній.

Передозування. Адаптол® малотоксичний. При значному передозуванні можливе посилення побічних ефектів (у тому числі алергічні реакції, диспептичні розлади, слабкість, тимчасове зниження артеріального тиску та температури тіла). Лікування: необхідно провести промивання шлунка та застосовувати загальноприйняті методи дезінтоксикації. Специфічний антидот не відомий.

Побічні реакції.

З боку нервової системи: рідко — запаморочення. *З боку серцево-судинної системи:* рідко — зниження артеріального тиску. *З боку шлунково-кишкового тракту:* рідко — диспептичні розлади (у тому числі нудота, блювання, діарея). У такому випадку слід знизити дозу лікарського засобу. *З боку дихальної системи:* рідко — бронхоспазм. *З боку шкіри та підшкірних тканин:* рідко — після прийому великих доз можливі алергічні реакції (у тому числі шкірні висипи, свербіж, кропив'янка, ангіоневротичний набряк). У разі алергічної реакції прийом препарату припинити. *Загальні порушення:* рідко — зниження температури тіла, слабкість. При зниженні артеріального тиску та/або температури тіла (температура тіла може знизитися на 1-1,5 °С) прийом препарату припиняти не потрібно. Артеріальний тиск та температура тіла нормалізуються після закінчення курсу лікування.

Категорія відпуску. Без рецепта.

Виробник. АТ «Олайнфарм» / JSC «Olainfarm».

БАФАЗОЛ

МЕДКНИГА

МЕДКНИГА

МЕДКНИГА

КОЛЕКТИВ АВТОРІВ

Чабан О.С., завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор

Хаустова О.О., професорка кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, докторка медичних наук, професорка

Омелянович В.Ю., професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор

Серія «Бібліотечка практикуючого лікаря»

Науково-практичне видання

**Чабан Олег Созонтович
Хаустова Олена Олександрівна
Омелянович В.Ю.**

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ВОЄННОГО ЧАСУ

**Видавець: ТОВ «Видавничий дім Медкнига»,
Київ, 2023**

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи в державний реєстр видавців,
виготовлювачів та розповсюджувачів видавничої продукції ДК 5123 від 10.06.2016*

Спеціалізоване видання, призначене для лікарів та медичних установ.

*За достовірність фактів, цитат, імен, посилань, використання спеціальних термінів,
географічних та інших назв несуть відповідальність автори.*

*Правову відповідальність за розміщення, зміст, достовірність та графічне відтворення
рекламно-інформаційних матеріалів про лікарські засоби чи пристрої несе виробник,
дистриб'ютор або інша структура, яка надала відповідні матеріали.*

www.medknyha.com.ua

Шеф-редактор О. Влас, тел. +38 066 785 11 56, e-mail: zdovado@ukr.net

Керівник відділу маркетингу П. Сивківський тел. +38 066 173 75 79

Відділ маркетингу Т. Овчаренко, тел. +38 066 753 81 78

Відділ додрукарської підготовки В. Макарович

Підписано до друку 05.05.2023. Друк офсетний.

Відгуки та пропозиції надсилайте на адресу: а/с-18, м. Київ-108, 04108



9 789661 597975