

ПРАКТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО ПО ЛІКУВАННЮ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ РЕАКЦІЄЮ НА СТРЕС ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Зміст (сторінки не відповідають)

Заява про наміри	5
Керівництво по використанню.....	6
Процес розробки.....	7
Вступ.....	9
Розділ А: Рекомендації по лікуванню.....	11
I. Короткий огляд.....	11
A. Система кодування.....	11
B. Загальні рекомендації.....	11
II. Створення та впровадження плану лікування.....	14
A. Первинна оцінка.....	14
B. Принципи психіатричного керівництва.....	21
C. Принципи підбору лікування.....	26
D. Конкретні лікувальні стратегії.....	29
III. Конкретні клінічні фактори, які впливають на план лікування.....	34
A. Вік.....	34
B. Стать.....	35
C. Етнічні та міжкультурні фактори.....	35
D. Соматичні та психічні супутні захворювання.....	36
E. Історія попередніх уражень.....	37
E. Агресивна поведінка.....	38
G. Нанесення тілесних пошкоджень та інші прояви суїцидальної поведінки.....	38
Розділ В: Вихідні дані та розгляд наявних доказів.....	39
IV. Визначення захворювання, епідеміологія та перебіг хвороби.....	39
A. Центральні клінічні ознаки.....	39
B. Пов'язані клінічні ознаки.....	43
C. Диференційний діагноз.....	43
D. Епідеміологія.....	43
E. Природній перебіг хвороби і анамнез.....	51
V. Перегляд і синтез наявних доказів.....	51
A. Особливості інтерпретації літератури.....	51
B. Психосоціальне втручання.....	52
C. Фармакотерапія.....	63
Розділ С: Потреба в подальших дослідженнях.....	67
Індивідуальні коментарі та дані, надані організаціями (не перекладалися).....	70
Посилання (не перекладалися).....	71

ЗАЯВА ПРО НАМІРИ

Дане практичне керівництво, укладене Американською Асоціацією Психіатрів, не повинно вважатись стандартом медичного обслуговування. Стандарти медичного обслуговування формуються на основі усіх клінічних даних для конкретного пацієнта і повинні змінюватись відповідно до наукового та технологічного прогресу та змін у лікувальних практиках. Наведені параметри повинні вважатись виключно рекомендаціями. Притримування зазначених рекомендацій не гарантує успішного завершення лікування. Ці рекомендації не є вичерпними і не виключають інші лікувальні методики, прийняті задля досягнення бажаного результату. Основне рішення залишається за психіатром і проводиться на основі історії хвороби пацієнта, діагностики та можливих лікувальних методик.

Це практичне керівництво розроблене психіатрами, які залучені у клінічній практиці. До того ж дехто з авторів приймає участь у наукових дослідженнях у даній сфері. Ймовірно, що у своїй діяльності дехто з авторів, включно з членами робочих груп, отримували прибуток, пов'язаний з методиками лікування, наведеними в книзі. Щоб запобігти упередженої рекомендації лікувальних методик через конфлікт інтересів, було вжито необхідних заходів. Компетентність і чесність – основні критерії для набору робочих груп. Кожен член робочої групи, який має конфлікт інтересів, чи з тієї чи іншої причини може бути упередженим, повинен звітувати про це Керівній комісії з «Практичного керівництва» і робочій групі. Пропозиції, які повторюються, розглядаються Керівною комісією, іншими експертами, організаціями-партнерами, Членами ААП, Асамблеєю ААП та членами ради ААП. Коментарі зазначених експертів розглядаються і, за необхідності, додаються до основного матеріалу.

Детальнішу інформацію щодо заходів усунення упередженості можна знайти у документі «Керівництво щодо процесу обробки інформації ААП», доступному у відділенні.

Це практичне керівництво було ухвалене у червні 2004 року і опубліковане у листопаді 2004.

ЯК КОРИСТУВАТИСЬ КЕРІВНИЦТВОМ

Практичне керівництво по лікуванню пацієнтів з гострою реакцією на стрес та посттравматичним стресовим розладом складається з трьох розділів (Розділи А, В і С) і багатьох підрозділів, не всі з яких будуть однаково корисними для читачів. Це керівництво наводиться для того, щоб читачам було легше віднайти потрібний підрозділ.

Розділ А «Лікувальні поради» опублікований, як додаток до видання «The American Journal of Psychiatry» («Американський щорічник психіатрії»). В ньому наводяться загальні та конкретні рекомендації щодо лікування. Підрозділ I узагальнює основні рекомендації цього керівництва і класифікує рекомендації згідно рівня надійності, який встановлюється на основі клінічних даних. У Підрозділі II пояснюється, як формувати та застосувати лікувальні плани відносно конкретного пацієнта. А у Підрозділі III «Конкретні клінічні фактори, що впливають на план лікування» зазначаються фактори, які можуть змінити загальні рекомендації, наведені у Підрозділі I.

Розділ В «Вихідні дані та розгляд наявних доказів» та Розділ С «Потреба подальшого дослідження» не наводяться у додатку до видання «The American Journal of Psychiatry», але разом з Розділом А подаються у повному друкованому керівництві, у стислому викладі, виданому American Psychiatric Association, Inc. (<http://www.appi.org>), та онлайн на сайті Американської Асоціації Психіатрів (<http://www.psych.org>). Розділ В подає загальну інформацію про гостру реакцію на стрес та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): перебіг захворювання, анамнез та епідеміологію. У цьому розділі також надається структурований огляд та синтез доказів, які стали основою рекомендацій у Розділі А. Розділ С витікає з попередніх розділів і окреслює сфери, де потрібно зібрати більше даних, щоб винести клінічно обґрунтовані рішення.

Щоб залишити відгук про цю чи іншу публікацію керівництв, виданих ААП, заповніть форму на http://www.psych.org/psych_pract/pg/reviewform.cfm.

ПРОЦЕС РОЗРОБКИ

Дані практичні рекомендації було розроблено під егідою Головного комітету з практичних рекомендацій. Процес розробки детально описано у документі «Процес розробки рекомендацій Американської психологічної асоціації» (“APA Guideline Development Process”), доступ до якого можна одержати у відділі покращення якості психіатричних послуг Американської психологічної асоціації (АПА). Ключові особливості процесу включають наступне:

- Комплексний аналіз літератури для виявлення усіх важливих рандомізованих клінічних випробувань, а також менш ретельно спланованих випробувань і клінічних спостережень у випадках, коли дані рандомізованих клінічних випробувань були недоступними.
- Розробка таблиць даних із аналізом ключових особливостей кожного окремого дослідження, які містять дані про джерело фінансування, план дослідження, розмір вибірки, характеристики суб'єкту, характеристики лікування, результат лікування.
- Початкова розробка рекомендацій робочою групою, в яку входили психіатри, що мають досвід клінічної та дослідницької роботи у сфері гострих стрес реакцій на стрес і посттравматичного стресового розладу.
- Написання перероблених чернеток зі значною кількістю рецензентів; 11 організацій і 55 осіб надали вагомні коментарі.
- Схвалення Асамблеєю АПА і Радою піклувальників.

- Планові ревізії через регулярні проміжки часу.

Необхідна література була визначена за допомогою комп'ютерного пошуку по бібліографічній базі даних MEDLINE, а також по базі даних PILOTS, розробленій Національним центром посттравматичного стресового розладу і доступній у мережі Інтернет (<http://www.ncptsd.org//publications/pilots/index.html>). З 1966 по 2002 роки проводився пошук по базі даних PubMed.

Використовувалися ключові слова «посттравматичний стрес», «стресовий розлад», «гостра стресова реакція», «посттравматичний стресовий розлад». Додаткові посилання були знайдені, використовуючи ключові слова «емоційна травма», «психічна травма», «посттравматичний», «катастрофа», «тероризм», «згвалтування», «насильство», «фізичне насильство», «сексуальне насильство», «жорстоке поводження з дитиною», «війна», «травматична подія» і «травматичний випадок», а результати – обмежені згадуваннями, які містили слова «стрес», «психологічні ускладнення», «тривога» і «дисоціація». Для визначення згадувань, які мали відношення до терапії, використовувалися ключові слова «лікування», «подолання», «терапія», «психотерапія», «антидепресанти», «транквілізатори», «антиконвульсанти», «інструктаж», «критичний випадок», «десенсибілізація очних яблук» і «EMDR». Далі результати були скорочені до клінічних досліджень або мета-аналізів, написаних англійською мовою, які супроводжуються тезами. Всього було знайдено 316 згадок. При пошуку по базі даних PILOTS ця пошукова стратегія дозволила одержати 587 згадок, більшість яких дублювала результати, одержані при пошуку по PubMed. Додатковий і менш формальний аналіз літератури провели співробітники АПА й окремі члени робочої групи.

Даний документ містить рекомендації для оцінки й лікування дорослих пацієнтів із гострими реакціями на стрес й посттравматичний стресовий розлад. Рекомендації з лікування дітей та підлітків можна знайти у статті «Практичні критерії оцінки та лікування дітей і підлітків із посттравматичним стресовим розладом» (“Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder”), виданій Американською академією дитячої та підліткової психіатрії.

Даний документ являє собою синтез сучасного наукового знання і раціональної клінічної практики. Його створено, наскільки можливо, уникаючи упередженості до будь-якого з теоретичних підходів до лікування. Статті, визначені при початковому аналізі літератури, були розташовані у порядку пріоритету згідно їх методологічній силі. Найвищий пріоритет одержали рандомізовані плацебо-контрольовані психотерапевтичні та психофармакологічні втручання для осіб із діагнозом гостра реакція на стрес або посттравматичний стресовий розлад. Аналіз, проведений робочою групою, дозволив знайти нові згадування, серед них – рандомізовані й відкриті випробування, огляди літератури, мета-аналізи, та інші дослідження, які були включено до таблиць даних в ітеративний спосіб. При тлумаченні висновків досліджень було виділено фактори, що обмежують узагальненість результатів, в тому числі відмінності між особами, які брали участь у строго контрольованих дослідженнях ефективності, та особами, які фігурували у клінічній практиці. Відповідно, рекомендації для будь-якого конкретного рішення базуються на кращих із доступних даних і на клінічному консенсусі. У підсумку рекомендації з лікування ранжовані в залежності від рівня впевненості, з яким була дана та чи інша рекомендація. До того ж, кожна згадка має буквенний код у дужках, який відповідає особливостям даних, на яких заснована рекомендація.

Вступ

Вже давно відомо, що стресові життєві події можуть спричинити емоційні та поведінкові наслідки. Окрім того, клінічний феномен «посттравматичного стресового розладу» (ПТСР), який відомий під різними назвами, вивчається і лікується вже століттями. У 1980 р. у «Посібнику з діагностики та статистичної класифікації психічних розладів» - III були окреслені чіткі критерії діагнозу ПТСР. Діагноз «гостра реакція на стрес» був доданий до «Посібника з діагностики та статистичної класифікації психічних розладів» - IV у 1995 р., щоб відрізнити осіб з симптомами, схожими до ПТСР, які тривали менше 1 місяця від осіб, які відчували м'якші або ж швидкоплинніші наслідки стресу. Діагностичні критерії для обох видів розладів згідно «Посібника з діагностики та статистичної класифікації психічних розладів» - IV подані у Розділі П.А.2.

Хоча від 50 до 90% населення можуть зазнавати травматичних подій протягом життя (4, 5), більшість тих, хто зазнали впливу, не страждають від ГСР чи ПТСР. ГСР увійшов до «Посібника з діагностики та статистичної класифікації психічних розладів», щоб характеризувати субгрупу населення, яка зазнає впливу травматичних подій, з ранніми симптомами та ідентифікувати тих, хто є в групі ризику розвитку ПТСР. Дослідження та клінічна практика показують, що ті, хто виявляє високий рівень симптомів на ранній стадії, включаючи тих, хто має ГСР, ризикують, в наслідок цього, розвинути ПТСР. Проте, у деяких пацієнтів з ГСР не розвивається ПТСР, а в певній частині розвивається ПТСР, хоча спочатку вони не відповідали критерія для ГСР (6-8). Хоча дослідження показують, що особи, які найбільше зазнають впливу травматичних подій, є в групі більшого ризику, все ще існують сумніви щодо факторів, пов'язаних з пацієнтом чи з конкретною травмою, за якими можна передбачити розвиток ГСР (9) і щодо заходів, які призупинять переростання ГСР у ПТСР.

Ймовірність розвитку ГСР не визначена, але у Національному дослідженні суміжних патологічних станів ймовірність ПТСР становить 7,8% (4). Ймовірність обох розладів значно вища серед пацієнтів, яким потрібна загальна медична допомога (10), і серед осіб, які зазнали сексуального скривдження (4,5), або масових втрат, як, наприклад, в ході війни чи при природних катаклізмах (11-13). Ймовірність ПТСР вища у жінок, аніж у чоловіків, і вища при наявності інших вразливих точок, таких як негативний досвід у дитинстві чи наявність супутніх діагнозів (11, 12, 14, 15). З огляду на ймовірність ГСР та ПТСР та коморбідних з ними хворобами психіатри мають бути готові розпізнати та лікувати ці розлади.

Частина А

Лікування та рекомендації

I. Анотація

А. Система кодування

Визначається приналежність кожної рекомендації до однієї з трьох категорій підтвердження, вказаних римськими цифрами у квадратних дужках. Три категорії представляють різний рівень клінічної впевненості стосовно рекомендацій:

[I] Рекомендується при значній клінічній впевненості.

[II] Рекомендується при помірній клінічній впевненості.

[III] Може рекомендуватися на основі індивідуальних обставин.

Б. Анотація рекомендацій.

1. Первинна оцінка

Перший крок у визначенні осіб з ГСР та ПТСР передбачає дослідження нещодавніх та давніших травматичних впливів, хоча клінічний вплив може різнитися залежно від того, наскільки давньою є травматична подія [I]. Якщо відновлення яскравих та детальних спогадів травматичної події відразу після неї посилює страждання пацієнта, опитування може обмежуватися збором інформації, яка необхідна для надання необхідної медичної допомоги [I]. Перші заходи після гострої травми включають стабілізаційну та підтримуючу медичну допомогу та психологічну підтримку та оцінку [I]. Після широкомасштабних катастроф, початкова психологічна оцінка включає діагностування фізичних та психологічних впливів травматичної події (напр. неспокій в результаті гемодинамічної недостатності, гіпервентиляція, соматичні в прояви страждання, втоми) та визначення осіб чи груп, які зазнають більшого ризику психічних розладів, включаючи ГСР та ПТСР [I]. Таке оцінювання може проводитися шляхом індивідуальної оцінки, групових інтерв'ю, консультацій та використання інструментів спостереження [I].

Діагностична оцінка може продовжуватися і після закінчення початкового періоду, встановлення фізично та психологічно безпечного стану, стабілізації медичного стану особи, надання психологічної підтримки та здійснення певного впорядкування у випадку катастроф. Для діагностичної оцінки важливо включити повну психіатричну оцінку, яка зокрема оцінює симптоми ГСР та ПТСР, включаючи такі кластери розладів як, повторне переживання, уникання/оніміння та збудження і їхня послідовність у часі відносно до часу травми [I]. Інші важливі складові процесу оцінювання включають функціональну оцінку, визначення наявності ресурсів первинної допомоги (напр. безпечне житло, мережа соціальної підтримки, дружба турбота, їжа, одяг) і виявлення попереднього травматичного досвіду та суміжних фізичних та психічних розладів, включаючи депресію та зловживання алкоголем чи наркотиками [I].

2. Психіатрична допомога

Психіатрична допомога для усіх пацієнтів з ГСР та ПТСР включає базові заходи та діяльність для забезпечення фізичної та психологічної безпеки, надання необхідної медичної допомоги та наявності необхідних ресурсів для власного догляду та одужання [I]. Рівень функціонування та безпеки пацієнта, включаючи ризик самогубства та можливості

завдати шкоди іншим, завжди важливо оцінювати під час первинної оцінки і ці фактори можуть визначати процес лікування [I]. Цілі психіатричної допомоги для пацієнтів з ГСР та ПТСР також включають встановлення терапевтичного стосунку з пацієнтом, забезпечення постійної оцінки безпеки та психіатричного статусу, включаючи можливих суміжних розладів та реакції на лікування; збільшення усвідомлення пацієнтом психосоціального впливу травматичної події, такої, як поранення, втрата роботи, втрата близьких [I], та активне адаптивне подолання цього впливу. Додаткові цілі психіатричної допомоги включають просвіту стосовно ГСР та ПТСР, посилення дотримання процесу лікування, оцінка та управління фізичним здоров'ям та функціональними недоліками, координування допомоги із посиленням співпраці з іншими медиками [I].

3. Загальні принципи вибору лікування

Цілі лікування осіб з діагнозом ГСР та ПТСР включають зменшення рівня гостроти симптомів ГСР та ПТСР, недопущення чи лікування пов'язаних з травмою суміжних станів, які можуть бути присутніми або з'являтися, покращення адаптивного функціонування та відновлення психологічного відчуття безпеки та довіри, обмеження узагальнення небезпеки, яка виникає в результаті травматичної(их) ситуації(й) та захист від повторення[I].

Пацієнти, які оглядаються протягом годин чи днів після травми, можуть виявляти вражаючі психологічні та емоційні симптоми (напр. безсоння, неспокій, емоційний біль, дисасоціацію). У цій сфері наявні обмежені результати клінічних досліджень. Проте, клінічний досвід показує, що цим гостро травмованим особам можуть піти на користь підтримуючі психотерапевтичні та психо-освітні заходи [I]. Фармакотерапія може бути заходом першого ряду для гостро травмованих осіб, чий ступінь стресу не допускає вербальне навчання чи нефармакологічні стратегії лікування [I]. Дослідження не виявили факторів, пов'язаних з пацієнтом чи травмами, які передбачають розвиток ГСР чи заходів, які змінять переростання ГСР у ПТСР. Проте, відразу після травми, як тільки проведені певні заходи для забезпечення безпеки та медичної стабілізації пацієнта, корисними є підтримуюча психотерапія, психоедукація та допомога в отриманні таких ресурсів як їжа, житло, та встановлення контактів з рідними та друзями [II].

Ефективні заходи лікування симптомів ГСР чи ПТСР включають психофармакологію, психотерапію та інші підтримуючі заходи [I]. Хоча зараз нема досліджень поєднання цих підходів до ГСР та ПТСР, комбіноване лікування широко застосовується і може створювати певні переваги для деяких пацієнтів [II]. Психотропні ліки, які застосовуються в клінічній практиці, та дослідження лікування ГСР та ПТСР не розроблялися окремо для цих розладів, але застосовувалися у тих дозах, які загалом рекомендовані чи затверджені для інших психіатричних розладів.

Для пацієнтів з ГСР та ПТСР при виборі лікування потрібно враховувати вік та стать, наявність суміжних медичних чи психіатричних захворювань, і схильність до агресії чи завдання шкоди собі [I]. Інші фактор, які можуть впливати на вибір лікування, включають нещодавність травматичної події, гостроту та характер симптомів, наявність особливо стресових цільових симптомів чи кластерів симптомів, появу міжособистісних, сімейних чи професійних проблем, наявність попередніх розвиткових чи психологічних вразливих рис, включаючи попередні травми, а також думку пацієнта[I].

Якщо симптоми пацієнта не змінюються під впливом лікування, вибір наступних заходів залежатиме від клінічного заключення, оскільки з цього приводу є обмежені дані для медиків. Важливо систематично переглядати фактори, які можуть впливати на неефективність лікування, включаючи особливості первинного плану лікування, його цілі

та обґрунтування, сприйняття пацієнтом результатів лікування, розуміння пацієнтом плану лікування і дотримання його, та причин недотримання, якщо недотримання плану є одним з факторів [I]. Інші фактори, на які, можливо, потрібно буде звернути увагу пацієнтів, стан яких не покращується в результаті лікування, включають проблеми з терапевтичного стосунку, наявність психосоціальних проблем чи проблем з оточенням, вплив попереднього життєвого досвіду, як, наприклад, травми в дитинстві чи інші травми, та інші психіатричні розлади, включаючи розлади особистості чи розлади, пов'язані з певного виду залежністю.

4. Специфічні стратегії лікування

а) Психофармакотерапія

Хоча вважалося, що фармакологічне лікування відразу після травми може виключити розвиток ГРС та ПТСР, докази цього є обмежені і попередні. Таким чином, жодніспецифічні фармакологічні заходи не можуть рекомендуватися як ефективні для недопущення розвитку ГРС чи ПТСР в осіб групи ризику.

Існує небагато досліджень фармакологічних заходів для пацієнтів з ГРС. Проте, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) [II] та інші антидепресанти [III] є доречними засобами клінічного втручання, на користь яких свідчать певні результати досліджень щодо ГРС, а також досліджень терапевтичної користі для пацієнтів з ПТСР.

СІЗЗС рекомендується як препарат першого вибору для лікування ПТСР [I]. В пацієнтів і чоловічої, і жіночої статі, лікування з SSRI асоціюється з послабленням основних симптомів ПТСР у всіх трьох кластерах симптомів (повторне переживання, уникнення, збудженість). Інші антидепресанти, включаючи трициклічні антидепресанти та інгібітори моноаміноксидази (MAOIs) також можуть бути ефективними у лікуванні ПТСР [I].

Бензодіазепіни можуть бути ефективними для зменшення тривоги та покращення сну [III]. Хоча їхня ефективність у лікуванні основних симптомів ПТСР ще не визначена, бензодіазепіни часто використовуються для осіб, які зазнали травми, і для пацієнтів з ПТСР. Проте, клінічні дослідження вказують на можливість виникнення залежності, посилення ПТСР після лікування цими препаратами на ранній стадії, погіршення симптомів ПТСР після припинення застосування цих препаратів. Таким чином, бензодіазепіни не можуть рекомендуватися як монотерапія для ПТСР.

Друге покоління антипсихотичних препаратів (напр. оланзипін, кветіапін, рісперідон) можуть бути корисними для окремих пацієнтів з ПТСР [III]. Антіконвульсанти (напр., вальпровати, карбамазепін, топірамат, ламотриджин), препарати α 2-адреноміметики, та β -адреноблокатори також можуть бути ефективними у лікуванні конкретних кластерів симптомів в окремих пацієнтів [III].

б) Психотерапевтичні заходи

Існують певні клінічні докази щодо ефективності психотерапевтичних заходів, проведених відразу після травми з метою не допустити розвиток ГРС чи ПТСР. Дослідження застосування когнітивної поведінкової терапії серед тих, хто пережив аварію на транспортних засобах чи на виробництві, а також серед жертв звалтувань та міжособистісного насилля свідчать про те, що когнітивно-поведінкова терапія може пришвидшити одужання або не допустити ПТСР, якщо терапія проводиться декількома курсами, починаючи 2-3 тижні після травми [II].

Підтримуючі заходи на ранній стадії, психоедукація та заходи для конкретних випадків виглядають ефективними для гостро травмованих осіб, оскільки ці підходи сприяють залученню до наявної процедури допомоги, і може сприяти залученню до зорієнтованого на потреби психотерапевтичного та психофармакологічного лікування [II]. Заохочення сильно травмованих осіб перш за все покладатися на свої внутрішні сили, на їхні власні мережі підтримки та власні судження може також зменшити необхідність у подальших заходах [II]. Дослідження серед пацієнтів, які зазнали повторних травм, дають мало доказів того, що підтримка і допомога на ранній стадії у поєднанні з одним лікуванням призведуть до тривалого послаблення симптомів ПТСР. Проте, і нема свідчень того, що підтримка на ранній стадії є шкідливою. На противагу цьому, дебрифінг чи одноразові заходи не рекомендуються, оскільки вони можуть посилити симптоми за певних обставин і виглядають неефективними для лікування осіб з ГСР та для недопущення ПТСР

Не було проведено контрольованих досліджень психодинамічної психотерапії, руху очей десенсибілізації і

EMDR, або гіпнозі, що б встановити докази їх ефективності на ранній стадії або профілактичного втручання для ГСР або ПТСР.

Для пацієнтів з діагнозом ГСР або ПТСР, з фактичних даних і клінічного досвіду припускають, що ряд психотерапевтичних втручань може бути корисним. Пацієнтам з розладами аутичного спектру може бути надана допомога когнітивно поведінкова терапія та інші методи лікування її на основі [II]. Крім того, когнітивно- поведінкова терапія є ефективним засобом для лікування основних симптомів гострого та хронічного ПТСР [I]. EMDR також ефективний [II]. Техніки вакцинації до стресу, техніки по роботі в уяві, і техніки тривалої експозиції можуть також рекомендуватися для лікування посттравматичного стресового розладу і ПТСР пов'язаних симптомів

таких як тривога і уникнення [II]. Деякі елементи контрольованої експозиції можуть бути критичними втручаннями.

Психодинамічна психотерапія може бути корисна у вирішенні проблем з проблемами розвитку, міжособистісними, або внутріособистісними, які відносяться до характеру, серйозності, симптоми, або лікування ГСР і ПТСР і, які можуть мати особливе значення для соціального, професійного та міжособистісного функціонування [II].

Керування справами, психоедукація, та інші допоміжні заходи можуть бути корисні в

полегшення доступу до проведеного лікування, допомагають не загострювати симптоми посттравматичного стресового розладу, а в

деяких пілотних дослідженнях були пов'язані зі зменшенням симптомів ПТСР [II]. Центровані на тут і зараз а також травма-фокусовані групові терапевтичні втручання можуть зменшувати важкість симптомів ПТСР. [III]

А. Початкове оцінювання

1. Початковий клінічний підхід до пацієнта

Час та природа початкового обстеження буде залежати від типу травматичної події (сексуальне скривдження на протизагу стихійного лиха) а також обсягом руйнувань та скривдження яке спровокувала подія.

У великомасштабних катастроф , первісна оцінка може базуватися на потребі сортування особин на основі наявності травм або психологічних наслідків травматичної події , а потім ідентифікації людей , що піддаються найбільшому ризику психіатричної ускладнень , у тому числі ГСР або ПТСР.

Групове інтерв'ю , консультації , чи спостереження може бути частиною цього процесу . Якщо місцеві ресурси перевантажені внаслідок катастрофи , психіатричне обстеження знадобиться визначити пріоритети таким чином , щоб найбільш серйозно постраждалих люди бачили в першу чергу.

Кілька шкал самооцінки і спостереження були розроблені і затверджені для полегшення скринінгу осіб з ПТСР , проте вивчення цих шкал масштабах стихійного лиха з різних груп населення було обмеженим. Такі оціночні шкали , швидше за все ,будуть корисними після гострої події, колифізичне і когнітивне функціонування дозволяють більш комплексної оцінки (16-18) .

Коли є індивідуальна травма то природа і час першого контакту з спеціалістами з психічного здоров'я також буде різною.

Для осіб , які піддалися сексуальному насильству , наприклад , психологічна підтримка може бути надана ще до формального психіатричної експертизи (наприклад, використання просвітницьких матеріалів про те , що очікувати в розгляді справи) . В оцінках , які відбуваються незабаром після впливу травматичної події , особливо в надзвичайних ситуаціях , початкова допомога складається зі стабілізації і надання медичної допомоги , а також психіатрична допомога і оцінка , включаючи оцінку потенційної небезпеки для себе або інших. Скерування людей для отримання медичної допомоги , відпочинку , харчування і контролю за травмами що провокують біль має важливе значення для забезпечення фізичного здоров'я пацієнта , підвищення досвіду пацієнта у відчутті безпеки, та встановлення терапевтичних стосунків. Такій взаємодії з травмованими особами завжди сприятимуть чутливість до бажань пацієнта, а також до мінливих симптомів, страхів і міжособистісних потреб, які розвиваються після впливу травми.

Коли це можливо, (постраждалому) слід приділяти увагу в безпечному середовищі. Це не може бути здійснено після (в умовах) масштабних травматичних подій, в яких можуть бути додаткові або поточні ризики (наприклад, землетрус, зона військових дій, триваючі групові бої). В інших умовах травматичних подій подальше забезпечення безпеки можливе та необхідне. Наприклад, в таких травматичних подіях, як насильство в сім'ї, може бути потрібна участь правоохоронних чи соціальних служб для вирішення питань безпеки пацієнта і зниження ймовірності повторного травмування.

Протягом перших 48-72 годин після травматичної події, деякі люди можуть бути дуже збудженими (дратівливими), неспокійними, або злими, тоді як інші можуть виглядати мінімально постраждалими або "онімілими" в результаті травми, болю або дисоціативних явищ (19). Поглиблене вивчення травматичної події та досвіду пацієнта у медичному сортуванні або відділенні невідкладної допомоги можуть збільшити стрес але

можуть і знадобитися з медичних причин або з міркувань безпеки. Наприклад, після фізичного або сексуального насильства, розповідаючи події у відповідь на питання оцінювача, або навіть сама стаття оцінювача може спричинити тривожний ефект у деяких людей. Так само, після випадку, спричинившого загибель або каліцтва члену сім'ї, лікарю може знадобитися отримати або виявити засмучуючу інформацію, оцінити відповідь пацієнта як частину оцінки стану. Нечутливе або передчасне дослідження недавніх небезпечних для життя подій або втрат може виявитися контрпродуктивним та привести пацієнта до уникання медичної допомоги, тоді як інші люди можуть вважати поглиблене дослідження недавніх подій корисними. Тому оцінювачі повинні відповідати потребам і здібностям пацієнта. Після масових катастроф оцінки медичного сортування мають бути використані ефективно в груповому врегулюванні, щоб ідентифікувати тих, хто потребує втручання. Проте, обговорення сумних спогадів і подій в різномірних групах може негативно вплинути на тих, хто мало або взагалі не постраждав, коли вони чутимуть про лякаючий та жахаючий досвід інших.

2. Оцінка впливу травматичної події і встановлення діагнозу Гострий стресовий розлад (ГСР) або Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

За визначенням, ГСР і ПТСР є психічними розладами, що складаються з фізіологічних і психологічних реакцій в результаті впливу події або подій, спричинивших смерть, серйозне каліцтво або загрозу фізичній цілісності. Такі події, як стихійні лиха, вибухи, фізичні чи сексуальні напади, дорожньо-транспортні пригоди, природні або пов'язані з тероризмом катастрофи, епідемії хвороб – приклади подій, які можуть викликати фізіологічну та психологічну реакцію, яку необхідно діагностувати за критеріями ГСР і ПТСР. Таким чином, виявлення гострого або дистанційного впливу подій є необхідним першим кроком у визначенні осіб з ГСР або з ПТСР.

Таблиця 1 і Таблиця 2 містить критерії для діагностики ГСР і ПТСР. Для обох розладів DSM-IV-TR критерій А, який вплив травматичної події, в якому присутні обидві з наступних умов:

1. Людина пережила, була свідком або зіткнулася з подією або подіями, які спричинили або мали загрозу смерті чи серйозних травм, або загрожували її фізичній цілісності чи цілісності інших.
2. Реакція людини включає сильний страх, безпорадність або жах.

Таким чином, і для ГСР, і для ПТСР встановлення діагнозу вимагає розгляду реакції людини на подію так само, як і природи самої події. Важливо відзначити, що для деяких людей первісна оцінка може відбутися в умовах медичного сортування відразу після травми, перш ніж проявляться всі симптоми, пов'язані з впливом травми. Крім того, наявність дисоціативних симптомів може зберегти пацієнтів від повернення почуття страху, безпорадності або жаху і може потребувати, щоб було використано клінічне судження при визначенні, чи діагноз задовольняє (відповідає) критерію А(20-22).

Клінічна оцінка ГСР або ПТСР вимагає оцінки симптомів кожного з трьох симптомних кластерів (груп): рецидив переживань, уникнення (заперечення) / приголомшення (заціпеніння) і надмірне збудження. Крім того, щоб відповідати діагностичним критеріям для ГСР, пацієнт повинен проявляти дисоціативні симптоми під час або відразу ж після травматичної події. У ПТСР дисоціативні симптоми (наприклад, нездатність згадати важливі аспекти травми) не є необхідними для діагностики, але часто спостерігаються.

ТАБЛИЦЯ 1. Діагностичні критерії DSM-IV-TR для Гострого Стресового Розладу (ГСР) (Код DSM-IV-TR 308.3)

А. Людина потрапила під вплив травматичної події, в якій присутні обидві обставини наступних:

1. людина пережила, була свідком або зіткнувся з подією або подіями, які спричинили або мали загрозу смерті чи серйозних травм, або загрожували її фізичній цілісності чи цілісності інших.

2. реакція людини включає сильний страх, безпорадність або жах.

Б. Або під час, або після тривожної події, людина має три (або більше) з наступних дисоціативних симптомів:

1. відчуття оніміння, відчуженості, або відсутність емоційної чутливості
2. зниження обізнаності про його або її оточення (наприклад, "перебуваючи в заціпенінні")
3. дереалізація
4. деперсоналізація
5. дисоціативна амнезія (тобто, нездатність згадати важливий аспект травми)

В. Травматична подія наполегливо повертається знову хоча б в один з наступних способів:

рецидивні зображення, думки, сни, ілюзії, епізоди спогадів або повторне переживання того, що сталося, засмучення під впливом нагадувань про травматичну подію.

Г. Відмічено уникнення тригерів, які викликають спогади про травму (наприклад, думки, почуття, розмови, дії, місця, люди).

Д. Відмічені симптоми тривоги або підвищеного збудження (наприклад, труднощі зі сном, дратівливість, погана концентрація, гіперпильність, здригання, моторна невгамовність/ непосидючість).

Е. Порушення (розлад) викликає клінічно значне засмучення або погіршення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах діяльності або погіршує здатність людини виконувати деякі необхідні завдання, як, наприклад, отримання необхідної допомоги або мобілізація особистих ресурсів, повідомляючи членів сім'ї про травматичний досвід.

Є. Порушення (розлад) триває протягом як мінімум 2-х днів і не більше 4-х тижнів і відбувається в межах 4-х тижнів після травматичної події.

Ж. Порушення (розлад) не пов'язане з фізіологічними наслідками вживання речовин (наприклад, зловживання наркотиками, лікування) або загальний стан здоров'я не пояснюється Коротким психотичним розладом, і це не є загострення, існуючого раніше розладу Вісь I або Вісь II (Axis I or Axis II).

За визначенням, ГСР проявляється в межах 4-х тижнів після травми і триває протягом мінімум 2-х днів. Отже, ГСР можна діагностувати протягом 2-х днів після травми, триває до 4-х тижнів після травматичної події. Якщо є симптоми через 1 місяць після впливу травми, то діагностується ПТСР. Оскільки діагностична оцінка може відбуватися в будь-який час після травматичної події, лікар повинен мати на увазі ці істотні відмінності при оцінці травми, впливу якої зазнала людина.

3. Додаткові особливості першої оцінки

Після того, як встановлено, що пацієнт, що зазнав травми, здатний перенести більш екстенсивне (обширне) оцінювання, необхідно отримати детальний анамнез впливу травматичної ситуації та перші реакції пацієнта на травму, а також реакції людей, що є важливі для пацієнта.

Таблиця 2. DSM-IV-TR Критерії діагностування порушень, спричинених пост травматичним стресом

А. Особа пережила травматичні події, які включали наступне:

1. Якщо особа була свідком, переживала або стикалася з подіями, пов'язаними з пораненнями, смертю або з подіями, що містили загрозу для її власного життя або фізичної безпеки інших людей;

2. Якщо людині доводилось переживати інтенсивні емоції страху, жаху, безпорадності. Примітка: у дітей це може виявлятися у збудженій та неорганізованій поведінці

Б. Травматичні ситуації постійно повторюються одним (чи усіма) з наступних способів:

1. Повторювані та нав'язливі спогади про цю подію, включно з образами, думками та відчуттями, пов'язаними з нею. Примітка: діти можуть постійно гратися в ігри, пов'язані з цією темою або з подібними ситуаціями.

2. Постійні та гнітючі сни, пов'язані з подією. Примітка: у дітей це може виявлятися у кошмарних снах без визначеного змісту.

3. Поведінка та відчуття такі, неначе травматичні події все ще відбуваються (включно з відчуттями, ніби ти ще раз переживаєш події, ілюзії, галюцинації, минулі події спливають у пам'яті, включно з тими, що спостерігаються після пробудження або інтоксикації. Примітка: у малих дітей може спостерігатися реконструкція травматичних подій.

4. Інтенсивне психологічне страждання, що спричиняє навіть натяк на зовнішні чи внутрішні чинники, які символізують або нагадують ті чи інші аспекти травматичних подій.

5. Фізіологічна реактивність, яку викликає навіть натяк на зовнішні чи внутрішні чинники, які символізують або нагадують ті чи інші аспекти травматичних подій.

В. Постійне уникнення стимулів, які асоціююся з травмою та приглушення загальної чутливості (якої не було у перед травматичний період), що може проявлятися у наступному:

1. Намагання уникати думок, почуттів чи розмов, які асоціюються з пережитим.
2. Намагання уникати дій, місць чи людей, які асоціюються з пережитою ситуацією.
3. Неспроможність пригадати важливі аспекти травми
4. Очевидна відсутність інтересу або бажання брати участь у деяких видах діяльності.
5. Відчуття відсторонення або ворожого ставлення до інших.
6. Обмежений діапазон афекту (емоцій) (нездатність проявляти любов)
7. Відчуття неповноцінного майбутнього (наприклад, людина не очікує вийти заміж чи одружитися, зробити кар'єру, народити дітей, прожити довге життя)

Г. Тривалі симптоми постійного збудження, які не мали місце до травми, що може проявлятися у наступному:

1. Проблеми з засинанням та тривалістю сну
2. Дратівливість та вибухи гніву
3. Проблеми зі здатністю сконцентруватися
4. Перебування в стані посиленої тривожності, настороженості
5. Постійний переляк

Д. Тривалість зафіксованих порушень (симптоми у Критеріях Б. В. та Г.)

Понад один місяць.

Е. Розлад спричинює клінічно істотне страждання або погіршення соціальної, професійної чи інших важливих сфер функціонування.

Вказати якщо:

Гострий розлад: якщо тривалість симптомів менша трьох місяців

Хронічний: якщо тривалість симптомів 3 і більше місяців

Вказати якщо:

Розлад із затриманим початком: якщо симптоми виражаються щонайменше через 6 місяців після стресового фактору.

Джерело. Передруковано з Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition,

Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000. Copyright 2000,

American Psychiatric Association. Використовується згідно з дозволом.

Після того як було визначено, що особа, яка зазнала впливу травми, здатна переносити ширшу оцінку, важливо отримати детальну історію впливу травми на пацієнта та його ранні реакції на травму, а також реакції важливих для нього/неї осіб. Ця історія може забезпечити важливу інформацію для лікування та прогнозування. Часто індивіди дають негативні відповіді на комплексні питання (наприклад: «Чи ви коли-небудь піддавались насильству?»), а також на відповіді може впливати вибір часу та контекст опитування. Тому під час оцінювання важливо задавати конкретніші питання (наприклад: «Чи вас коли-небудь били, лупцювали або душили?») і спробувати виявити історію впливу травми на різних етапах.

Під час оцінювання лікар отримує лонгітюдний зріз історії всіх травматичних переживань, включаючи вік на час впливу травми, тривалість цього впливу (єдиний епізод, рецидив чи безперервний), тип травми (дорожньо-транспортна пригода, природне лихо, фізичне чи сексуальне насильство), відносини між пацієнтом і винуватцем (у випадках міжособистісного насильства), а також сприйняття пацієнтом ефекту цих переживань (на себе та важливих для нього/неї осіб). Також слід встановити інші фактори чи втручання, які могли посилити чи зменшити травматичну реакцію.

Клінічні інтерв'ю можна поєднувати з низкою затверджених заходів, включаючи Контрольний список оцінки посттравматичного стресового розладу (23), Шкалу оцінки впливу травматичної події (24,25) (доступні он-лайн на www.mardihorowitz.com) і Травматичну шкалу Девідсона (26), щоб оцінити повний спектр, частоту і серйозність посттравматичних симптомів і пов'язаних з ними дистресу та знецінення. Структуровані діагностичні інтерв'ю, як наприклад, Шкала оцінки посттравматичного стресового розладу здійснювана лікарем (27) і Структуроване інтерв'ю для визначення посттравматичного стресового розладу (28) широко використовуються в клінічних дослідженнях і є добре підтвердженими інструментами для діагностики посттравматичного стресового розладу.

До того ж повну психіатричну оцінку слід проводити згідно з загальними принципами і складовими, викладеними в «*Практичних рекомендаціях з психіатричної оцінки дорослих*» Американської психологічної асоціації (29). Ці складові включають історію теперішньої хвороби і поточні симптоми; психіатричну історію, включаючи історію вживання психоактивних речовин; медичну історію хвороби; огляд роботи систем організму і огляд медикаментів виписаних за рецептом і без рецепта (включаючи рослинні продукти і добавки); особисту історію (наприклад, психологічний розвиток, реакція на життєві зміни та основні події в житті); соціальну, професійну та сімейну історію; історію попередніх лікувань та втручань і ступінь їхньої успішності; експертиза психічного стану; медичний огляд і зазначені діагностичні тести. Психодинамічні проблеми, які розвиваються або які вже існували раніше, можуть зробити пацієнта особливо чутливим до травматичної події. Старі і приховані проблеми можуть відновитись і ускладнитись, або ж в іншому випадку, посилити емоційну реакцію на нову травму. Минулий вплив травматичних подій, а також реакція на якість попередніх груп пацієнтської підтримки можуть впливати на процес оцінки, вибір та реакцію на лікування. У контексті цієї повної психіатричної оцінки деякі ділянки обстеження, що описані нижче, мають отримати додаткову увагу. У таблиці 3 наведені клінічні сфери, важливі для всебічної оцінки гострої стресової реакції та посттравматичного стресового розладу.

а) Історія травматичної події, пов'язаної зі службою у війську або війною

Оцінка впливу травматичних подій, що трапились або під час служби у війську, або під час перебування на територіях, де йде війна, – це важлива і часто складна частина клінічної оцінки. Перебування в минулому на територіях, де відбуваються військові дії, підвищує імовірність впливу травматичних подій на психіку людини. До того ж переживання травматичних подій у минулому чи існування в минулому посттравматичного стресового розладу може підвищити імовірність нового посттравматичного стресового розладу внаслідок нової екстремальної ситуації (31-34). Особи, що походять із країн, де війна йшла в минулому чи й триває дотепер і мають місце сцени жорстокості і насильства, можуть зазнавати істотного впливу травматичних подій. І в тилу, і на лінії фронту військові піддаються ризику нападів та інших загрозливих для життя ситуацій. Люди, що служать у війську або займаються гуманітарною допомогою, могли в минулому бути свідками масових смертей, і серед них може бути високий рівень гострої стресової реакції та пост-травматичного стресового розладу. Також під час навчань військовослужбовці можуть брати участь або бути свідками таких інсценізованих катастроф, як автокатастрофи та авіакатастрофи.

Коли йдеться про військовослужбовців, то оцінку часто доцільно почати зі з'ясування, чому конкретний пацієнт вирішив піти до війська і що він сподівався там робити. Інформація, яка може допомогти в оцінці впливу травматичних подій, – це термін перебування у війську (і чи цей термін переривався), наявність дисциплінарних покарань та військових нагород. Пацієнта також треба запитати, чи його/її колись скеровували на консультування з приводу вживання алкоголю чи наркотиків, насильства в сім'ї чи на психіатричну оцінку. Якщо під час служби у війську пацієнт мав сім'ю, то важливо визначити частоту і вплив розлучень із сім'єю на самого пацієнта, його дружину та дітей. Коли йдеться про військовослужбовців чи ветеранів, що брали участь у боях, то важливо почути опис місця тих подій і самих подій. Часто доцільно одержати копію послужного списку, щоб перевірити, чи справді конкретний пацієнт брав участь у бойових діях.

Сцени насильства, смерть дітей, убивство і поранення друзів і почуття відповідальності за смерть друга – це ті елементи військового середовища, що особливо негативно впливають і на військовослужбовців, і на цивільних людей. Як і у випадку всіх психічних травм, середовище, де проходить одужання (тобто те, чи сім'я, друзі і країна

сприймають це схвально чи як ганьбу) відіграє велику роль у тому, як цей минулий досвід пригадується і сприймається. Деякі іммігранти раніше жили у зоні військових дій чи служили у військових, парамілітарних чи повстанських формуваннях. Деякі могли також бути жертвами тортур, нелюдського поводження чи згвалтування. Іммігранти, що в минулому могли служити режимам, які проводили різку антиамериканську політику, можуть боятися відплати за це від тієї чи іншої країни, що має інші погляди. Ці контекстуальні чинники потребують чіткого і ґрунтовного обговорення під час проведення оцінки, щоб одержати необхідні клінічні дані.

б) Жертви злочинів чи наслідків судових процесів

Особи з гострою стресовою реакцією чи пост-травматичним стресовим розладом можуть бути залучені до судових процесів або до якогось цивільного судового розгляду (напр. автокатастрофи), пов'язаного з їхнім психічним станом, або тому, що вони стали жертвою злочину. Дехто може виявляти стрес через різні симптоми, які можуть ослабнути після закінчення судового процесу чи сплати компенсації. Такі випадки можуть бути наслідками повторної травматизації, зумовленої контактом зі зловмисником чи згадуванням травматичних подій під час давання письмових та усних свідчень і підготовки до судового слухання, після чого настає (іноді тільки короткочасне) відчуття “завершення”, зумовленого цими процедурами. Якщо в результаті суду зловмисника взято під варту, симптоми можуть поновитися, коли жертва дізнається про його умовне чи повне звільнення. У деякого симптоми можуть то загострюватись, то послаблюватись, незалежно від статусу судового процесу. Деякі особи можуть також удавати симптоми. Оскільки перебільшення симптомів чи симулювання можуть бути частиною клінічної картини, то ці чинники можуть ускладнити оцінку і планування лікування, а також обстеження (35). Конфіденційність може бути порушена, якщо лікуючий психіатр виконує подвійну роль і змушений також спілкуватися з представниками правоохоронної системи. Частково складність таких випадків можна подолати, якщо оцінку для потреб лікування і судового процесу здійснюватимуть різні психіатри, якщо це можливо (36, 37). Як зазначено в DSM-IV-TR, при психіатричній оцінці треба зважати на можливість симулювання в ситуаціях, коли йдеться про фінансову винагороду або право на пільги чи коли судові висновки мають значення для встановлення діагнозу посттравматичний стресовий розлад. У цьому випадку доцільно визначити часовий перебіг симптомів відносно часу судового процесу (38).

ТАБЛИЦЯ 3 Клінічні сфери оцінки Гострих Стресових Розладів (ГСР) та Пост-травматичного стресового розладу (ПТСР)

Клінічна сфера	Зміст / наповнення
<p data-bbox="316 398 518 432">Історія травми</p> <p data-bbox="316 521 427 555">Безпека</p> <p data-bbox="316 712 619 745">Дисоціативна амнезія</p> <p data-bbox="236 965 662 1032">Симптоматика ГСР та ПТСР</p> <p data-bbox="236 1256 662 1323">Історія (можливої) участі в воєнних діях</p> <p data-bbox="236 1480 662 1592">Ризики, пов'язані зі станом здоров'я та особливостями поведінки</p> <p data-bbox="236 1805 662 1872">Особливості вдачі та характеру</p>	<p data-bbox="762 398 1034 432">Тип, вік, тривалість</p> <p data-bbox="687 510 1487 577">Загроза заподіяння шкоди зі сторони інших та рівень небезпеки щодо себе та інших</p> <p data-bbox="687 674 1487 786">Необхідна для діагностики ГСР: заціпеніння, відчуженість, відхід від реальності, дисоціативна амнезія при гострих реакціях на травму.</p> <p data-bbox="687 875 1487 1167">Постійне повернення до подій інциденту (переживання ще раз і ще раз перебутого), уникання речей, пов'язаних з пережитим, заціпеніння, перезбудження як наслідок травми (ПТСР діагностують за умови, коли симптоми з'являються в період до 30 днів після травми; діагноз ГСР виставляють, якщо хвороба виявляє себе до 30-денний період за неодмінної наявності дисоціативної симптоматики).</p> <p data-bbox="687 1256 1487 1323">Попередній досвід воєнних дій; воєнний вишкіл та психологічна готовність до воєнних ситуацій</p> <p data-bbox="687 1424 1487 1637">Зловживання наркотиками, історія венерологічних захворювань, наявність у анамнезі психічних захворювань, недотримання режиму лікування, імпульсивність та потенціал для можливих потраплянь у ситуації стресу /особливості поведінки, що збільшують ризики стресових ситуацій.</p> <p data-bbox="687 1738 1487 1984">Здатність давати собі раду з різними ситуаціями, витривалість, потенціал для налагодження дружних взаємин та формування прив'язаностей, історія травм, пов'язаних із фізичним розвитком та формуванням особистості, а також анамнез психодинамічних конфліктів; наявність (відсутність) мотивації для лікування</p> <p data-bbox="687 2018 1487 2085">Побутове довкілля / домашній контекст; підтримка друзів, колег тощо; працевлаштованість; причетність до</p>

Психосоціальні дані	насилля (міжособистісного; війни, природні / суспільні лиха); навички виховання, навички по догляду (за хворими; дітьми); обов'язки, пов'язані з вихованням / доглядом.
Подразники	Гостра / хронічна психічна травма; матеріальна скрута /нужденне існування; втрата близьких
Юридична сторона	Значення симптомів; компенсація на основі з'ясування непрацездатності чи рівня стресу/ серйозності травми

Джерело: Адаптовано з дозволу «Пост-травматичний стресовий розлад» (“Posttraumatic Stress Disorder”) Керрін М. Конор та Маріан І. Батерфільд (Kathryn M. Connor and Marian I. Butterfield). Focus 2003; 1:247–262 (30). Copyright © 2003. American Psychiatric Association.

С) Виявлення ГСР та ПТСР за наявності супутніх захворювань

В пацієнтів, котрі потрапляють на лікування після травматичного інциденту, можливе погіршення чи рецидиви існуючих супутніх захворювань, які можуть вимагати діагностичної оцінки та лікування (див. Розділ III.D, “Medical and Other Psychiatric Comorbidity”) (39, 40). Погіршення чи рецидив колишніх випадків ПТСР можуть провокуватися новою травмою чи навіть нагадуванням про травму.

В випадку багатьох пацієнтів, котрі зазнали психічної травми, але поступили з іншою клінікою, можна цілковито пропустити ГСР та ПТСР (тобто їх не діагностувати) без ретельної та детальної оцінки. Для прикладу, особи, госпіталізовані в зв'язку з лікуванням чи операцією внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, значних опіків чи інших серйозних фізичних травм, демонструють високий відсоток симптоматичних розладів, в тому числі ПТСР та ГСР, які часто попервах проходять непоміченими (34, 41–44). Пацієнти з поважними психічними розладами часто зазнають фізичної наруги та насильницьких дій сексуального характеру (45–49). Психіатри можуть цієї інформації не мати, якщо не зроблять спроб це з'ясувати (50). Пацієнти з серйозними психічними розладами також демонструють вищі рівні ПТСР (47–49, 51) порівняно з рештою населення (5). Особи з психотичними розладами (психозами) і пограничними випадками розладів особистості (50, 52–54) демонструють особливу ймовірність в своєму анамнезі знущань / збиткувань / наруги в дитинстві та дорослому віці. Пов'язані з цим ПТСР часто проходять непоміченими. Наявність в анамнезі випадків фізичної наруги та ПТСР також широко розповсюджені серед осіб із адиктивними розладами (55-58) та розладами харчування (59-61). Крім того членів сімей (зокрема чоловіків і дружин), у яких виявлено симптомо-комплекс, пов'язаний із травматичною втратою рідних, слід перевірити на наявність ПТСР (62).

Серед пацієнтів із ГСР та ПТСР спостерігається високий рівень супутніх психіатричних й інших медичних розладів. З низки причин медичні та неврологічні наслідки травматичних подій можуть проявитися не відразу. Гострі психічні реакції на травму, наприклад, дисоціація, можуть також спочатку приглушити відчуття фізичного болю. Через непереборні тривогу та дистрес люди часто неспроможні чітко описати медикам свій душевний і фізичний стан. Ті, хто пережив травматичні події, зокрема пов'язані із загрозою фізичного нападу та насильства, можуть з підозрою ставитися до фахівців, попри їхні добрі наміри. Слід установити довіру, інакше пацієнти можуть не захотіти або ж будуть неспроможні надати цілісну картину медичної або психіатричної історії.

У пацієнтів із ПТСР часто виникають супутні тяжкі депресивні розлади, тривожні неврози, а також адиктивні неврози (вживання тютюну, алкоголю й інших речовин). Фізичні скарги, як можливий наслідок поранень, також можуть представляти собою супутній синдром Брике або інші соматоформні порушення (12, 63). Так само пацієнти з попередніми розладами особистості або поганою адаптивністю, а також особи з невирішеними психодинамічними розвитковими переживаннями або історією травматичних подій у дитинстві, перебувають у групі підвищеного ризику гострої реакції на подальші травматичні події. За наявності виражених депресивних симптомів може зростати соціальна самоізоляція та відчуженість, підвищується ризик суїциду. Отож виявлення та лікування супутніх психіатричних й інших медичних захворювань відіграють важливу роль у цілісному плані лікування, що відповідатиме всім потребам пацієнта та допоможе одужати після ПТСР.

Б. ПРИНЦИПИ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Психіатрична допомога охоплює широку низку процедур і заходів, які психіатри можуть вжити стосовно пацієнтів що зазнали сильного травматичного стресу. Окремі складові психіатричної допомоги, що допомагають пом'якшити наслідки пережитої травми, та відіграють важливу роль у лікуванні пацієнтів із ГСР або ПТСР детальніше описано далі.

1. Оцінка безпеки пацієнта та інших

У випадку з людьми, що зазнали травматичного стресу, як і при всіх інших психологічних проблемах, критично важливо оцінити ризик самогубства, саморуйнівної поведінки без летальних наслідків, а також ризику завдання шкоди іншим. Детально процедуру оцінки ризиків суїциду викладено у посібнику «Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors» («Практичні вказівки щодо оцінки та лікування пацієнтів із суїцидальними типами поведінки») (64). З підвищеним ризиком самогубств та спроб вчинення самогубства у групах осіб пов'язують чимало чинників, однак передбачити спробу суїциду для конкретного індивіда у конкретний час неможливо. Утім слід брати до уваги низку факторів пов'язаних із оцінкою потенційної схильності пацієнта до завдання собі шкоди або самогубства.

Оцінюючи ризик самогубства, важливо визначити, чи з'являлися у пацієнта думки про смерть, спричинення собі шкоди або самогубство, а також того, наскільки пацієнт схильний втілити суїцидальні задуми, наскільки серйозні його планування та підготовка самогубства, а також відносну летальність способу самогубства, що її розглядав пацієнт.

Крім того слід зважити на доступність засобів для суїциду, скажімо, вогнепальної зброї, а також смертоносність цих засобів.

Ризик самогубства та спроб суїциду підвищує ще й наявність попередніх спроб накласти на себе руки, включно з тими, які було попереджено. Отож якщо пацієнт уже вдавався до спроб самогубства, слід установити природу цих спроб. Особи, що зазнали знущань у дитинстві та можуть через це мати ПТСР, іноді схильні до поведінки, що спрямована на завдання собі шкоди, але без намірів покінчити з життям (65, 66).

Така поведінка може перерости у серйозніші форми несмертельних самопоранень, а також може підвищити ризик суїцидальних намірів. У пацієнтів також варто питати про випадки самогубств в їх родині і розмови про суїцид чи спроб суїциду у оточуючих.

Депресія, вживання алкоголю та наркотичних речовин, напади паніки, та сильна тривога часто проявляються у людей з емоційним шоком і пост травматичним стресовим розладом і пов'язуються з підвищеним ризиком суїциду і суїцидальних настроїв. Інші фактори пацієнтів з емоційним шоком і пост травматичним стресовим розладом, які заслуговують на особливу увагу, це наявність диссоціативних симптомів; сором і наявність хвороби (наприклад, після зґвалтування); втрата сім'ї, друзів, чи роботи в результаті травматичної події; особливі неврологічні симптоми, такі як безсоння чи втрата ваги/апетиту, соціальна самоізоляція; та психологічні проблеми, що існували до того, ризику характеру, чи способи примирення з ситуацією, які можуть вказати на підсилену реакцію на певну травму. Індивіди, які почувають себе ніби загнаними в глухий кут в стосунках, де партнер проявляє жорстоке поводження до іншого (наприклад, випадки домашнього насильства, зґвалтування в подружжі, чи насильства над дітьми) в цих випадках. Спостерігався зв'язок минулих травматичних подій і ймовірність того, що індивід може скоїти самогубство в майбутньому (67,68). Таким чином, повна оцінка рівня ризику суїциду має бути індивідуалізована при кожному окремому випадку, а також має містити оцінку сили пацієнта, його соціальної підтримки, та мотивацій для пошуку допомоги (69-71).

Менше відомо про фактори ризику заподіяння шкоди оточуючим на підставі пост травматичного стресового розладу. Проте, важлива оцінка думок, планів, намірів завдавати кривди іншим як частина психіатричної оцінки. Як і з оцінюванням ризику суїциду, важливо визначити чи в пацієнта є доступ до вогнепальної зброї чи інших видів смертельної зброї, яку можна використати для заподіяння шкоди оточуючим. Наявність галюцинацій, манія переслідування стосовно певного індивіда чи групи людей, або відчуття загнаності в кут у небезпечній ситуації може підвищити ризик заподіяння шкоди оточуючим.

2. Визначення напрямку лікування

Напрямок лікування індивідів, що страдають ГРС чи ПТСР включає повний континуум рівнів надання допомоги. Лікування має проходити таким чином, щоб як найменше обмежувало пацієнта, та щоб забезпечувало безпеку і ефективність. У визначенні ефективного напрямку лікування беруться до уваги різні чинники: серйозність симптомів, супутні захворювання, суїцидальні думки чи вчинки, проблемні думки чи вчинки, їх рівень прояву, існуюча система підтримки. Визначення напрямку лікування також має брати до уваги особисту безпеку пацієнта, можливість адекватно піклуватись про себе, можливість надавати психіатру надійну і правдиву інформацію, та бажання брати участь в лікуванні. Тут також є важливо довіра пацієнта до психіатра і до процесу лікування; довіра може бути обмежена внаслідок травматичних подій, культурних бар'єрів та інших чинників. Вибір спрямування лікування і можливість пацієнта отримати користь

від лікування має бути оціненою впродовж процесу лікування, так як дієвість не обов'язково збільшується при збільшенні часу обстеження в певному напрямку лікування (72).

Для більшості індивідів з ГСР та ПТСР амбулаторне лікування є найкращим вибором. Хоча деякі пацієнти, а особливо ті з супутніми медичними і психіатричними захворюваннями, можуть потребувати стаціонарного лікування. Пацієнти, які виявляють суїцидні наміри чи наміри вбивства, потребують ретельної оцінки і нагляду. Госпіталізація загалом призначена для пацієнтів, які можуть бути серйозною небезпекою для них самих чи оточуючих. Якщо вони відмовляються в госпіталізації, це можна зробити примусово якщо їх стан відповідає юридичним критеріям негайного взяття під варту чи примусовій госпіталізації. Серйозно хворі пацієнти, у яких немає нормальної соціальної підтримки поза лікарнею також повинні бути госпіталізовані. Для серйозно хворих пацієнтів, які неодноразово госпіталізовувались у зв'язку з невиконанням рекомендацій, примусове лікування за місцем проживання також може бути розглянуте.

3. Встановлення та підтримка терапевтичного альянсу

Встановлення терапевтичного альянсу є дуже важливим і підчас досить складним елементом лікування пацієнтів, що пережили психологічно травмуючі події.

Налагодження зв'язку лікар-пацієнт є дуже важливим та необхідним навіть за умов невідкладної допомоги, коли медичний працівник має лише одноразовий контакт з пацієнтом. І хоча 80% відсотків пацієнтів, що пережили фізичне або сексуальне насилля, проявляють свою зацікавленість у наданні їм подальшої психологічної допомоги (73), інші дослідження свідчать (74), що люди з ПТСР не використовують таку допомогу в повній мірі або ж зовсім її уникають. Позитивний досвід пацієнтів може впливати на їх співпрацю щодо подальшого обстеження та наглядом за їх станом.

Надавати допомогу таким людям потрібно з співчуттям та розумінням, намагаючись викликати у них почуття довіри. Сама наявність ГСР та ПТСР робить це завдання складним для лікаря. Терапевт повинен розуміти почуття пацієнта, пов'язані зі страхом повторення травматичної події, адже сама терапія може сприйматися як загроза або зайве втручання. Пацієнту зазвичай стає легше, коли терапевт визнає, що розмови про травматичні події можуть викликати дуже неприємні спогади та почуття, та що пацієнт має сам визначити глибину занурення у ці складні події та почуття з минулого. Надання пацієнту почуття такої гнучкості допомагає йому відновити почуття контролю, що є часто відсутнім після травматичних подій. Для пацієнтів з хронічним ПТСР поведінка відчуженості може зберігатися роками, тому терапевт повинен бути терплячим та слідкувати, щоб терапія проходила прийнятним для пацієнта темпом.

Багато інших етапів надання допомоги пацієнтам з ГСР та ПТСР потребують довіри в стосунках лікар-пацієнт. Лікування обох розладів потребує розуміння пацієнтом плану лікування та важливості подальшого спостереження за його станом. До того ж, ефективне лікування може вимагати від пацієнта толерантності щодо вживання ліків та їх можливих побічних дій. Для побудови гарного терапевтичного зв'язку психіатр повинен приділяти увагу занепокоєнню та побажанням пацієнта. Побудова терапевтичного зв'язку з пацієнтом, що зазнав дуже тяжких психологічних травм, - особливо в дитинстві – може вимагати додаткових психотерапевтичних зусиль та терпіння. Фактори, що стосуються традицій та культурного походження людини, можуть також стати на заваді. Наприклад, в східних культурах скептично ставляться до традиційного західного психіатричного підходу.

4. Координація надання допомоги

Надання допомоги пацієнтам з ГСР та ПТСР може вимагати командного підходу різних медичних спеціалістів. Пацієнти можуть мати декілька розладів, що потрібно лікувати. Також часто потрібна допомога родини та служб підтримки. Хтось один має взяти на себе обов'язок координувати догляд за хворим. Ця людина виступає координатором лікування, вона приймає рішення щодо необхідного ступеня та видів лікування, а також регулює втручання родини, вона допомагає в оцінці ефективності медикаментів та моніторить безпеку пацієнта. Зважаючи на комплексність обов'язків та необхідність медичного знання, оптимально призначити на цю роль психіатра. Подальша координація виконання плану лікування може бути спрощена чітким розподілом ролей, розробкою плану в разі появи кризових ситуацій, а також постійною комунікацією лікарів, задіяних в наданні допомоги. Якщо члени команди діють злагоджено між собою, пацієнтом, а також членами його родини і іншими групами підтримки, лікування має більші шанси допомогти пацієнту почати розрізняти безпечно від небезпеки та потенційні ретравматичні ситуації, навчити самомоніторингу та стратегій подолання паніки, викликані спогадами про минулу травму. Також це допомагає мінімізувати споживання алкоголю, контролювати свою імпульсивну, агресивну та самодеструктивну поведінку.

Ті, хто зазнав важких травм або насилля часто потребують постійної медичної уваги. Кооперація з лікарями, що надають додаткову допомогу, є важливою складовою психіатричного лікування. Люди з ПТСР також часто мають соматичні та соматоформні (наприклад, медично не пояснені) симптоми, що прямо не пов'язані з травматичною подією, але вимагають звернення до відповідних лікарів (76-79). В такому випадку кооперація між психіатром та профільним лікарем може полегшити процес надання допомоги пацієнту.

5. Моніторинг результатів лікування

Протягом лікування різні симптоми хвороби пацієнта можуть з'являтися та зникати. Дуже важливо слідкувати за змінами деструктивних імпульсів в пацієнта щодо себе та інших людей. Для пацієнтів з підвищеним ризиком такої імпульсивності необхідно забезпечити додаткові міри, як госпіталізація або інтенсивна терапія. При появі нових симптомів, чи значному погіршенні функціонального стану або суттєвих періодах відсутності результатів лікування необхідно переглянути діагноз пацієнта. Психіатр має бути особливо пильним щодо супутніх захворювань та розладів, появи таких симптомів як соціальне відчуження, панічні напади та депресія.

6. Навчання пацієнтів

В процесі надання допомоги пацієнтам з ГСР та ПТСР важливо пояснити їм процес протікання хвороби та ознайомити їх з можливими природними реакціями, викликаними стресом. Наступний веб-сайт (<http://www.psych.org/disasterpsych/>) пропонує різні освітні матеріали та посилання на онлайн-джерела за цією темою. Також потрібно проводити роз'яснення для членів родини та груп підтримки пацієнта. Важливо дати пацієнту зрозуміти, що його симптоми можуть посилюватися з появою нових травматичних подразників (явних або уявних), а також навчити пацієнта методам контролювання його емоцій та почуттів у випадках згадування про травматичні події. Дуже важливим є наголосити як пацієнту, так і його родині на тому, що для ГСР та ПТСР існує ефективне лікування. Така просвітницька робота допоможе їм приймати виважені рішення, передбачити побічні ефекти та дотримуватись режиму лікування.

Для людей або груп людей, професійна діяльність яких може передбачати появу травматичних подій (військові, міліція, пожежники, працівники невідкладної швидкої допомоги, журналісти) просвітницька діяльність може знизити ймовірність настання

травматичної події (зниження ризикової поведінки) або підвищити ймовірність звернення працівників по психологічну допомогу у разі її настання. Знання про можливі початкові реакції на травматичні події може значно полегшити життя постраждалим та знизити страх.

7. Підвищення прихильності до лікування

Для пацієнтів з хронічним ПТСР може знадобитися дуже довгий період лікування. Підчас значного погіршення стану пацієнти з хронічним ПТСР можуть легко впасти у відчай щодо свого одужання. До того ж, побічні ефекти можуть спонукати пацієнтів припинити лікування. У пацієнтів, що одужують, можуть з'явитися рецидиви в разі появи переживань щодо власної безпеки і безпеки своєї родини.

Пацієнти з посттравматичним стресом, що на перший погляд досягли стабільної та позитивної реакції, а також ті, що виглядають одужавшими після гострого стресового розладу, можуть мати несподіваний рецидив, коли нові події реактивують травматичні сумніви та страхи про безпеку їх та їхніх сімей. Для пацієнтів, що задіяні в триваючому судовому процесі пов'язаному з травматичною подією та шкоди, завданої в результаті такої події, судочинство може схожим чином реактивувати сумніви та емоції, що супроводжують подію та її наслідки. Також мотивація пацієнта до проходження лікування посттравматичного стресу може змінитися через наявні судові процеси. Психіатри повинні мати на увазі такі випадки та вирішувати їх протягом терапії, підбадьорювати пацієнта до дискусії з приводу будь-яких сумнів щодо дотримання законності, персональної безпеки, або незахищеності від травматичних нагадувань.

Дотримання лікування може бути покращене при нагадуванні пацієнту 1) коли і як часто потрібно приймати ліки, 2) очікуваний період необхідний для того, щоб стали помітними позитивні наслідки лікування, 3) необхідність продовження приймати ліки навіть після покращення самопочуття, 4) потреба в консультації з терапевтом перед припиненням лікування, а також 5) кроки, що необхідно зробити у разі виникнення проблем чи запитань (82). Деякі пацієнти, особливо більш старші, мають більшу схильність дотримуватися лікування коли і складність режиму прийняття ліків, і ціна лікування мінімізовані. Сильні та відновлювані проблеми з дотриманням режиму лікування можуть означати психологічні сумніви, психопатологію, або порушення у відносинах лікаря та пацієнта, що може потребувати додаткової психотерапії. Члени сім'ї що підтримують вживання ліків та/або інші види лікування можуть також зіграти важливу роль у покращенні дотримання режиму. Незважаючи на те, що моделі лікування такі як підтримка громади, не були спеціально вивчені на індивідуумах з посттравматичним стресом, але вони демонструють ефективність у зменшенні тяжкості симптомів синдрому, скороченні періоду госпіталізації, а також покращенні умов життя у індивідуумів з серйозними та рецидивуючими розумовими захворюваннями (83-86). Застосування такого підходу може бути оправдане у випадку пацієнтів що вимагають госпіталізації та при наявності у пацієнта інших психіатричних захворювань.

8. Зростаюче розуміння та адаптація до психологічних ефектів розладу.

В той час як травма сама по собі часто має своїм результатом шкідливі соціальні, сімейні, навчальні, професійні та фінансові феномени, подальші ефекти також можуть виникати з симптомів ГРС та ПТСР, та робити ці захворювання постійними. Наприклад, якщо хтось втрачає роботу через катастрофу, інший стресор (безробіття) підвищує небезпеку розвитку посттравматичного розладу (87). В результаті психіатр повинен допомогти пацієнту підготуватися до проблем, що можуть виникнути у різних сферах життя, включаючи сімейні та соціальні відносини, умови життя, загальне здоров'я, навчальну та професійну ефективність, та допомогти пацієнту розглянути наявні опції для

вирішення таких проблем (наприклад розгляд альтернативного навчального чи робочого графіку, можливі варіанти відпустки, фінансової та соціальної допомоги). Корисною буде робота з пацієнтами, направлена на встановлення реалістичних та досяжних коротко- та довгострокових цілей. Пацієнти можуть підвищити почуття самоповаги (самооцінку) через досягнення цих цілей, таким чином зменшуючи деморалізацію що поглиблює чи робить постійним захворювання. Також важливим може бути допомога пацієнтові зі стресовими розладами отримати клінічну допомогу з приводу сімейних проблем, чи, для членів сім'ї, що самі потребують терапевтичного втручання. Пацієнти що мають дітей можуть потребувати допомоги з оцінкою та вирішенням потреб їх дітей, як протягом так і при відновленні гострих епізодів.

Стійкість (опір) була по іншому визначена різними дослідниками, як індивідуальна риса чи якість, результат, чи процес. Концепція стійкості може також стосуватися здатності обговорювати психологічні та емоційні зміни після впливу травми та в такий спосіб підвищувати шанси на видужання. Однак, роботи, що вивчали до цього часу цей ефект, визначили універсальний фактор чи результат еластичності (88, 89). Барнз та Белл (Barnes and Bell 90) запропонували, що фактори задіяні в стійкості це 1) біологічні фактори (інтелектуальна та фізична здатність, стійкість), 2) психологічні фактори (адаптивні механізми такі як гнучкість его, мотивація, гумор, твердість, сприйняття себе; емоційні атрибути такі як емоційне благополуччя, надія, вдовolenість життям, оптимізм, щастя, та довіра; когнітивні атрибути такі як когнітивні стилі, каузальні атрибути такі як внутрішній локус контролю та вини, світогляд та життєва філософія 3) духовні атрибути, 4) ознаки посттравматичного зростання, 5) соціальні атрибути (навички міжособистісного спілкування, міжособистісних відносин, зв'язності і соціальної підтримки), і 6) чинники навколишнього середовища, такі як позитивні життєві події і соціально-економічний статус. Деякі дослідження показують, що оптимізм може захистити від наслідків життєвого стресу (91-97) і дозволяє деяким особам мобілізувати захисні фактори, такі як адаптивні навички вирішення проблем, підвищення власної ефективності, способи переосмислення негативного досвіду в позитивному ключі, і стратегії пошуку соціальної підтримки (98-101). Хоча немає опублікованих досліджень, що б оцінювали вплив тренування оптимізму на розвиток або наслідки ГСР або ПТСР, скринінг на базі шкіл в межах громади, з подальшим психосоціальним впливом був здатний ефективно виявляти і усувати симптоми травм, пов'язані з лихами і полегшити психологічне відновлення у дітей (102). Таким чином, зусилля з поліпшення психосоціального функціонування та стійкості може допомогти звести до мінімуму симптоми та підвищити відновлення та одужання.

9. Оцінка та управління фізичним здоров'ям і функціональними пошкодженнями

Оскільки ГСР та ПТСР часто є результатом фізично травмуючих подій, вони часто пов'язані з фізичними проблемами зі здоров'ям і функціональними порушеннями. Інші механізми (наприклад, підвищена збудливість, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркове [ГН] порушення регуляції центральної нервової системи, погане самообслуговування) можуть сприяти цьому (103). У тих, хто зазнав травму, медичні проблеми можуть впливати на багато аспектів здоров'я. Отже, наявність, тип(и), і тяжкість медичних симптомів слід постійно контролювати. Медичні симптоми, симптоми ГСР або ПТСР, та психосоціальні або міжособистісні проблеми у взаєминах пов'язані з порушеннями в здатності пацієнта функціонувати. Для розглядання таких порушень, також повинно відбуватися оцінення на постійній основі рівня функціонування. Наприклад, деяким пацієнтам може знадобитися допомога в плануванні робочих прогулів або інших обов'язків, в той час як інші можуть потребувати підтримку, щоб уникнути серйозних змін життя при загостренні симптомів.

С. ПРИНЦИПИ ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ

1. Цілі лікування

Цілі лікування для осіб, які пережили травматичну подію і отримали діагноз ГСР або ПТСР є наступне:

а) зменшити важкість симптомів ГСР або ПТСР

Цілі лікування включають зниження загального рівня емоційного дистресу пацієнта, а також зниження цільових симптомів, які можуть порушити соціальне або професійне функціонування. Загалом, лікар намагається допомогти пацієнтові краще переносити і справлятися з негайним негативним стресом від спогадів травматичних подій і знизити страждання протягом тривалого часу. Крім того, лікар працює для підвищення здатності пацієнта розрізняти травматичні сигнали та нагадування від початкових травматичних випадків за допомогою сприяння впровадженню психологічної адаптації з повторним переживанням станів і поступовим переконанням, що нинішня реакція викликана результатами від спогадів минулої небезпеки, якої більше не існує. Таким чином, метою лікування є запобігання, полегшення і заохочення відновлення від передбачуваних нейробіологічних змін, пов'язаних з ГСР і ПТСР. Симптомо-конкретні цілі включають в себе допомогу пацієнтові знизити нав'язливе повторне переживання, психологічну і фізіологічну реактивність до нагадувань, замкнутість, пов'язану з травмами, нічні кошмари і порушення сну, тривогу, пов'язані з побоюваннями повторення. Інші цільові завдання включають зниження рівня поведінки, що не виправдано обмежує повсякденне життя, впливає на функціонування, заважає прийняттю рішень, і сприяє ризиковій та не безпечній поведінці.

б) Запобігання або зменшення коморбідних розладів, пов'язаних з травмою

Мало що відомо про вплив коморбідних розладів при ГСР. Депресія, токсикоманія і інші синдроми можуть перешкоджати відновленню після ПТСР і нести додаткові ризики для психічних розладів і функціональних порушень (4, 104). Медичні розлади і соматичні скарги також поширені в ветеранів війни (79, 105, 106) та осіб з історією сексуального насильства (107-114). Таким чином, однією з основних цілей лікування є запобігання вторинних порушень і відповідно діагностики та лікування інших одночасних станів за їх присутності.

в) Поліпшення адаптаційного функціонування та збереження або відновлення нормального розвитку

ГСР і, зокрема ПТСР пов'язані з низкою функціональних порушень у різних сферах повсякденного життя (10, 12, 115-122). Крім дій, які можуть бути необхідні для вирішення таких порушень, відповідними цілями є сприяння стійкості і надання допомоги пацієнтам в психологічній адаптації до стресів, пов'язаних із травмами, та негараздами.

Травматичні переживання на будь-якій стадії життєвого циклу, можуть перешкоджати нормальному прогресу в розвитку. Посттравматичні симптоми стресу можуть скоротити нинішні досягнення в галузі розвитку (наприклад, під час побачень, дружби, створення сім'ї, батьківства, материнства, освітніх досягнень, професійного просування, і виходу на пенсію). Побоювання подій або симптомів рецидиву, неконтактна поведінка та обмеження на міжособистісному рівні життя може також привести до втрати можливості розвитку. При лікуванні пацієнтів з ПТСР, терапевтична мета обстеження полягає у виявленні та розробці стратегій по відновленню та сприянню нормальному прогресу у розвитку.

г) Захист від рецидиву

Курс гострих і посттравматичних стресових реакцій може змінюватися залежно від симптоматичних загострень у зв'язку з нагадуванням про травму або втрату, додаткових

життєвих стресів або негараздів, наступних зустрічах з небезпечними або травматичними ситуаціями, або припинення приймання психотропних препаратів (123). Профілактика рецидивів допомагає пацієнтам в очікуванні таких ситуацій і у розвитку навичок, таких як вирішення проблем, емоційна регуляція та належне використання міжособистісної підтримки та професійної допомоги.

д) Впровадження пережитої небезпеки в результаті травматичних ситуацій в конструктивну схему ризику, безпеки, попередження та захисту

Небезпека або наслідки, пов'язані з первісним травматичним досвідом можуть спотворити особисті переконання, очікування та уяву про майбутнє, ризики для життя і безпеки. Крім того, пацієнти часто шукають сенс їхнього життєвого досвіду. Лікування посттравматичного стресового розладу можуть включати стратегії для надання допомоги пацієнтам в конструктивному вирішенні цих питань. Оскільки ПТСР часто переростає в хронічні хвороби, можливо, потрібно буде розглядати значення усунення травми з точки зору її зв'язків з минулими переживаннями і її вплив на подальші уявлення про власну значущість і міжособистісні відносини. Психодинамічні підходи та інші види психотерапії можуть сприяти цій інтеграції (124-127).

2. Вибір початкового методу лікування

Пацієнти, які обстежувались протягом декількох годин або днів після гострої травми можуть виявлятися з переважними посттравматичними фізіологічними і емоційними симптомами, які, очевидно, запобігають або суттєво обмежують психотерапевтичні стосунки. Такі симптоми не обов'язково вказують на подальший розвиток ГСР або ПТСР. Однак фармакологічні втручання, що зменшують переважно фізичну або психологічну біль, яка провокує безсоння, або збудження, гнів, чи дисоціацію може відновити початкове функціонування або може бути корисним засобом пристосовування під час спостереження лікарями за розвитком додаткових симптомів і вважається додатковим психотерапевтичним втручанням та/або медикаментозним лікуванням.

Лікування ГСР або ПТСР включає в себе три основні категорії втручань: фармакологічне лікування, психотерапевтичне втручання, та психоедукацію і заходи підтримки. У той час як когнітивні і поведінкові методи лікування та фармакологічні втручання (зокрема, СІЗЗС) мають достатні клінічні дані, їх ефективності в лікуванні основних симптомів ПТСР (див. розділ П.Д «Стратегії специфічного лікування»), також доступні декілька прямих порівнянь комбінацій підтримки/психоедукації, фармакологічного втручання, та психотерапії. Проте, консенсус передбачає, що кілька факторів, тому числі за наявності конкретних цільових симптомів та індивідуальних особливостей пацієнта, можуть формувати рішення щодо початкового лікування; ці фактори розглядаються в розділі П.Д, «Особливі стратегії лікування.»

Для пацієнтів з розладами аутичного спектру, а також для тих, хто не має явних симптомів, одна сесія дебрифінгу не попереджає ПТСР і може перешкоджати одуженню (128, 129). При ГСР, в ранні терміни після травми, як тільки безпека пацієнта і медична стабілізація були вирішені, корисна підтримуюча психотерапія, управління справами, і сприяння в отриманні ресурсів, таких як продукти харчування та притулку (130, 131). Крім, лише виявлення неефективності дебрифінгу, немає ніяких свідочств того, що раннє піклування шкідливе (131-134). Попередні дані також показують, що пацієнтам з ГСР може бути надана допомога когнітивно-поведінковими методами психотерапії, яка включає експозиції (135-137). Хоча є декілька досліджень фармакологічних втручань у пацієнтів з розладами аутичного спектру, лікування засобами СІЗЗС і, можливо, іншими антидепресантами може представляти розумні початкові клінічні втручання.

У осіб з ПТСР, дані рандомізованих контрольованих випробувань підтримують як психотерапевтичні, так і фармакотерапію на стадії початкового лікування. СІЗЗС

рекомендуються в якості терапії першорядних ліків для ПТСР, інші антидепресанти також можуть бути корисним.

З точки зору психотерапії, когнітивно-поведінкова терапія є ефективним засобом для лікування основних симптомів гострого та хронічного посттравматичного стресового розладу. Десенсибілізація і регенерація EMDR також ефективні. Стрес щеплення, імагінативні техніки атакож пролонговані експозиції також можна використовувати в лікуванні посттравматичного стресового розладу, а також пов'язаних з ним симптомом, як занепокоєння і уникнення. Використання психодинамічної психотерапії в лікуванні посттравматичного стресового розладу підтримується значним числом описових досліджень і практичних аналізів, а також істотним клінічним досвідом. Це може бути корисно у вирішенні, міжособистісних, або внутрішньоособистісних та проблем розвитку, які можуть мати особливе значення у соціально-професійних та міжособистісних відносинах. Також вона виявляється корисною у сприйнятті зміни переконань пацієнта, світових очікувань, узагальнення загроз, та досвіду на інші життєві події, і спроб знайти сенс. Міжособистісні питання, які розвиваються в результаті ГСР або ПТСР, включаючи зміни в міжособистісних відносинах, страхи, уникнення, втрата довіри, гнів і агресія, і збільшення узагальнення страхів і загроз, слід також вирішувати психотерапевтично.

Наявність супутнього психічного розладу може також впливати на вибір втручання. Наприклад, зловживання психоактивними речовинами є частим при ГСР або ПТСР і сигналізує про необхідність спеціального лікування для зловживання психоактивними речовин. Крім того, люди, які страждають депресією, можуть бути в більшій небезпеці при подальшій незахищеності від травм. Наприклад, коли в сім'ї триває насильство, низька самооцінка або зниження енергії у поєднанні з депресією можуть привести до зростання насильства від жорстокого партнера або неадекватних зусиль самозахисту пацієнта. Таким чином, пряме та інтенсивне лікування прихованої депресії разом з психотерапією і/або особливо фармакотерапія можуть звести до мінімуму ризик додаткової травми і розвитку або продовження ПТСР.

3. Підходи для пацієнтів , які не реагують на початкове лікування

Через брак високоякісних науково-обґрунтованих досліджень терапевтичних втручань для пацієнтів з опором до лікування ПТСР, питання неефективності лікування не може бути вирішено алгоритмічно. Однак можливий систематичний огляд факторів, які можуть сприяти неефективності лікування. Оскільки початковий план лікування деталізує кожне обране лікування, обґрунтування його використання, а також цілі результату лікування, огляд цього початкового плану лікування повинен допомогти визначити, якою мірою терапевтичні цілі були виконані. Якщо втручання були ведені послідовно, то буде простіше розрізнити їх з індивідуальним ефектом. При розгляді первісного плану, лікар повинен обговорити з пацієнтом, які (якщо такі є) симптоми покращилися, погіршилися або залишилися без змін. Важливо також визначити, чи розуміє пацієнт план і дотримується його і, якщо присутнє недотримання плану то які є причини.

Наприклад, можливо пацієнт не виконував домашні завдання або перестав приймати ліки, або пропускав прийом ліків через побічні ефекти чи з фінансових причин? Необхідно переглянути і прийняти до уваги те, наскільки інші психологічні розлади або особисті риси можуть заважати лікуванню. Терапевт повинен запитати чи є якісь нові психологічні фактори чи інші проблеми, які можуть перешкоджати лікуванню. Наприклад, конфлікт на роботі чи з членами родини.

Якщо виявиться, що стосунки пацієнта з терапевтом не причина і що пацієнт дотримується лікування, терапевту необхідно спробувати інші можливості. Однією з стратегій для тих, хто не відповідає на лікування, може бути зміна початкового лікування на інше – наприклад, додавання фармакологічної терапії до психотерапії, психотерапії до фармакологічного втручання, або психотерапію пари до індивідуальної. Загалом, терапевту необхідно спочатку спробувати всі методи лікування, для яких існують докази ефективності, і лише після цього пробувати нові методи. В деяких випадках призначене спочатку лікування має бути припинене і інший тип лікування має бути призначений, наприклад, у випадку коли пацієнт страждає від сильної тривоги і тому не витримує експозицій. Так як більшість видів психотерапій що рекомендовані при ПТСР та ГРС також застосовуються при інших психіатричних розладах, огляд літератури по стратегіях покращення ефективності лікування в цих ситуаціях також може допомогти підвищити ефективність втручань для ГРС та ПТСР.

D. Особливі стратегії лікування

Так як пацієнтів з діагнозом ГРС або ПТСР турбує широкий і складний комплекс симптомів, догляд за пацієнтами з цими розладами включає ряд підходів і повинен враховувати біопсихосоціальну різноманітність клінічних проявів пацієнта. При виборі конкретної стратегії для лікування ГРС або ПТСР, важливо враховувати вагу наукових доказів, що підтверджують кожен варіант лікування, а також обмеження сучасної доказової бази. Є відносно небагато подвійних сліпих, рандомізованих, контрольованих досліджень лікування пацієнтів з ПТСР і ще менше таких досліджень для пацієнтів з ГРС. Багато перспективних результатів все ще вимагають підтвердження, а деякі заходи, які зазвичай використовуються на основі широкого клінічного досвіду і консенсусу, все ще вимагають більш методологічно строгих досліджень. У дослідженнях, які доступні, тривалість періоду лікування і спостереження як правило коротка, розмір вибірки часто замалий, і можливість відповіді на плацебо часто досліджене неправильно. Крім того, результати часто зосереджені на тих змінах симптомів, які легко піддаються кількісній оцінці, а не на діагнозах ПТСР чи ГРС самих по собі, чи на важливих коротко- та довгострокових наслідках, наприклад, соціальних, професійних та міжособистісних відносинах. Ймовірно також, що відповіді на конкретне лікування можуть відрізнятися залежно від типу перенесеної травми (наприклад, гостра в порівнянні з поточною чи сукупною, травма внаслідок стихійного лиха чи міжособистісного насильства, травма внаслідок подій в суспільстві чи в особистому житті, наявність чи відсутність одночасної фізичної травми) і термін від травматичних подій до початку лікування. Так як ГРС за визначенням розвивається в перші 4 тижні після травматичної події, дослідження щодо лікування в цей період повинні розглядатися як ті, що стосуються лікування ГРС і потенційно запобігання ПСТР. Стратегії лікування симптомів, що розвиваються в період від 1 до 3 місяців після травматичної події (гостре ПСТР) можуть відрізнятися від тих, що розвиваються (або з'являються знову) більше ніж через 3 місяці після травматичних подій (хронічне ПТСР), хоча диференціальна ефективність конкретних стратегій лікування гострого порівняно з хронічним ПТСР не була добре вивчена. Загальним правилом є відновлення протягом перших трьох місяців після травматичної події (139) і цей період природнього відновлення може бути продовженим до 6 місяців (34, 140). Лікар має керуватись тим, наскільки швидке очікується відновлення, полегшенням страждань, і тим, які методи лікування використовуються, щоб прискорити одужання і попередити інші травматичних подій, тим, наскільки хронічні симптоми і чи є рецидиви.

При виборі конкретної стратегії лікування, слід також врахувати вік, стать пацієнта, а також попередню історію (наприклад, історію розвитку пацієнта, попередній

травматичний досвід, розлади викликані вживанням речовин, інші психіатричні діагнози), теперішні супутні медичні і психіатричні хвороби, схильність до агресії або аутоагресії (див. Розділ III “Specific Clinical Features Influencing the Treatment Plan”), або інші чинники, які можуть сильно відрізнятися в залежності від особистості. Хоча систематичне вивчення цих чинників є рідкісним, клінічний досвід показує, що ці чинники можуть бути причиною зміни індивідуального плану лікування. Особливі стратегії лікування обираються для цільового лікування симптомів або груп симптомів (наприклад, повторного переживання, уникнення, або надмірного збудження), які є найважчими для пацієнта і щоб прийняти до уваги час, який пройшов від травматичного досвіду до розвитку симптомів. Особливості особистості та взаємодії з родиною можуть вплинути на виразність симптомів, їхню постійність або загострення.

Лікування симптомів ГСР або ПТСР включає три підходи, які можна використовувати окремо або поєднувати: психофармакологія, психотерапія, а також заходи психоедукації та підтримки. На сьогоднішній день не існує психотропних препаратів, які були б розроблені спеціально для ГСР чи ПТСР. Тому в клінічній практиці і при дослідженнях з фармакотерапії, препарати використовуються в тих дозах, що рекомендуються та затверджені і для інших психіатричних захворювань. У той час як клінічні докази на сьогодні для кожного з цих заходів обмежені, ефективність комбінації психоедукації/підтримки, психотерапії, психофармакології охарактеризовані ще гірше. Клінічна практика та консенсус підтримують використання цих підходів, що базуються на декількох факторах, таких як конкретно визначені цільові симптоми, психіатричні чи інші медичні супутні захворювання і переваги пацієнта. Терапія ліками також може бути почата для відповідних симптомів (наприклад, фізичний біль, збудження, сильне безсоння, чи психоз), які б в іншому випадку обмежували ефективність психотерапії. У наступних розділах узагальнено конкретні підходи до лікування ГСР та ПТСР: психофармакологічні, психотерапевтичні, психоедукація та підтримка. Висновки, в яких ефективність краще з’ясована для певних симптомів або клінічних ознак або для певних проміжків часу після травматичного досвіду, виділені.

1. Психофармакотерапія

а) СІЗЗС (селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну)

Як показано в декількох великих рандомізованих подвійних сліпих контрольованих дослідженнях, СІЗЗС можуть використовуватись для лікування як чоловіків, так і жінок з ПТСР (123, 141-147). Є чотири причини чому СІЗЗС є препаратами першочергового вибору: 1) вони позитивно впливають на всі три кластери симптомів при ПТСР (епізоди повторного переживання, уникнення/приглушення або збудженості), 2) вони є ефективними для лікування психічних розладів які часто супроводжують ПТСР (наприклад, депресія, панічний розлад, соціальна фобія, obsесивно-компульсивний розлад), 3) вони можуть зменшити клінічні симптоми (такі як суїцидальна, імпульсивна, агресивна поведінка), які часто ускладнюють лікування ПТСР, 4) вони мають порівняно мало побічних ефектів.

Зменшення вираженості основних симптомів ПТСР були показані при використанні флуоксетину, сертраліну і пароксатину в дослідженнях, які були порівняно короткотривалі (8-12 тижнів) і включали в основному жінок з хронічним ПТСР, який розвинувся як результат звалтування або нападу (123, 141-146, 148). Хоча зменшення симптомів загалом спостерігалось протягом 2-4 тижнів лікування, такі симптоми, як гнів і дратівливість зменшувались вже протягом першого тижня (149). У дослідженнях, де використовувався флуоксетин, покращення таких симптомів, як збудженість, приглушення та уникнення (але не переживання заново), як і загальна відповідь на лікування були значнішими у жінок,

ніж у чоловіків. Інші дослідження продемонстрували ефективність цих медикаментів при нав'язливих станах, уникненні/приглушенні, збудженості. Менші відкриті дослідження флуоксетину за участю ветеранів бойових дій показали ефективність при симптомах пов'язаних зі сном (включаючи нічні кошмари) (147, 150). Порівняльні дослідження впливу будь-яких СІЗЗС на симптоми ГСР або ПТСР не опубліковані; однак, враховуючи клінічний консенсус можна сказати, що ці медикаменти відрізняються насамперед кращою фармакокінетикою, метаболічним ефектом на інші ліки та меншими побічними ефектами, а не їхньою ефективністю в лікуванні ASD та PTSD.

Б) Трициклічні антидепресанти та інгібитори моноамінооксидази(МАО)

Дослідження трициклічних антидепресантів показують ефективність амітріптиліну та іміпраміну (151, 152), але не дезипраміну (153). Щодо інгібиторів МАО нечисленні дані говорять про ефективність фенелзину та брoфароміну (154, 155). В усіх випадках препарати випробовувалися чоловіками, що мали військовий досвід, що в свою чергу призводить до обмеженості результатів. Відсутні дослідження щодо ефектів інших інгібиторів МАО або трициклічних антидепресантів саме у жінок з ГСР або ПТСР.

В) Бензодіазепіни

Хоча бензодіазепіни можуть понизити рівень тривоги та покращити сон, їх ефективність в попередженні посттравматичного стресового розладу або у лікуванні його основних симптомів, не була доведена або ж належним чином проаналізована (156, 157). Стурбованість щодо аддиктивного потенціалу у пацієнтів з коморбідною наркотичною залежністю може бути додатковою причиною обмеження використання бензодіазепінів. Також повідомлялося про погіршення симптомів після відміни бензодіазепінів (158). Але у дослідженні більш ніж 300 ветеранів з ПТСР та коморбідною наркотичною залежністю лікування бензодіазепінами не привело до побічних ефектів по закінченню лікування.

Г) Антikonвульсанти

Відкриті дослідження про вплив вальпроату, карбамазепіну та топірамату показують часткову або обмежену ефективність щодо специфічного набору симптомів посттравматичного стресу (160 – 162), але ці дослідження, так само як й результати контрольованого дослідження лише ламотриджину (163) показують результативність особливо щодо симптомів повторного переживання..

Д) Антипсихотики

Психотичні симптоми не включаються до діагностичних критеріїв для ГСР або ПТСР. Але тим не менш у хворих з цими захворюваннями також можуть спостерігатися психотичні симптоми як складова коморбідних розладів. Перед початком лікування антипсихотиками рекомендована ретельне діагностичне обстеження, спрямоване на виключення делірії, деменції, первинних розладів мислення, гострих психотичних реакцій, маячного розладу, наркотичної залежності, закритої черепно-мозкової травми або інших коморбідних станів. Попередні дослідження антипсихотичних засобів другого покоління: оланзапіну (164-166), кветіапіну (167) та рісперідону (168) у пацієнтів з симптомами ПТС показують можливість застосування цих засобів у фармакологічному лікуванні, особливо коли присутні додаткові психотичні симптоми або першочергові заходи лікування виявились не дієвими.

Є) Адреноблокатори

Препарати, що діють на адренергічні рецептори, також пропонувалися для лікування ПТСР. Попередні результати показали можливий позитивний ефект з альфа-1-антагоніста празозина (169) та альфа-2-агоніста клонідіна у поєднанні з іміпраміном (170). Але поки що великих контрольованих досліджень цих речовин не було.

В той час, як бета –адреноблокатори час від часу призначаються при ПТСР (171) та використовуються в лікуванні стійкої тривоги, контрольовані дослідження цих препаратів для ПТСР відсутні. По попереднім висновкам можна сказати, що застосування одразу після травми пропранололу може знизити подальші симптоми ПТСР (137, 172). До того як взяти цю практику на озброєння, необхідні подальші контрольовані дослідження.

Е) Психотерапевтичні втручання

а) Когнітивні та поведінкові методи лікування

Когнітивно-поведінкова терапія у хворих із гострою стресовою реакцією або посттравматичними стресовими розладами спрямована на попередження викривлень у оцінюванні процесів (у деяких випадках через багаторазову експозицію та через інші методики, які орієнтовані на обробку інформації без повторення експозиції) з метою зменшити чутливість пацієнта до механізмів, які призводять до травмування. Відмінності можуть бути представлені між психотерапіями, які головним чином сфокусовані на аспектах когнітивних процесів та тих, що наголошують на поведінкових методиках. Тим не менше, аспекти обох часто об'єднуються і проведені дослідження відзначають ефективність компонентів цих методик лікування або зазначають, що на практиці одна без іншої недоступні. Курс когнітивно-поведінкової терапії зазвичай розпочинається з вивчення симптомів захворювання, а також з логічного обґрунтування для того, щоб пацієнт міг оживити свої болючі переживання та навчився розслабитися. Після того, як терапевт оцінює здатність пацієнта переносити в межах сеансу занепокоєння і тимчасові загострення симптомів, він проходить ще серію сеансів. На них пацієнт уявляє та описує травматичну подію і її наслідки та його просять зосередитись на негативному впливі та роздратуванні, допоки їх рівень не знизиться. Заспокоєння і розслаблюючі вправи допомагають пацієнту в процесі цих сеансів, а домашні завдання дозволяють йому практикувати поза межами сеансів або під час відчуття сильної тривоги (специфічні місця або види діяльності) в природних умовах (125, 173, 174). Обмежена кількість добре спланованих досліджень демонструють певні успіхи, не тільки у швидкому видужанні, але й в запобіганні ПТСР, але при умові, якщо когнітивно-поведінкова терапія проводиться протягом декількох сеансів, які розпочинаються 2-3 тижнів після отримання травми (135, 173, 175–178). І техніка стресове щеплення, і тривалі експозиційні техніки продемонстрували ефективність у жінок з ПТСР в результаті насильства або зґвалтування (179-181). Пролоногована експозиція (через уяву чи в природних умовах експозицію для уникнення ситуацій, які асоціюються с попередньою травмою) була ефективною, зокрема при ПТСР, який проявляється тривогою та уникненням (179,182). Тим не менш, декілька досліджень виявили, що експозиція може збільшити, а не зменшити симптоми для деяких пацієнтів (178, 183). Вправи для зменшення стресу, дихальні вправи, релаксуючі тренінги, відігравання ролей та когнітивна відбудова також довели свою ефективність як самостійно так і в поєднанні з експозицією для зниження посттравматичного синдрому (179). Особи, які пережили зґвалтування, є жертвами злочинів та ветерани війни демонстрували покращення загальних посттравматичних симптомів, зменшення нічних кошмарів при роботі з імагінативними переживаннями (імагінативна пролонгована експозиція) (184,185). Клінічне покращення (але не відновлення) також проявлялося в групі пацієнтів з посттравматичним синдромом з різнорідними травматичними експозиціями, котрі отримали уяву експозицію чи когнітивно-поведінкову терапію (186,187). Робота в групах методом когнітивної реструктуризації що має на роботу з

викривленнями пов'язаних з загрозою оцінки та безпеки через упрощене вивчення письмової розповіді пацієнта про його травматичний досвід показав обіцяючі результати (188). Більшість з цих досліджень були короткотермінові і немає підтвердження тривалості покращень.

Б) Техніки EMDR

EMDR це форма прихотерапії, котра включає терапію, основу на експозиції (з багаторазовими короткими інструкціями, які переривають витримку до травматичного матеріалу), рух очей, пригадування та вербалізація травматичних спогадів події чи подій. Таким чином, це поєднує різні теоретичні перспективи та техніки, включаючи когнітивно-поведінкову терапію. Дехто вказує користність скерованих рухів очей як відрізняючого фактору серед інших когнітивно-поведінкових підходів. Інші зазначають, що травматичні переживання не треба вербалізувати, навпаки, пацієнти повинні думати про свою травматичні переживання без потреби їх обговорення. Як і решта когнітивно-поведінкових та експозиційних терапій, більшість добре запроєктованих досліджень EMDR малі, проте мета аналізи вказують на ефективність, подібну до інших форм когнітивних та поведінкових терапій (189-192). Дослідження також вказують, що рухи очей не є необхідними чи корисними для результату (193-195), проте це залишається контроверсійним (196,197). Натомість, виявляється, що ефективність може бути пов'язана з техніками, які є спільними для інших експозиційно обумовлених когнітивних терапій як було описано в попередніх випадках, потрібне є подальше дослідження, щоб чітко визначити ефективні субкомпоненти поєднаних технік. Подальші дослідження також потрібні, щоб встановити чи досліджувані покращення утримуються протягом часу.

Психодинамічна психотерапія

Психодинамічна терапія з початку зазначалась як добра в роботі з **травматичними подіями** існує велика кількість досліджень що включають наочні плани, причинно-наслідкові кореляційні дослідження та конкретні випадки. Тим не менш, поодинокі, контрольовані випадки досліджень по психодинамічній психотерапії у пацієнтів з ГСР (*гострим стресовим розладом*) та ПТСР (*посттравматичним стресовим розладом*) вкрай обмежені. Одне з контрольованих випробувань психодинамічної терапії у порівнянні з гіпнотерапією чи десенсибілізацією та у порівнянні з відсутністю терапії, показало, що усі втручання перевершували простий контроль стану (відсутність терапії) даючи у результаті зменшення симптомів інтрузії та уникнення. (201). Інші контрольовані випробування гіпнотерапії для пацієнтів з ГСР та ПТСР, не було опубліковано, однак наочні дослідження та клінічні консенсуси підтримують використання гіпнотерапії, правильно навченими спеціалістами, для зменшення симптомів занепокоєння внаслідок гострих станів та сигналами травматичних подій, а також, як додатковий нефармакологічний підхід до зменшення занепокоєння(202). Мета-аналіз контрольованих психотерапевтичних випробувань (включно із дослідженням Брума та інших. {201}) також радять гіпноз як ефективний засіб, особливо під кінець терапії(203).

Клінічні дослідження та описова література на тему психодинамічної психотерапії, виділяють два основних підходи до лікування ПТСР. Перший з них, розглядає можливість індивіда до захисту та навички подолання, як наслідку її чи його біопсихологічного розвитку, та фокусується на значенні самої травми для індивіда з точки зору попередніх психологічних конфліктів, досвіду розвитку і стосунків, так само як і конкретний час розвитку травматичного прояву (проявів). Цей підхід перевіряє загальну здатність людини впоратися із спогадами про травматичні події та їх механізм, та стиль що використовує індивід щоб справлятися із даними спогадами(204), (205). Другий підхід фокусується на впливі травматичного досвіду на попередній власний досвід індивіда,придушеному

почутті власної гідності, видозміненому досвіді безпеки, та втраті відчуття власної згуртованості та самоспостережувальних функцій, та допомагає людині ідентифікувати та підтримувати функціональне відчуття власного «я» на фоні травми (206), (207). Обидва підходи є корисними у відношенні до суб'єктивних та міжособистісних факторів що підтверджують хворобу (наприклад розбиті припущення про прихильність, питання довіри), а також зміни у переконаннях та світосприйнятті, та часто видозмінене сприйняття загрози, що часто зустрічається у пацієнтів з хронічним ПТСР (21, 208, 209). Психодинамічні психотерапевти використовують суміш підтримуючих та орієнтованих на внутрішній світ втручань, що базуються на оцінці симптомів кокретного пацієнта, історії розвитку, особистості та доступної соціальної підтримки, разом із постійною оцінкою здатності пацієнта переносити дослідження його травми (210, 211). При хронічних ПТСР, питання переносу часто досліджуються, щоб допомогти пацієнту зрозуміти свідомі та несвідомі речі у контексті недавніх або більш віддалених травматичних подій у її чи його житті, в час коли вони виявляються при лікуванні(212). Усвідомлення контрпереносу є центральним компонентом лікування травматичного досвіду в психодинамічній психотерапії. Емоційна реакція терапевта на опис пацієнтом травматичних подій, може або полегшити або зірвати терапевтичний альянс, що створює постійну увагу до контрпереносу, особливо у випадках лікування пацієнтів з ГСР та ПТСР.

d) Психологічний дебрифінг

Психологічний дебрифінг був розроблений як втручання покликане запобігти розвиткові негативних емоційних наслідків травматичних подій, включно із ГСР та ПТСР. Це поетапне, структуроване групове (або, як часто призначається - індивідуальне) інтерв'ю та освітній процес, що включає знання про травматичний досвід загалом та про хронологічні факти нещодавно пережитої травматичної події, а також дослідження емоцій повязаних з цією подією. Оскільки дебрифінг отримав суттєву славу, можна очікувати (чи спеціально просити) що лідери чи менеджри використовуватимуть цей метод коли певна група зазнає катастрофи. До прикладу у військових, групові дебрифінги були використані для опису нормативних відповідей на впливи травм, та для навчання індивідів про звернення по додаткову допомогу якщо симптоми не зникають або завдають значних дисфункцій та розладів. Проте, контрольовані дослідження дебрифінгу, що використовували єдину сесію, для індивідуума чи групи, не продемонстрували ефективність (128,129,213-216).

Хоча деякі з тих хто пережив травму вказували на те, що дебрифінги їм допомогли, на даний момент немає доказів що свідчать про ефективність психологічних дебрифінгів у запобіганні ПТСР чи покращенні соціального та професійного функціонування. У деяких випадках фіксувалося погіршення симптомів(217-219). Використання дебрифінгу може бути найбільш проблематичним у випадках з групами або невідомими індивідами що мають різні види травматичного впливу, або коли дебрифінг вводять на ранніх термінах після випадку, до того як встановлюються рамки безпеки та знижено збудження. Одразу після травматичного випадку, людина може бути нездатною уважно слухати, сприймати нову інформацію, чи помічати нюанси вимог, настільки, щоб пришвидшити відновлення (220,221). Крім того, в гетерогенних групах, деякі індивіди збільшують власну вразливість та не отримують підтримки після групових сесій, тим самим потенційно збільшуючи власну схильність до дистресу в майбутньому(19).

3. Психоедукація та підтримка

Підтримуючі втручання часто використовуються як контрольоване втручання під час дослідження конкретніших процедур. Однак клінічний досвід показує що і підтримка і психоедуація є помічними, як раннє втручання, для зменшення психологічних наслідків впливу масового насильства чи стихійного лиха. Коли доступ до експертної допомоги обмежений умовами навколишнього середовища, або немає доступу до медичних ресурсів, швидке розповсюдження навчальних матеріалів може допомогти багатьом людям ефективно працювати з субсинромальними проявами впливу травми. Такі навчальні матеріали часто фокусуються на: 1) очікуваних психологічних та емоційних реакціях на травматичні події, 2) стратегії зменшення другорядного чи постійного впливу травматичних подій, 3) методах зняття стресу, таких як дихальні вправи чи фізичні навантаження, 4) важливості залишатися розумово активним, 5) необхідності концентруватися на задачах самообслуговування після травми, 6) рекомендації щодо ранніх напрямків лікування якщо симптоми зберігаються. Якщо заохочувати травмованих осіб спочатку покладатися на власні, внутрішні сили, їх існуючі підтримуючі мережі, та власні судження, можна зменшити необхідність подальшого втручання. Хоча і не доведено що поодиноким використання цих методів є ефективним у профілактиці ГСР та ПТСР, наголос на самодовіру та самопомогу повинен допомогти в подальшому, при використанні інших методів, якщо у цьому виникне необхідність.

III. Специфічні клінічні ознаки що впливають на план лікування.

A) Вік

У випадку виникнення травми, ГСР та ПТСР проявляється по різному в осіб різного віку, включаючи немовлят. Виникнення травм всіх типів змінюється з віком (5), аж до підліткового віку. Хоча висновки про зв'язок між віком і ризиком розвитку ПТСР є суперечливими (4, 33, 222), вік і стадія розвитку може бути важливими факторами в лікуванні. Вплив травмуючої події буде відрізнятися в залежності від стадії розвитку, а також від ступеня будь-яких існуючих емоційних проблем або вікових проблем пацієнта. Наприклад, травма, яка призводить до втрати кінцівки в ранньому дорослому віці може підняти питання про те, як навчитися жити з інвалідністю, в той час як подібні травми в старшому віці можуть викликати такі страхи як залежність, втрата рухливості, і потреба у догляді, який не може забезпечити сім'я. Протистояння загрози втрати свого життя також може призвести до виникнення різних тривог в залежності від часу. Так як розуміння всього цього впливають на пацієнта в плануванні життя, то це повинно бути розглянуті в психотерапії або лікуванні. З роками зростає ймовірність супутніх медичних розладів (наприклад, гіпертонія, ниркова недостатність, хвороби серця) і одночасне застосування ліків, які впливатимуть на психофармакологічні рішення.

B) Стать.

Загалом у чоловіків схильність до психологічних травм може бути дещо більшою ніж у жінок (4, 5, 223), чоловіки і жінки по різному переносять вплив тих чи інших стресових ситуацій (4, 5, 223-226). Чоловіки більше піддаються наслідкам боротьби та фізичного насильства, в той час як жінки частіше згвалтуванню та сексуальним домаганням, що лише частково пояснює значно вищі показники подолання ПТСР серед жінок у загальній чисельності населення (4, 5, 222, 223, 226), а також більша тривалість ПТСР серед жінок (5, 226). Відмінності у сприйнятті стресової ситуації між чоловіками і жінками можуть також вплинути на методи лікування.

Первинна оцінка після сексуального насильства або згвалтування вимагає готовності вислухати пацієнта з відкритим серцем для отримання необхідної медичної та оперативної

інформації і налагодження довіри. Терапевтичний альянс може покращити рівень лікування на ранніх стадіях, на яких підтримка та психотерапія може бути корисна в рішенні подальших труднощів, таких як, хвороби що передаються статевим шляхом, вагітність, вибір протизаплідних засобів, а також почуття втрати самоповаги, гніву, люті, або провини.

Дослідження ні не підтримує, ні не спростовує поширену ідею, що лікар, який вважається "іншим" ніж злочинець буде сприйматись краще на ранній стадії після травматичної події. Проте, стать лікаря може бути проблемою для конкретного пацієнта за певних обставин, тому потенційний вплив статі спеціаліста на лікування повинен бути взятий до уваги.

С) Етнічні та культурні фактори.

Імовірність реакції на травматичні події, а також імовірність отримання діагнозу хронічного ПТСР, відрізняється в різних етнічних групах. Загалом, лікарі, які беруть до уваги соціальну і культурну динаміку будуть вважати необхідним лікування пацієнтів з ГСР та ПТСР таким чином, щоб не віддалити їх від їхніх сімей та громади. Лікування повинне проходити зі знанням та повагою до культури, значення симптомів або хвороби і культурних цінностей пацієнта та його сім'ї. Лікування також повинне передбачати "культурний контекст", який може вплинути на розвиток симптомів. Біженці із центральної Америки розглядаються швидше як іммігранти, а ніж дезертири, а ветерани В'єтнаму швидше з презирством, а ніж як герої, що може допомогти прояснити різні аспекти даного травмованого населення або їх реакції на лікування, в порівнянні з іншими людьми які виїхали у Сполучені Штати в зв'язку з наслідками війни. Медики повинні розуміти, що такі соціальні погляди також можуть формувати реакцію на лікування. Культура індивіда може містити власну систему цінностей, ролей, способу життя та знань, які можуть відвернути деякі з наслідків травматичних подій (227). Захисний вплив культурних і соціальних систем відбувається частково за рахунок інтерпретації травмуючих подій у більш прийнятному контексті. Соціально-культурний контекст забезпечує позитивну оцінку особи, а також соціальну підтримку, що може відвернути негативні наслідки стресових подій (228). В інших ситуаціях, культурні норми можуть сприйнятись як травматичний досвід (наприклад, жертва звалтування може соромитись та уникати членів сім'ї). Крім того порушення соціальних і культурних норм може призвести до різких змін у світосприйнятті та життєвих сподіваннях, в результаті чого окремі особи потенційно вразливіші до стресових ситуацій. Отже, терапія повинна проводитися таким чином, щоб не віддалити людину від сім'ї і суспільства(229). У той час як психосоціальні процедури які були б ефективними для осіб із західних країн, можуть бути протипоказані для деяких мешканців південно-східної Азії.(229).

Не було проведено контрольованих досліджень, які б дослідили, представники яких конкретних релігійних груп чи підгруп у США схильні частіше чи рідше звертатися по допомогу, при наявності психіатричних симптомів, пов'язаних із отриманими травмами. Хоча можна припустити, що афро-американські ветерани рідше звертатимуться по психологічну допомогу поза межами Управління у справах Ветеранів, аніж білі американські ветерани, все ж виявилось, що представники обидвох етнічних груп звертаються однаково часто за лікуванням від ПТСР(230).

Етнічна належність пацієнтів з ГСР або ПТСР є важливою також і у їх медикаментозному лікуванні. Культурні цінності можуть впливати на рішення пацієнта приймати ліки або визначати прихильність пацієнта до режиму лікування. Більше того, генетичні поліморфізми печінкового цитохромних Р450 (СYP) ферментів трапляються з різною частотою поміж різних етнічних груп (231–234). Оскільки більшість психотропних препаратів зазнають перетворень системою СYP, поліморфізми впливатимуть на

ймовірність того, що окремих пацієнт зазнає позитивної терапевтичної дії або ж несприятливого впливу від даної дози препарату. Наприклад, близько 7% кавказців погано перетворюють речовини (субстрати), на які діє фермент CYP 2D6, і 3-6% погано перетворюють субстрати ферменту CYP 2C19 (233, 234). Такі пацієнти будуть очікувано мати в крові непропорційно високі рівень медпрепаратів, які мають перетворюватися цими шляхами. На протипагу цьому, у 1-2% середньоевропейців спостерігається надшвидкий метаболізм під дією ферментів CYP 2D6, а у ефіопців аж у 29% населення (232). Врешті, оскільки етнічні групи різняться генетичним поліморфізмом аспектів, на які чинять вплив психотропні речовини (наприклад, транспортери серотоніну), фармакодинамічні властивості медикаментів можуть різнитися у різних етнічних груп (235, 236). Ці результати наголошують на потребі враховувати етнічні та культурні фактори при розробці плану терапії для пацієнта.

D. МЕДИЧНІ ТА ПСИХІАТРИЧНІ КОМОРБІДНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Особи із ГСР або ПТСР мають складний комплекс симптомів і супутніх (коморбідних) станів. Фізичні пошкодження є часто результатом впливу травматичних подій. Пацієнти із ПТСР можуть мати медичні чи соматичні проблеми. Справді, фізичні і/або сексуальні знуцання в дитячому віці спричиняють більшу кількість попадань до лікарні, проходження більшого числа хірургічних процедур, соматизацію та іпохондрію в дорослому віці. Встановлено зв'язок між переслідуваннями, зокрема зазнаванням хронічних травм, і хронічними гастроентерологічними симптомами (111,114, 238-242), хронічними больовими синдромами (107-114) і фіброміалгією (243, 244). Таким чином гендерна відмінність у ступені зазнавання фізичного і/або сексуального знуцання в дитинстві може спричинити гендерну нерівність у пов'язаних супутніх захворюваннях. На додаток, фізичні розлади, такі як, наприклад, кардіологічні чи неврологічні хвороби, можуть імітувати симптоми травматичного стресу (229), що має результатом надмірне діагностування або ГСР або ПТСР. Ця плутанина може спричинити невідповідне лікування посттравматичних тривожних розладів, а також може спричинити неправильне надання медичної чи хірургічної допомоги, включно з непотрібним призначенням медикаментів, що можуть викликати звикання. Тому, при лікуванні осіб із ГСР або ПТСР є важливо координувати дії з іншими лікарями, щоб розробити правильний план діагностичної оцінки і терапії для супутніх соматичних симптомів і медичних розладів.

В інтенсивній терапії і реабілітації, ГСР і пізні ПТСР можуть бути частиною складної медичної картини пацієнтів, що відновлюються від широкого спектру травм від опіків і ампутацій до травматичних пошкоджень мозку. Важливими вимогами для правильного фармакологічного лікування і психотерапії є зважання на фізичні функції пацієнта, розгляд можливості одночасного медикаментозного впливу і оцінка необхідності медичного втручання. У реанімаційному відділенні заходи для підтримки життя, а також гідратація, сон і харчування мусять бути пріоритетними перед психосоціальним лікуванням. Позаяк, після тривалого перебування пацієнта у лікарні, лікування фокусується на симптомах ГСР або ПТСР. Розлади сну, стурбованість, депресія, страх планування майбутнього стають більш явними. Так само й члени родини пацієнта можуть потерпати від психологічних реакцій на події, що він пережив. Членам сім'ї повинно бути надано можливість обговорювати їхні переживання у комфортному середовищі, відчуваючи довіру до психолога. Вони повинні отримувати доступну інформацію про стан і прогноз, стосовно своїх рідних. З ними повинно бути обговорено, які можуть виникнути емоційні і поведінкові наслідки у травмованих осіб і інших членів їх сімей. Часто, члени родини проситимуть поради стосовно того, як обговорювати і чи взагалі обговорювати

певні теми з пацієнтом (наприклад, смерть дружини чи чоловіка у тій самій автокатастрофі). Ці питання в майбутньому можуть ускладнити оцінку стану пацієнта і ведення цього пацієнта і мають прийматися до уваги при розробці плану лікування. Складні методи оцінки можуть, за необхідності, бути розпочаті при стаціонарному лікуванні (інтенсивний догляд, реабілітація) і продовжені при амбулаторному. Пацієнти, в яких виявлено ГСР або ПТСР скоріш за все страждають іншими супутніми психіатричними розладами, наприклад зміни настрою, роздвоєння особистості, тривожність, розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин і розлади особистості (171, 242, 245–254). Психосоматичний розлад теж може спостерігатися разом із ГСР або ПТСР і у деяких осіб посттравматичні симптоми можуть репрезентувати радше психопатологію розладу соматизації, аніж ГСР або ПТСР (12). Таким чином часто разом із лікуванням ГСР або ПТСР необхідна і терапія інших психіатричних розладів. Серед осіб із ГСР або ПТСР, депресії та суїцидальні думки або поведінка вимагають особливої уваги, як фармакологічної так і психотерапевтичної. Супутні симптоми депресії, такі як утримання від міжособистісних контактів, відчуття провини того, хто вижив або почуття сорому, можуть легше піддаватися психологічній допомозі, ніж психофармакологічним втручанням. Ризик самогубства може збільшитися коли людина пристосовується до фізичних вад або відчуває почуття провини, сором, гнів, чи горе, пов'язані з втратою близьких, які, можливо, були поранені або, можливо, померли у такому ж травматичному випадку. Лікування, спрямоване на конкретні симптоми ГСР або ПТСР може одночасно також усувати і ці депресивні риси. Однак може знадобитися більше часу на таке комплексне лікування, ніж суто на терапію симптомів ГСР або ПТСР.

Вживання психоактивних речовин (алкоголь, тютюн, наркотики) може бути пов'язано з ГСР або ПТСР після травми. Час від часу, вживання психоактивних речовин може саме стати причиною травматичної події (наприклад, промислова травма або дорожньо-транспортна пригода). Вживання психоактивних речовин може також бути частиною розладів від попереднього вживання психоактивних речовин або, можливо, відображає спробу пацієнта для лікування посттравматичних симптомів (наприклад, порушення сну або занепокоєння). Справді, період підвищеного вживання речовини часто спостерігається на початку ГСР або ПТСР, навіть коли до травми не існувало розладів від вживання психоактивних речовин. У дослідженнях великих груп населення, що зазнали травм, спостерігалось збільшення вживання психоактивних речовин після випадку (255). Інші дослідження травмованих дорослих осіб показали високі темпи вживання алкоголю і психоактивних речовин (247, 250, 256, 257). Хоча підвищене вживання психоактивних речовин не слід прирівнювати до наявності розладу зловживанням психоактивних речовин, все ж воно залишається потенційною проблемою для здоров'я та фактором ризику виникнення інших супутніх захворювань. Зловживання психоактивними речовинами може також ускладнити психіатричне лікування ГСР або ПТСР, викликаючи симптоми, які знижують користь психотерапевтичних методів лікування. Вживання психоактивних речовин також ускладнює фармакологічне ведення пацієнта та збільшує ризик ненавмисного передозування пацієнта, викликає сонливість і поведінкові проблеми. Таким чином, після травматичної події, підвищене вживання психоактивних речовин все ж слід розглядати як частина лікування ГСР або ПТСР, незалежно від того, чи мають місце ознаки розладів від вживання психоактивних речовин.

Пацієнти з великою кількістю супутніх психічних і соматичних розладів, швидше за все, мають більш важкі симптоми і більш високу ймовірність розвитку хронічного перебігу хвороби. Слід розуміти, що такі люди часто вимагають тривалих періодів лікування, що пов'язано з наявністю супутніх станів і ситуаційних криз, спричинених цими іншими хворобами. Крім того, в результаті фізичного і психічного виснаження, ці пацієнти можуть потребувати висококваліфікованої підтримки для виконання повсякденної життєдіяльності. Ці пацієнти можуть бути досить вразливими, і деякі лікувальні заходи можуть виявитися або занадто виснажливими або й взагалі вести до

погіршення. Відповідно, пацієнтам з хронічними ПТСР, що супроводжуються супутніми медичними та іншими психіатричними розладами, потрібен поетапний план лікування, який починається в основному із підтримуючого підходу і продовжується лікуванням, що є більш спрямованим на відновлення попередніх функцій. Дуже слабим пацієнтам, можливо, буде потрібна госпіталізація, якщо вони стають небезпечними для себе або інших або якщо вони стають настільки емоційно нестійкими, що вони відчувають значне зменшення функціональної здатності (229).

Е. ІСТОРІЯ ПОПЕРЕДНІХ ТРАВМ

Травма у минулому може змінювати стійкість до травм у майбутньому (32, 33), впливати на розвиток ПТСР (32, 33, 223) і ускладнити лікування та відновлення. Велике поширення ПТСР часто пов'язане із попередніми травмами, зокрема з раптовими і неочікуваними. Ці травми можуть ускладнити лікування.

Нещодавні втрати, особливо раптові та неочікувані, також мають вплив на підвищення поширеності ПТСР і можуть ускладнювати лікування(62). Хоча хвороба може стати серйознішою з новою психологічною травмою, ГРС чи ПТСР (розлади сну, роздратованість, перезбудження) можуть бути напряму пов'язані з більш давніми травматичними випадками, включаючи злочини сексуального характеру щодо неповнолітніх. Психотерапія, направлена на інтегрування травматичного випадку та зменшення ефектів нав'язливих спогадів, повинна концентруватись не тільки на нещодавній, а й на попередніх травмах.

Агресивна поведінка

Більш ніж півстоліття назад Кардінер (198) відмітив, що деякі пацієнти з ПТСР мають проблеми з агресивною поведінкою, яка часто була імпульсивною та епізодичною. Новіші дослідження показали підвищення рівня домашнього насильства, насильства над дітьми та правопорушень після травматичних подій (15,258-260). На даний час дотримуються думки, що з розвитком ПТСР розвивається підвищене очікування небезпеки та можливих травм ,що призводить до «очікування» (261) або підвищеної готовності до відповіді на стресову ситуацію («бігти, боротись або завмерти»). Ця підвищена готовність до зустрічі агресії разом з проблемами сну (які асоціюються з ПТСР), може призводити до зменшення толерантності до малих та середніх подразників, призводячи до актів агресії диспропорційних до рівня провокації(262).

Даних щодо лікування підвищеної агресії у людей з ПТСР небагато. Має зміст рекомендація призначення антидепресантів (СИЗС), заснована на їх попередньому вживанні у лікуванні пацієнтів з ПТСР. Можливе симптоматичне погіршення на ранніх стадіях лікування, перед початком прояву терапевтичного ефекту. Іноді рекомендують протисудомні для усунення роздратованості та агресії , але даних щодо їх ефективності також небагато. Було проведене тільки одне невелике відкрите дослідження, яке показало помірний ефект карбомазепіну(carbamazepine) на рівень роздратованості/ агресії(160).

Агресивна поведінка асоціюється зі станом інтоксикації та абстинентним синдромом, одночасне лікування супутнього зловживання речовинами як алкоголь та наркотики може зменшити вірогідність агресивної поведінки.

Поведінка з нанесення шкоди собі та суїцидальність

Гостра та хронічна реакція на травматичну подію може включати нанесення собі шкоди (від нанесення собі каліцтв до непорядкованого харчування та зловживання алкоголем та наркотичними речовинами) (256, 257, 263–270). Така реакція характерна коли травматична ситуація призводить до стигматизації, відчуття сорому та провини. Вірогідність, що діти та дорослі, які перенесли травму будуть направляти агресію яку вони відчувають щодо інших на себе, велика (267, 271, 272). Дослідження показали значне співвідношення між сексуальним насилля у дитячому віці та різними формами нанесення собі шкоди у подальшому житті, особливо моріння себе голодом, нанесення собі різаних ран та спроби суїциду (267). ПТСР продемонстрував найсильніший зв'язок з суїцидальною поведінкою за інші тривожні розлади (273, 274). Особливо, для пацієнтів які страждають на ПТСР в 6 разів вірогідніша спроба суїциду у перший раз, що в два рази більше ніж для інших тривожних розладів та на половину менше ніж для розладів настрою (275). Також, люди з ПТСР мають однакову або вищу вірогідність складання плану суїциду та спонтанної спроби суїциду, якщо порівнювати з іншими тривожними розладами та розладами настрою (275). Тривожні розлади характеризуються підвищеним ризиком суїциду взагалі (276, 277). Отож пацієнти з ПТСР мають підвищену вірогідність розвинення схильності до суїциду та поведінки що призводить до завдання собі шкоди (269).

Можлива ефективність СІЗЗС антидепресантів у лікуванні схильності до суїциду та поведінки що призводить до завдання собі шкоди у людей з ПТСР, зумовлена загальною ефективністю у лікуванні ПТСР (123, 141, 144–146, 148, 150, 278–280). Можливе симптоматичне погіршення на ранніх стадіях лікування, перед початком прояву терапевтичного ефекту.

Спостереження за симптомами загострення виправдано на ранніх стадіях лікування, перш ніж проявиться терапевтичний ефект фармакотерапії. Інші фармакотерапії також можуть бути корисні, хоча докази їхньої ефективності зустрічаються рідко. Наприклад, одне дослідження показало, що карбамазепін є ефективним для лікування саморуйнівної поведінки (281), і одне, відносно невелике дослідження показало, що карбонат літію також може бути корисним (282). Нарешті, хоча і не проводилось дослідження блокаторів рецепторів опіатів окремо серед пацієнтів з гострими стресовими розладами або ПТСР, обмежений досвід показує, що такі речовини можуть зменшити саморуйнівну поведінку серед інших груп населення (283).

Що стосується психологічних методів лікування суїцидальної поведінки у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом, існує декілька досліджень. Крім того, у більшості досліджень ПТСР навмисно виключають гостро суїцидальних пацієнтів, тому варто збільшити дослідження на сьогоднішній день. Таким чином, хоча багато досліджень показують, що когнітивно-поведінкова терапія ефективна в лікуванні психічних розладів, таких як депресія і ПТСР, які можуть збільшити ризик самогубства, декілька досліджень показали, що когнітивно-поведінкова терапія є ефективною для зниження фактичної суїцидальної поведінки та наміру (284). Так само, як і у випадку інших психічних розладів, пов'язаних з суїцидальною поведінкою, залучення членів родини пацієнта та інших джерел підтримки в план лікування може збільшити усвідомлення і пильність до індикаторів потенційного умисного самоушкодження або самогубства.

ЧАСТИНА Б

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ТА ОГЛЯД НАЯВНИХ ДОКАЗІВ

IV. ВИЗНАЧЕННЯ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ПРИРОДНА ІСТОРІЯ

A. ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ

Критерії DSM-IV-TR для ГСП і ПТСР наведені в таблиці 1 і таблиці 2. Таблиця 4 порівнює специфічні критерії, які використовуються при визначенні цих діагнозів. Для обох ГСП і ПТСР, істотними ознаками є вплив травматичної події, яка не обов'язково є з-за нормального діапазону людського досвіду, але яка пробуджує «сильний страх, безпорадність або жах» (DSM-IV-TR, с. 463), і як наслідок розвиток характерних симптомів. Вплив може відбутися через безпосередній досвід, або через перебування свідком, або через повідомлення про травматичному подію, яке викликало «фактичну смерть або загрозу смерті», «серйозні травми», або «загрозу фізичної цілісності» себе або інших (DSM-IV-TR, с. 463). Як природні, так і антропогенні травматичні події можуть викликати ці симптоми. До природних чинників стресу належать, наприклад, торнадо, землетруси і медичні хвороби. Події викликані діяльністю людини включають нещасні випадки, насильство всередині країни або в певній громаді, звалтування, напад, тероризм і війну. Деякі з них є одиничними випадками, інші є хронічними або багаторазовими випадками. Загалом вважається, що антропогенні події спричинюють більш часті і більш стійкі психічні симптоми і страждання.

ТАБЛИЦЯ 4. Порівняння критеріїв DSM-IV-TR для гострого стресового розладу (ГСР) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Описання критерію	ГСР критерій	ПТСР критерій
Характеристики впливу травматичних подій	Критерій А	Критерій А
Вплив травматичних подій, за якого присутні обидві умови: 1. Людина пережила, чи стала свідком, чи стикнулася віч-на-віч з подією або подіями, які призвели до смерті чи серйозного поранення або їх загрози, або загрози тілесних ушкоджень для самої людини чи інших осіб 2. Внаслідок цього людина відчуває сильний страх, чи безпорадність чи жах		
Кластер дисоціативних симптомів	Критерій В	- ^a
Підчас чи після травматичних подій, особа мала три (або більше) з наступних симптомів: 1. Особисте відчуття оціпеніння, відстороненості або відсутності емоціонального відгуку 2. Зниження свідомого сприйняття того, що відбувається (наприклад, відчуття себе приголомшеним, шокованим) 3. Втрата відчуття реальності 4. Деперсоналізація 5. Дисоціативна амнезія (у тому числі неспроможність згадати важливі аспекти травми, що відбулася)		-
Кластер симптомів безперервного відтворювання подій	Критерій С (крім п.5)	Критерій В
Травматична подія постійно відтворюється в одному з виглядів: 1. періодичні нав'язливі та тривожні спогади про подію, у тому числі образи, думки, уявлення 2. періодичні тривожні сни про цю подію 3. дії чи відчуття такі, ніби травматична подія повторюється знов (у тому числі відчуття, що подія спостерігається знов, ілюзії, галюцинації, диссоціативні повернення до якихось епізодів, у тому числі такі, що відбуваються коли людина прокидається, або коли вона під впливом інтоксикації) 4. інтенсивна тривога при появі якихось зовнішніх або внутрішніх натяків, які можуть символізувати чи нагадувати деякі аспекти травматичної події 5. психологічна реактивність при появі зовнішніх або внутрішніх натяків, які можуть символізувати чи нагадувати деякі аспекти травматичної події		

^a Не включено до складу критеріїв ПТСР

ТАБЛИЦЯ 4. Порівняння критеріїв DSM-IV-TR для гострого стресового розладу (ГСР) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (продовження)

Описання критерію	ГСР критерій	ПТСР критерій
<p>Кластер симптомів оцінення або відсутності реакції</p>	<p>Критерій D (потребує тільки постійного намагання уникнути стимулів, що асоціюються з травмою) 3</p>	<p>Критерій C</p>
<p>Постійне намагання уникнути стимулів, що асоціюються з травмою та ступор загальних реакцій (він не спостерігався до травми), що проявляється трьома (або більше) з характеристик:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. намагання уникнути думок, почуттів або бесід, що можуть бути асоційовані з травмою 2. намагання уникнути дій, місць або людей, які викликають спогади про травму 3. неможливість пригадати важливі аспекти травми 4. помітне зниження зацікавленості щодо участі у важливих подіях 5. відчуття відчуженості або віддалення від інших 6. дуже звужена гама почуттів (наприклад неможливість теплих, любовних почуттів) 7. відчуття приреченого майбутнього (наприклад, відсутність планів зробити кар'єру, вступити в шлюб, мати дітей та інших нормальних планів на життя) 		
<p>Кластер симптомів збудження</p>	<p>Критерій E (потребує тільки помітних симптомів тривоги чи наростаючого збудження)</p>	<p>Критерій D</p>
<p>Постійні симптоми наростаючого збудження (що воно не було притаманне до травми) у вигляді двох (чи більше) з наступних симптомів:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. труднощі з засинанням чи нормальним сном 2. дратливість чи вибухи гніву 3. труднощі з концентрацією 4. гіпер пильність 5. перебільшена старт-реакція 		

ТАБЛИЦЯ 4. Порівняння критеріїв DSM-IV-TR для гострого стресового розладу (ГСР) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (продовження)

Описання критерію	ГСР критерій	ПТСР критерій
Тривалість розладу	Мінімум 2 дні, максимум 4 тижня	Більше ніж 1 місяць (діагноз «гострий ПТСР» – якщо триває максимум 4 тижня, діагноз «хронічний ПТСР» якщо триває 3 місяці або більше)
Тимчасове (неостаточне) сприйняття травматичної події	Відбувається протягом 4 тижнів	Зазвичай відбувається протягом 3 місяців (якщо за 6 місяців після стресової події, відзначають відкладений перебіг)
Дистрес або функціональні погіршення: Розлад спричиняє клінічно зафіксовані погіршення у соціальному, професійному житті чи других важливих сферах функціонування особистості (чи неможливість виконувати якісь необхідні дії - у випадку ГСР)	Критерій F	Критерій F
		- ^a
Виключення інших умов Не є наслідком прямих фізіологічних впливів чи діючих речовин (наприклад наркотиків, медикаментів) Не може бути віднесено скоріше на короткостроковий психічний розлад Не є поглибленням чи наслідком таких, що мали місце раніше, розладів особистості (вісь I та вісь II)	Критерій H	

-^a Не включено до складу критеріїв ПТСР

Ознаки ГСР суттєво перетинаються із ознаками ПТСР, але не є ідентичними (Таблиця 4). І хоча ключові симптоми дуже схожі, ГСР та ПТСР діагностуються за допомогою наявності певної кількості симптомів із групи симптомів кожного захворювання. Наприклад, діагноз ГСР на додачу до трьох і більше дисоціативних симптомів та «підкресленого уникнення збудників, що нагадують про травму», потребує хоча б одного симптому повторюваного переживання і «вираженої» тривоги чи підвищеного збудження. З іншого боку, для діагностування ПТСР, згідно з Посібником з діагностики та статистики психічних розладів, необхідна наявність хоча б одного симптому повторюваного сприйняття, двох симптомів збудження, і трьох симптомів уникання/оніміння, і щоб ці симптоми були частково пов'язані зі стресогенним фактором. До групи симптомів повторюваного переживання входять «періодичні та нав'язливі пригадування» події, періодичні тривожні сні, що пов'язані з травмою, поведінка як за умови настання події, чи відчуття настання події, «яскраво виражений психологічний розлад» при стиканні з подразником та фізіологічна реактивність на травматичний подразник («Посібник з діагностики та статистики психічних розладів», ст. 464). До групи симптомів уникання/оніміння можуть входити ціленаправлені дії та неусвідомлені механізми, а також спроби уникання думок, почуттів чи розмов, що нагадують про травму; спроби уникання дій, місць чи людей, що нагадують про травму; неспроможність пригадати важливі аспекти травми; сильне зниження «зацікавленості чи участі у заняттях, що раніше приносили задоволення»; почуття відчуження чи відсторонення; неможливість відчуття кохання; і «відчуття того, що життя скоро скінчиться» («Посібник з діагностики та статистики психічних розладів», ст. 464). Підвищена збудженість включає неспокійний сон, «роздратованість чи сплески злості», труднощі з концентрацією уваги, підвищена настороженість, перебільшена стартова реакція («Посібник з діагностики та статистики психічних розладів», ст. 464), всі ці симптоми узагальнюються як реакції подразнення і не вважаються такими, що посилюються з нагадуванням про стресовий фактор.

Ці два розлади відрізняються один від одного тривалістю стану неспокою та тривалістю впливу травматичного фактору. У випадку ГСР, непокій виникає протягом 4 тижнів після травматичної події і триває від 2 днів до 4 тижнів. ПТСР діагностують, якщо симптоми тривають більше місяця. Якщо симптоми тривають менше 3 місяців, то можна діагностувати гострий ПТСР, тоді як хронічний ПТСР діагностують у випадку, якщо симптоми спостерігаються протягом 3 і більше місяців. І хоча симптоми ПТСР зазвичай починаються протягом 3 місяців з часу настання події, у «Посібнику з діагностики та статистики психічних розладів», говориться, що іноді симптоми можуть з'являтися через місяці чи навіть роки після настання події. На завершення, як для ГСР, так і для ПТСР, тяжкість симптомів має бути такою, що викликає «розлад клінічного характеру» чи погіршення якості життя («Посібник з діагностики та статистики психічних розладів», ст. 464, 472).

В. СУПУТНІ ОЗНАКИ

З ПТСР пов'язані також деякі супутні ознаки. Згідно з Посібником з діагностики та статистики психічних розладів, ці ознаки можуть включати соматичні скарги, сором, відчай, відчуття безнадійності, притуплення емоцій, соціальна самоізоляція, комплекс вини того, що вижив, злість, імпульсивна та самопошкоджуюча поведінка, проблеми зі спілкуванням, зміна поглядів, зміна особистості. Також спостерігається проблема пошуку та отримання медичної допомоги (285). Такі симптоми як почуття невинуватості, сорому чи безнадійності можуть бути ознаками супутньої депресії, яка потребує окремого втручання, а інші симптоми, такі як соматичні скарги, можуть бути ознаками тривожних розладів, але не обов'язково ГСР чи ПТСР. На завершення, симптоми розладів, що пов'язані з травмами, є достатніми для діагностування ГСР, але не обов'язково ПТСР.

Тим не менш, попередня історія травматичних розладів (та ГСР) може використовуватися для лікування пацієнтів з ПТСР, оскільки дослідження виявили, що це дозволяє передбачити ступінь тяжкості та хронічний характер ПТСР.

С. ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ

Диференційний діагноз ГСР та ПТСР включає широкий спектр психіатричних та фізичних діагнозів, а також нормальну реакцію на травматичні події. Особи, що стали свідками подій, що підпадають під критерії ГСР та ПТСР, часто мають тимчасові симптоми, які відрізняється від гострого стресу чи пост-травматичного синдрому лише за тривалістю або рівнем пов'язаної дисфункції чи дистресу. В деяких професіях (наприклад, у військових, у пожежних, поліцейських, персоналу служби швидкої допомоги), вплив критерію А є неминучим. Якщо симптоми не відповідають критерію гострого стресу чи пост-травматичного синдрому, проте є постійними чи пов'язаними з дисфункціями чи дистресом, доречно присвоїти діагнозу код V (наприклад, V62.2, проблема, пов'язана з родом занять).

Встановлення диференційного діагнозу також вимагає, щоби гострий стрес було диференційовано від посттравматичного синдрому. Для конкретного окремого травматичного випадку гострого стресу та пост-травматичного синдрому можна відрізнити один від одного на основі періоду часу, який минув з часу травми. Для менш дискретних травм чи повторюваних травм, таких як повторюване домашнє насильство, відмінності між гострим стресом та пост-травматичним синдромом є менш очевидними. Хоча немає єдиного тлумачення щодо класифікації повторюваних симптомів (для довших за 1 місяць) під час курсу лікування повторюваної епізодичної травми, найкращим буде концептуалізувати представлення спостережуваних симптомів як пост-травматичного синдрому, аніж як повторювані епізоди гострого стресу. Вочевидь, усунення джерела триваючої загрози чи поранень є критичним для швидкого усунення пост-травматичного симптому, незалежно від діагностичної класифікації. Як вже було зазначено раніше, окрім тривалості симптомів, головна різниця між гострим стресом та пост-травматичним синдромом полягає у виразному формуванні дисоціативних симптомів. Хоча люди з гострим стресом часто зазнають розвитку посттравматичного синдрому, це не завжди має бути саме так. Посттравматичний синдром може також розвиватися у людей, у яких було лише кілька чи взагалі не було симптомів гострого стресу в період одразу після травми (6, 7, 9). У пацієнтів з подавленими чи повними симптомами посттравматичного синдрому протягом менш ніж 1 місяця, котрі не переживають диссоціативних симптомів, достатніх для того, аби відповідати критерію DSM-IV-TR для гострого стресу, хворобу краще всього характеризувати як адаптивний розлад в межах DSM. Такі пацієнти також відповідають діагностичному критерію для гострої стресової реакції, що визначена за ICD-10. Диференційний діагноз також включає медичні розлади так само, як кількість інших психіатричних розладів (таблиця 5).

Фактом є також те, що багато цих розладів відбуваються супутньо з гострим стресом та пост-травматичним синдромом, що ускладнює подальше діагностування. До прикладу: однаково є ветеранів з травмами (20, 247), біженців (292) та громадян з цивільного населення (12, 293), що переживає розвиток постійних депресивних розладів особистості. Перепади настрою є також визначеним фактором ризику, що спричиняє розвиток посттравматичного синдрому для тих, хто вперше зіткнувся з такими загрозами (12, 14, 34). Такі симптоми, як безсоння, неможливість концентрації, та згасання інтересу до будь-яких активностей можуть презентувати ГСР та пост-травматичний синдром так само, як і просто депресію. На додачу, обмежується діапазон афективних реакцій, що може

супроводжуватись зниженням співпраці у пацієнтів з посттравматичним синдромом та депресивних пацієнтів. Важливо відзначати, що якщо є відповідність критерію DSM-IV-TR, основний епізод, що спричинив депресію, можна діагностувати одночасно з поєднанням гострого стресу чи посттравматичного синдрому.

Населення, що зазнало травм, та пацієнти з посттравматичним розладом часто переживають супутні розлади, пов'язані зі зловживанням речовинами (256, 257, 294–299). Пацієнти з ПТСР також засвідчують скарги фізичного плану (76–79, 300, 301) та супутні медичні скарги (302). Хоча тим, в кого виключено з DSM-IV переживають стан складного або тривалого смутку як результат першочергової діагностики (через відсутність емпіричних свідчень щодо симптомів), деякі дослідники пропонують критерій для діагностування ускладненого розладу та смутку на основі паттернів чи триваючого стану тяжкої втрати, що характеризується постійністю, інтенсивністю, інтрузивним відновленням картин смерті, надлишковим перейманням втратою та униканням факторів/подій, що нагадують про трагічні події (303). Більше того: є підтвердження того, що ці симптоми можуть бути ще більш стресовими після неприродної чи жорстокої смерті. Такі симптоми перетинаються з основним розладом у формі депресії чи ПТСР; але особи визнають наявність цих симптомів без відповідності критеріям для інших діагнозів. Тут переймання раптовістю, жорстокістю чи катастрофічними аспектами травматичної втрати можуть бути незалежними і також можуть взаємодіяти з нормальним процесом переживання важкої втрати (304). Вироблено компромісний критерій для «травматичної скорботи»; цей критерій включає не лише ускладнене переживання скорботи але й додаткові дистрес-симптоми, пов'язані із когнітивним відтворенням смерті, терору, жорстокості та відповідного уникання нагадуючих факторів (289). Знову ж таки: наукові праці, яких стосуються лікування цього феномену і відрізняються від способів лікування пост-травматичного синдрому чи депресії, на сьогодні є в недостатній кількості. Попри це, ускладнена чи травматична скорбота нарівні з важкою втратою мають розглядатись у диференційному діагнозі для тих осіб, що пережили травматичну втрату.

До того ж, травма дитинства може передувати розладам особистості у дорослому віці (особливо кластер В), а також ризиком, пов'язаним з розладами особистості та посттравматичним синдромом (ПТСР) (таким як, складність з модуляцією афектів, імпульсивність, дратівливість та супутні зловживання психоактивними речовинами). Симптоми ПТСР можуть маскуватися під розлад особистості, який є базовим. У багатьох дослідженнях описують дитячу травму у дорослих, що страждають на пограничний розлад особистості, в інших дослідженнях говорять про дитячу травму як основну причину ПТСР у дорослих. Але ступінь, згідно якому симптоми можуть бути віднесені або до ПТСР, або до розладу особистості достатньо не вивчався. Тому розлади особистості в диференційному діагнозі повинні вважатися або первинною етіологією для симптомів, або супутньою хворобою.

D. Епідеміологія

Страждання через травматичну подію, як основного елемента для розвитку гострого стресового розладу (ГСР), є відносно звичним досвідом, але різні ступені такого досвіду всередині зрізу населення відрізняються як за критерієм, що використовується для визначення потенційної травми, так і за характеристиками зразка і методом опитування (наприклад, опитування телефоном порівняно до опитування віч-на-віч; клінічне дослідження порівняно з опитуванням непрофесійними інтерв'юерами; структуроване або неструктуроване інтерв'ю), як було досліджено Брюен (Brewen) та колегами (222). Наприклад, використовуючи критерій DSM-III-R (керівництво з діагностики та статистики психічних розладів, редакція третя, переглянута), який вимагав, щоб подія знаходилася поза межами нормального людського досвіду, дослідники Національного Дослідження

Супутніх Патологій (4) оцінили 5877 осіб віком від 15 до 54 років за Схемою Діагностичного Інтерв'ю (DIS) і Складного Міжнародного Діагностичного Інтерв'ю, що було проведено досвідченими неклінічними інтерв'юерами. Дослідження показало, що більше половини суб'єктів пережили травматичну подію впродовж свого життя, при цьому більшість із них зазнавала такого досвіду більше, ніж один раз. Giacopina з колегами (305) також використовували версію DSM-III-R Схеми Діагностичного Інтерв'ю (DIS) і дізналися, що до 18-річного віку більш ніж дві п'яті молоді в зрізі населення, переживали подію, що є достатньо жорсткою, щоб діагностувати посттравматичний синдром. Використовуючи структуровані телефонні опитування 4008 дорослих жінок, Resnick та колеги (306) дізналися, що протягом життя переживання будь-якого типу травматичної події складає 69%. Використовуючи версію DSM-IV Схеми Діагностичного Інтерв'ю, Breslau з колегами (5) вивчали переживання травми і діагноз ПТСР у телефонному зрізі на 2181 особах, проживаючих в Детройті та на його околицях, і з'ясували, що процент зазнання травматичної події протягом життя складає 89,6%. Найчастішими типами травматичних подій були раптова несподівана смерть близького родича чи друга (60%), або дізнання про травму у близького родича чи друга (62,4%).

Загальна цифра щодо зазнання травматичних подій може бути трохи більше у чоловіків, ніж у жінок (4,5), але статева різниця щодо травматичних подій протягом життя є відносно малою (60,7% у чоловіків і 51,2 відсотки у жінок в дослідженні Кеслера та колег (4); та 92,2% у чоловіків порівняно з 87,1% у жінок в дослідженні Бреслау (Breslau) та колег (5). На додаток чоловіки і жінки відрізняються за типами подій, яких вони зазнають. Наприклад, згідно Національному Дослідженню Супутніх Патологій, 0,7% чоловіків порівняно з 9,2% жінок мали досвід згвалтування, тоді як 19% чоловіків і тільки 6,8% жінок мали досвід погрози зброєю, а також 6,6% чоловіків і жодна жінка мали досвід участі в бою (4). В дослідженні травми, що проводилося в Детройті (5), зазначили ту ж саму закономірність – жінки частіше повідомляли про те, що пережили згвалтування (9,4% у жінок порівняно з 1,1% у чоловіків), а також інше сексуальне насильство (9,4% до 2,8%), в той час, як чоловіки більше доповідали про інші випадки жорстокості, включаючи пограбування з нападом або погрозу зброєю (34% порівняно з 16,4%), а також чоловіки більше повідомляли про побиття та про те, що в них стріляли зі зброї (8,2% та 1,8%).

Зазнання травматичних подій також варіюється залежно від віку, показуючи зниження таких випадків з віком, згідно багатьох досліджень. Наприклад, Норіс (Norris) (307) знайшов тенденцію до зниження як в перший рік після травми, так і протягом життя з віком в не випадковій виборці 1000 осіб з чотирьох міст південно-східних штатів. Бромет (Bromet) та колеги (14) проаналізували дані Національного Дослідження Супутніх Патологій і дійшли висновку, що ризик переживання травматичної події був найбільший у віковій групі між 15 і 24 роками і зменшувався у подальших вікових групах. Аналогічно, Бреслау з колегами (5) виявили, що у всіх класах вивчених травм пікові впливи від травмуючих подій зазнавали особи віку 16-20 років, з подальшим зниженням показників впливу з віком.

Таблиця 5. Психіатрична діагностика. Часто може використовуватися з тими, що вижили після травматичного поранення і лікуються в медичних закладах інтенсивної терапії (продовження)

Діагноз	Симптоматичний критерій	Діагностичні міркування		Міркування щодо інтенсивної терапії
		Функціональний критерій	Динаміка	
Гострий стресовий розлад (ГСР)	<p>А. Зазнання травматичної події, де людина пережила, або була свідком події, що загрожує життю і супроводжувалася інтенсивними емоціями (нап., фізичне поранення)</p> <p>В. Під час події, або після неї людина переживає три або більше диссоціативні симптоми.</p> <p>С. Подія повторюється.</p> <p>Д. Уникнення всього, що нагадує про подію.</p> <p>Е. Симптоми збудження.</p>	Симптоми асоціюються з клінічно значними погіршеннями в соціальному, професійному або фізичному функціонуванні.	Діагноз може бути поставлено між 2 та 30 днем після події.	Не всі пацієнти з негайним розладом будуть мати три диссоціативні симптоми.
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	<p>А. Зазнання травматичної події, де людина пережила, або була свідком події, що загрожує життю і супроводжувалася інтенсивними емоціями (нап., фізичне поранення)</p> <p>В. Подія постійно повторюється.</p> <p>С. Постійне уникнення всього, що нагадує про подію.</p> <p>Д. Постійні симптоми збудження.</p>	Симптоми асоціюються з клінічно значними погіршеннями в соціальному, професійному або фізичному функціонуванні.	Діагноз може бути поставлено щонайменше через місяць після події.	Симптоми пацієнта часто з'являються раніше, ніж через місяць.
Депресивний епізод тяжкого ступеню	П'ять чи більше наступних	Симптоми асоціюються з клінічно значними	Симптоми повинні бути наявні	Депресивний епізод тяжкого ступеню

	симптомів: депресивний (подавлений) настрій, зменшення інтересу до приємних видів діяльності, втрата або збільшення ваги, безсоння або патологічне збільшення тривалості сну, збудження або загальмованість, втома або втрата енергії, відчуття нікчемності, погана концентрація та думки про самогубство.	погіршеннями в соціальному, професійному або фізичному функціонуванні.	протягом двох тижнів.	може діагностуватися разом з гострим стресовим розладом (ГСР) і посттравматичним розладом (ПТСР). Ті, що вижили після поранення, часто демонструють багато синдромів депресивного епізоду на ранній стадії (тобто раніше, ніж через два тижні після травматичного поранення).
--	---	--	-----------------------	---

Аспекти діагнозу

Діагноз	Симптоми	Функціональне значення	Період проявлення	Причини появи
Травматичне горе \ горювання	Виникає у випадку непередбаченої втрати. Симптоми травматичного горя включають: тривожні думки та переживання пов'язані з тугою, пошуком померлої любимої людини, бажанням з'єднатися з ним(289-291).	Це порушення призводить до занепаду у соціальній, професійній та інших сферах життєдіяльності.	Мінімальний строк проявів цього порушення – 9 місяців.	Травматичне горе зустрічається у пацієнтів, котрі мають чи пережили втрату близьких людей.
Проблеми з адаптацією	А. Розвиток емоційних або поведінкових симптомів у відповідь на джерело стресу. Симптоми можуть включати в себе депресію, тривогу, неспокій чи інші емоціональні розлади. Б. Більш	Емоціональні чи поведінкові симптоми призводять до помітного погіршення соціальних чи фізичних функцій .	Виникає протягом 3 місяців після травматичної ситуації.	DSM-IV-TR пропонує використовувати діагноз розладів адаптації для пацієнтів з набором симптомів, що не відповідають критеріям ГСР / ПТСР. Через нечітке виділення

	важкими симптомами можуть бути фізичні та душевні страждання.			симптомів цього захворювання, діагноз «проблеми з адаптацією» часто використовується для пацієнтів з посттравматичною поведінкою та емоційним неспокоєм.
--	---	--	--	--

Вірогідність розвитку ГСР протягом життя неясна, але ряд досліджень на базі громад вивчили такий ризик щодо розвитку ПТСР. Тут також виявлені показники варіюються відповідно до конкретних діагностичних критеріїв, які використовуються, методів інтерв'ю і характеристик вибірки. Наприклад, у дослідженні даних 2985 учасників з центральної громади Північної Кароліни, які були оцінені в рамках епідеміологічного обстеження мікрорайону (ЕКА), Девідсон і його колеги (242) виявили ризик розвинення ПТСР за допомогою DSM-III на рівні 1,3%. Хелзер і його колеги (308) виявили ризик розвинення ПТСР протягом життя на рівні 1% в Сент-Луїсі в такому ж обстеженні ЕКА. Використовуючи критерії DSM-III-R, Кесслер і його колеги (4) виявили ризик розвитку ПТСР протягом життя на рівні 7,8% в Національному дослідженні патології супутніх захворювань, а Джаконія і його колеги (305) показали, що більше 6% юнаків у вибірці з громади підпадають під критерії діагностування ПТСР протягом життя.

Вірогідність розвитку посттравматичного стресового розладу після переживання травматичної події (тобто, умовний ризик ПТСР) широко варіюється відповідно до конкретного досвіду. В цілому, в дослідженні травми в районі Детройту, наприклад, 9,2% осіб, що зазнали травми, мали ПТСР, але ПТСР розвився приблизно у половини тих, хто був згвалтований або в полоні, кого катували або викрадали, в порівнянні з лише 2,2% осіб, які дізнавалися про згвалтування, напад або травми близького родича (5). У жінок, вивчених Резник і його колегами (306), показники ПТСР були значно більші в жертв злочинів, ніж в жертв некримінальних травм (25,8% проти 9,4%).

Загальні демографічні дослідження, як правило, демонструють значно вищу вірогідність розвитку ПТСР протягом життя у жінок, з показниками, які вдвічі більші, ніж у чоловіків (4, 5, 222, 242, 308). Абсолютні показники для діагностики ризику розвитку ПТСР протягом життя знову змінюються залежно від визначення і тяжкості травматичного стресового фактору. Використовуючи критерії DSM-III в рамках опитування ЕКА, Хелзер і його колеги (308) виявили, що 1,3% жінок і 0,5% чоловіків відповідають критеріям ризику діагностування ПТСР протягом життя; Девідсон і його колеги (242) виявили, ціни довічні ПТСР 1,8% у жінок і 0,9% у чоловіків. На протипагу цьому, з використовуючи критерії DSM-III-R в Національному дослідженні патології супутніх захворювань, Кесслер і його колеги (4) виявили поширеність ПТСР на рівні 10,4% у жінок і 5,0% у чоловіків; Бреслау та колеги (5, 223), використовуючи критерії DSM-IV, визначили ризик розвитку ПТСР протягом життя на рівні 13,0% у жінок, у порівнянні з 6,2% у чоловіків. З точки зору відносної ймовірності розвитку ПТСР після травматичної події Кесслер і його колеги (4) виявили більш ніж дворазове збільшення умовного ризику ПТСР у жінок, порівняно з чоловіками (20,4% проти 8,1%). Ці гендерні відмінності в показниках ПТСР не обов'язково означають, що жінки більш схильні до розвитку посттравматичного стресового розладу, самі по собі; відмінності можна пояснити іншими чинниками, які збільшують ризик для жінок (15), наприклад, більша

Ймовірність жінок стати жертвою зґвалтування і інших сексуальних нападів, які несуть високий умовний ризик розвитку ПТСР. Крім того, оскільки в анамнезі розлади настрою збільшують подальший ризик розвитку ПТСР у відповідь на стрес (14), тому більша поширеність таких розладів у жінок може впливати на вірогідність розвитку в них ПТСР. Крім того, конкретні аспекти травматичної події, такі як страх, загрози, здивування, і значення, можуть впливати на реакцію жертви (309).

Наукова література містить суперечливу інформацію про взаємозв'язок між віком і ризиком розвитку ПТСР. Бреслау і колеги (33), в репрезентативній вибірці співтовариства Південно-Східного Мічигану не знайшли ніякого зв'язку між віком і ризиком ПТСР. У Національному дослідженні патології супутніх захворювань Кесслер і його колеги (4) виявили деякі відхилення в показниках ризику розвитку ПТСР у різних вікових групах, але найвищі показники мали люди 45-54-річної вікової групи, в той час як жінки мають найвищі показники в 25-34-річному періоді. З точки зору умовного ризику розвитку ПТСР після коригування під тип травматичного досвіду, подальший аналіз даних національного дослідження патології супутніх захворювань також показав відмінності в ступені ризику з віком серед чоловіків, але більший ризик для розвитку ПТСР серед жінок у молодих вікових групах (14). Бревін і його колеги (222) виявили слабкий вплив віку в мета-аналізі факторів ризику ПТСР, але припустив, що відмінності можуть відображати змішані фактори.

Поширеність впливу травмуючих подій, а також розвитку ПТСР також варіюється залежно від расових і етнічних груп, з високими показниками впливу насильства серед афро-американців, американських індіанців, і корінних жителів Аляски, в порівнянні з членами більш економічно благополучних груп (310, 311). Наприклад, в одному дослідженні 82% американських індіанців і корінних жителів Аляски піддавалися впливу одної травматичної події, і поширеність ПТСР склала 22% (4). Американські індіанці мають показник насильницької віктимізації, який більший ніж в два рази в середньому ніж по країні (312), в той час як показники ПТСР серед американських індіанців та корінних мешканців Аляски приблизно в три рази вищі, ніж серед загального населення. В дослідженні північних рівнин індійська молодь з 8 по 11й класи показала, що 61% з них пережили якусь травматичну подію (313). Ці підлітки, як повідомлялося, мають більше симптомів, пов'язаних із травмою, але не суттєво вищі показники діагностованого ПТСР (3%), в порівнянні з населенням в цілому (313). Вивчення спільноти Південно-Західних американських індіанців виявило навіть вищі показники щодо наявності у досвіді одного або декількох травмуючих подій, але також було відзначено високу вірогідність розвинення ПТСР протягом життя в цій громаді, порівняно із загальною чисельністю населення США (314).

Тому що члени деяких расових і етнічних груп, швидше за все, мають більш низький соціально-економічний статус, живуть в центральній частині міста, або є ветеранами бойових дій США (315), і тому, що такий статус пов'язаний із збільшенням імовірності наявності в досвіді небажаних життєвих подій (316), деякі расові та етнічні групи більш схильні відчувати ВСР і ПТСР (4, 314). Серед ветеранів підвищена ймовірність наявності травматичного раннього досвіду (310-312, 317) може сприяти збільшенню показників ПТСР, що проявляється в афро-американців, латиноамериканців та американських індіанців / корінних жителів Аляски після бойових травм (247, 310).

Відмінності в показниках попереднього впливу травм можна пояснити, зокрема, відмінностями, що спостерігаються в показниках ПТСР серед ветеранів США різного етнічного і расового походження. Проте, велика поширеність наявності травматичного досвіду під час війни серед афроамериканців (315) і американських індіанців (318, 319),

ймовірно, відіграє велику роль. З точки зору расових відмінностей в показниках ПТСР серед ветеранів США, то Національне дослідження санації ветеранів В'єтнаму показало, що хоча 10% американських солдатів у В'єтнамі були чорними і 85% були білими, більше афро-американських (21%), ніж європейсько-американських (14%) ветеранів страждали від ПТСР (247). В проекті Американських Індіанських В'єтнамських ветеранів (319), оцінка по випадкових вибірках ветеранів бойових дій у В'єтнамі з трьох резервацій північно-західних рівнин і одної південно-західної резервації між 1992 і 1995 показала, що приблизно одна третина американських індіанців учасників з північної рівнини (31%) і південно-західної (27%) резервацій мали ПТСР в момент вивчення. Приблизно половина переживала розлад у своєму житті (57% і 45%, відповідно). Цей показник набагато перевищує показники поточного ПТСР, що спостерігається в європейських американських чи афро-американських ветеранів (247).

Встановлено, що вихідці з Латинської Америки мають більш високий ризик розвитку ПТСР, пов'язаного із війною, ніж європейці та американці (247). Тільки тому, що ризик для вихідців з Латинської Америки був вищим, ніж у чорних ветеранів, статус меншини не повинен бути єдиним фактором ризику (320). Було встановлено, що з іспаномовних підгруп ветерани Пуерто-Ріко мають більш високу ймовірність подолання ПТСР, ніж інші з аналогічним рівнем впливу такого фактору стресу як війна (321). Тому що ці відмінності в поширеності не були пояснені впливом стресових факторів або акультурацією і не супроводжувалися значним зниженням рівнів функціонування, було запропоновано, щоб відмінності у звітності про симптоми можуть пояснюватись особливостями стилів експресії, а не різними рівнями хвороби (320).

Національні відмінності в темпах розвитку ПТСР були зареєстровані для всіх груп населення, що піддаються впливу травматичних подій. Наприклад, менше 5% госпіталізованих європейців, що вижили після ненавмисних травм (наприклад, дорожньо-транспортних пригод, травм, пов'язаних з роботою), мають ознаки ПТСР (322, 323). Тим не менше, від 10% до 40% людей, які пережили як навмисні (наприклад, травми, пов'язані з людською злобою, такі як фізичні напади) і ненавмисні травми, які отримували невідкладну допомогу в Сполучених Штатах, Англії та Австралії, виявляють симптоми, що узгоджуються з розладом (34, 117, 293, 324-328). Пояснення цих різних показників включають методологічні відмінності, культурні відмінності і діагностичну точність (329).

Поширеність ПТСР в країнах, де війна і хвороби є ендемічними, істотно вища і, як повідомляється, знаходиться в діапазоні від 9,4% і 37,0% населення. Наприклад, Блайх і його колеги (330), у телефонному опитуванні репрезентативної вибірки 512 дорослих з Ізраїлю виявили, що після 19 місяців триваючих терактів, 16,4% безпосередньо зазнали терористичної атаки, 37,3% мали члена сім'ї або друга, що зазнав атаки, і 9,4% вибірки відповідали критеріям симптомів ПТСР. Сабін і його колеги (331) отримали аналогічні показники в перехресному обстеженні біженців майя, що проживають у Мексиці, з яких 11,8% відповідають критеріям симптомів ПТСР, що вимірюється Гарвардським опитувальником з травми і Контрольним списком - 25 симптому Хопкінса, навіть через 20 років після врятування від громадянського конфлікту в Гватемалі. Де Йонг та ін. (332) використовували Комбіноване міжнародне діагностичне інтерв'ю для оцінки ПТСР в населення громад чотирьох постконфліктних країн з низьким рівнем доходу і виявили показник поширеності ПТСР на рівні 37,4% - в Алжирі, 28,4% - в Камбоджі, 15,8% - в Ефіопії, і 17,8% - в Газі.

Біженці, що звертаються за медичною допомогою, можуть мати навіть більш високі показники ПТСР, починаючи з 55% і до 90% (333). Дослідження показали тривожні показники ПТСР в іммігрантських громадах з високим ступенем доімміграційного впливу

потенційно травмуючих переживань (наприклад, американці азійського і іспанського походження). Наприклад, в деяких вибірках до 70% біженців з В'єтнаму, Камбоджі і Лаосу підпадали під діагностичні критерії ПТСР, на відміну від показників поширеності близько 4% для населення США в цілому (334).

Дослідження біженців з Південно-Східної Азії, які отримують психіатричну допомогу, постійно констатують високий рівень ПТСР. Одне дослідження показало, що 70% піддослідних мали діагностичні критерії ПТСР, де вихідці з високогір'я Лаосу і камбоджійці мали найвищі показники (333). Інше дослідження психічного здоров'я біженців з Південно-Східної Азії (хмонг, лаоські, камбоджійські і в'єтнамські) у штаті Міннесота виявило, що 73% з них мали глибоку депресію, 14% мали ПТСР, і 6% мали стурбованість або соматоформні розлади (335). Випадкова вибірка зі співтовариства камбоджійських дорослих показала, що 45% з них мають ПТСР, і 81% демонструють п'ять або більше симптомів ПТСР (336). Аналогічно, 43% батьків, набраних зі спільноти переселених камбоджійських біженців в штаті Массачусетс повідомили про смерть від одного до шести своїх дітей (337). Втрата дитини супроводжувалась збільшенням ймовірності проблем, пов'язаних зі здоров'ям, різними соматичними симптомами, а також станами емоційного стресу, пов'язаними із культурою, такими як глибока стурбованість і печаль, що не демонструються іншим (337). Нарешті, Кінзі та співавтори (338) виявили, що майже половина вибірки камбоджійських підлітків, які пережили концентраційні табори Пол Пота у дитинстві, страждали на ПТСР приблизно через 10 років після цього травматичного періоду. Таким чином, багато біженців з Південно-Східної Азії піддаються ризику ПТСР, пов'язаного з подіями, що вони зазнали перш ніж вони іммігрували до Сполучених Штатів (311). Велика вибірка співтовариства біженців з Південно-Східної Азії у США показала, що переживання у доімміграційний період і досвід у таборі біженців були значущими провісниками психологічного розладу навіть через 5 або більше років після міграції (339). У цьому дослідженні були знайдені істотні відмінності між підгрупами: камбоджійці показали найвищий рівень розладу, лаосці були наступними, потім в'єтнамці. Хоча лікування травми може бути ефективним для осіб із західних культур, в деяких народів Південно-Східної Азії, може бути протипоказаним намагатися визначити і обробити травматичний досвід (229).

Люди, що іммігрують з Центральної Америки до Сполучених Штатів, можуть бути в зоні ризику для ПТСР як результат доімміграційного впливу на них травм, пов'язаних із війною (340), навіть якщо вони не визнаються як політичні біженці (311). Наприклад, дослідження дорослого населення Лос-Анджелесу, що обстежувались на наявність симптомів ПТСР і депресії, виявили, що половина учасників вихідців з Центральної Америки повідомили про симптоми, які співпадають з діагнозом ПТСР (341). У порівнянні з нещодавніми мексиканськими іммігрантами, більша частина біженців з Центральної Америки повідомили симптоми посттравматичного стресового розладу (50% проти 25%) (341). В іншому дослідженні, 60% дорослих пацієнтів-біженців з Центральної Америки отримали діагноз ПТСР (342). Діти іммігрантів з Центральної Америки, що звертаються за допомогою до сервісних центрів для біженців, також продемонстрували високий відсоток наявності ПТСР (33%) (343).

У останньому дослідженні системного зразка 638-и дорослих латиноамериканських пацієнтів первинної медичної допомоги, що живуть в Лос-Анджелесі, Айзенман і його колеги (344) виявили, що 54% досліджуваних зазнавали політичного насильства до міграції, і з них 18% мали симптоми ПТСР (посттравматичного стресового розладу). У 3,4 рази частіше ПТСР діагностують серед тих, хто потрапив під вплив політичного насильства, в порівнянні з тими, хто не зазнав політичних репресій.

Е. Природний розвиток і курс

Прогресивні дослідження показують, що піки симптоматичних нападів спостерігаються у найближчі дні і тижні після травми, потім частота поступово знижується протягом року. У Національному центрі дослідження коморбідності, також відзначають, що прояв симптомів значно зменшується в перші 12 місяців після травми (139). Однак приблизно одна третина осіб, яким діагностували ПТСР, мають хронічні симптоми, від яких позбавитися не може (4). Також варто зазначити, що одужання, за багатьма розрахунками, може залежати від статі, хоча це не доведено. Гендерні відмінності в тривалості ПТСР пояснюються відмінністю отриманих травм, Бреслау з колегами (5, 226) знайшов медіани часу до ремісії симптомів у чоловіків 12 місяців і 48 місяців у жінок. Проте дослідження дорожньо-транспортної пригоди - показали зменшення початкових симптомів приблизно на 35% та 50% за 12 місяців після аварії (34, 345).

Відгуки травмованих пацієнтів потрапляють під континуум і природний хід ГСР і ПТСР, можуть змінюватися залежно від особистості та інших індивідуальних особливостей. Є люди відносно стійкі до розвитку посттравматичних симптомів, що повідомляють зростання їх міжособистісного досвіду в результаті травматичного впливу (229, 346). Для інших осіб з ПТСР, можлива тривала зміна характеру (252, 347-349). Самопошкодження і імпульсивна поведінка; дісоціативні симптоми, соматичні скарги; почуття неефективності, сорому, відчаю та безнадії; почуття розбитості, втрата переконань та принципів, відчуття ворожості, соціальної ізоляції; відчуття постійної загрози і перебування в стані бойової готовності; порушення відносини з іншими людьми – це все можливі зміни в особистості постраждалого. Дослідження також показали симптоми посттравматичного стресового розладу, пов'язані з функціональними порушеннями і зниженням якості життя (115, 117, 122, 293, 327, 350-353). Для ветерана (122), біженців (292), а також поранених цивільних (117, 293, 327), ПТСР має більший вплив на якість життя, ніж вплив супутніх захворювань й тяжкість травми. Посттравматичний стрес також відбивається спектром проблем фізичного здоров'я і медичних розладів (103, 354, 355). Ці міркування пояснюють важливість лікування ПТСР не тільки з точки зору страждання одного травмованого, а задля уникнення потенційних соціальних витрат, пов'язаних з розладом (273, 356). Особи, що раз вже зазнали травми є надалі більш уразливими для подальшого впливу й ймовірність розвитку ПТСР з повторними травматичним досвідом збільшується (32, 33, 223). У осіб з першою госпіталізацією через психоз, спостерігалася аналогічна картина, під впливом кількох травмуючих подій, швидкість розвитку ПТСР збільшується, ніж від впливу однієї травми (48). Ці результати показують, що для травмованих осіб запобіжні заходи повинні мати місце, щоб зменшити ризик виникнення й подальшого впливу нових травм.

V. ОГЛЯД І СИНТЕЗ НАЯВНИХ ДОКАЗІВ

A. Обговорення інтерпретації літератури

Емпіричні дослідження щодо ефективності лікування ГСР і ПТСР не настільки широкі в даний час, як для інших розладів: таких як великий депресивний розлад, шизофренія, або біполярний розлад. Більшість рандомізованих клінічних досліджень лікування ГСР і ПТСР мають відносно невелику кількість обговорень, і їх внесок часто визначається наявністю одного виду травм. Крім того, точне повторення методів є швидше винятком, ніж правилом. Необхідні подальші дослідження для більш точного визначення та узагальнення висновків для всіх груп населення і різних травматичних впливів. Наприклад, багато досліджень обмежується ветеранами з хронічним ПТСР або

до жертв згвалтування. Вивчення методів лікування ГСР тільки-тільки почалося. Дослідження ефективності лікування ГСР і ПТСР також обмежені. Швидкі темпи відновлення пацієнтів з розладами аутичного спектру і гострих ПТСР означає, що варто звернути увагу на терміни проведення лікування і темпи відновлення, а також ремісії і рецидивів. Необхідно також особливо розглянути лікування критичних симптомів (таких, як порушення сну або збудження). Гендерні відмінності в темпах лікування ПТСР свідчать, що пильна увага має бути приділена й цьому аспекту. Поширений вид травматичних впливів у деяких субпопуляціях, включаючи осіб, що живуть в міських умовах у великих містах, натякають на те, що, можливо, симптоми ПТСР були непоміченими й існували задовго до того, як з'явилася травма. Висока коморбідність посттравматичного стресового розладу з великою депресією і зловживанням алкоголем чи наркотиками ускладнює також інтерпретацію ефективності лікування. Тобто ефективність психологічної допомоги може бути спотворена впливом інших факторів та процедурою.

Б) Психосоціальні втручання

1. Індивідуальна психотерапія

Загалом, психотерапія, в будь-якому виді втручань і для різних видів жертв, є ефективною при ПТСР. Шерман (203) провів мета-аналіз 17 контрольованих клінічних випробувань психотерапії для ПТСР, які включали поведінкову, когнітивну і психодинамічну індивідуальну і групову терапію з ветеранами, з жінками, які стали жертвами нападу, і жертвами інших травмуючих подій. Було встановлено, що психотерапія має значний позитивний вплив на ПТСР. Прогнозування успіху в психотерапії ПТСР, однак, знаходиться в початковому стані. Наприклад, переконань про недовіру, безпорадність, безглуздість і несправедливість є базисними симптомами передбаченими в ПТСР, але не результат лікування (357). Мало що відомо про зв'язок виду травматичної події і тривалості і типу психотерапії що, будуть ефективними.

а) Психодинамічна психотерапія

Психодинамічна психотерапія ПТСР або ГСР не була як слід вивчена у контрольованих випробуваннях. Враховуючи той факт, що ГСР, за визначенням, це хвороба відносно короткої тривалості, довгострокова терапія непотрібна. Проте, ГСР може бути пов'язаний або посилений існуючими раніше психологічними проблемами, що прогнозує розвиток ПТСР. В умовах гострої травми, сплячі проблеми можуть час від часу стати все більш очевидними і більш піддаються лікуванню. Значна частина літератури та тематичних дослідження коментують це явище, але в якій мірі таке втручання може запобігти розвитку ПТСР залишається невідомим. Для ПТСР, було проведено контрольоване дослідження Бромом та ін. (201) порівняння психодинамічної терапії травми, десенсибілізацію, та гіпнотерапія. Всі три процедури були досить ефективні в зниженні симптомів. Мета-аналіз психотерапії, в тому числі психодинамічної психотерапії - також підтримує цей режим лікування (203). Інші, менш суворі дослідження та огляди також припускають ефективність психодинамічної терапії в ПТСР (21, 208, 358). Знову ж, незважаючи на відсутність рандомізованих контрольованих випробувань, клінічний консенсус озвучує ідею про те, що психодинамічний підхід є корисним, допомагаючи пацієнтові інтегрувати травматичний досвід (и) тим самим знижуючи основні симптоми ПТСР.

б) Когнітивна та поведінкова психотерапія.

Когнітивні та поведінкові методи лікування застосовуються у формі індивідуальної, сімейної або групової терапії. Хоча окремі поведінкові методи лікування використовувалися автономно, все ж більш частим для поведінкової терапії буде використання в поєднанні з іншими формами терапії, такими як когнітивні підходи (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія). Ці комплексні підходи можуть мати більше однієї ефективної складової, а в багатьох дослідженнях досить важко виокремити конкретний внесок різних елементів таких комбінованих методів лікування. Когнітивні підходи до лікування ГСР або ПТСР пацієнтів спрямовуються на руйнування процесу оцінки загрози з метою зменшення чутливості пацієнта до пов'язаних з травмою тригерів. Ці підходи часто включають в себе компоненти багаторазового впливу, такі як обговорювання травми чи травматичного досвіду.

Поведінкова терапія є похідною від психологічних вчень, які підкреслюють роль сигналів навколишнього середовища та наслідків в патернах поведінки. Поведінкова оцінка пацієнта з ПТСР має бути зосереджена на травматичній події, повторному переживанні симптомів, неадекватних стратегіях уникання і оніміння і патологічних реакцій пробудження, які призводять до розладу

Систематична десенсибілізація використовується, щоб зменшити занепокоєння, пов'язане з травматичним стресом. Суттєвим компонентом систематичної десенсибілізації є поступовий і прогресивний вплив на пацієнта та стимули, що викликають страх, з одночасним вжиттям заходів до зменшення занепокоєння, з витісненням його почуттям релаксації (зворотна інгібіція реакції страху). Покращення в активному зменшенні і скороченні проявів травматичної тривоги може статися як під час, так і поза сесіями за допомогою навчання технік розслаблення, таких як прогресивна м'язова релаксація, діафрагмальне або медитативне дихання, і керована уява. Прогресивна м'язова релаксація включає чергування напруження і розслаблення груп м'язів по всьому тілу, іноді у всьому напрямку з голови до п'ят. Дихальні вправи зосереджуються на видиху, щоб розповсюдити заспокійливий ефект, в той час як керована уява сприяє розслабленню через візуалізацію приємних місць або діяльності. Біологічний зворотний зв'язок може бути використаний для посилення релаксації, здійснюючи миттєву дію на фізіологічні параметри пацієнта, такі як кровотік і скорочення м'язів. Ці явища зазвичай не відчуються, але їх постійне стимулювання дозволяє пацієнтові відчути деяку ступінь добровільного контролю над станами, пов'язаними з напругою і тривожністю.

Терапевтичне використання пролонгованої та повторювальної експозиції до травматичних чинників, чи то поступово, чи то інтенсивно через наводнення або вибух, засноване на тому принципі, що травматичне занепокоєння зменшуватиметься за відсутності реальної небезпеки. Прямий терапевтичний вплив може бути досягнуто в природних умовах (безпосередньо) або в уяві. Як правило, курс лікування на основі експозиції починається з навчання релаксації знання про симптоми ПТСР і про підстави чому потрібно повернутись до болючих переживань. Терапевт оцінює здатність пацієнта переносити емоції в ході сесії і тимчасові загострення симптомів, перш ніж впроваджувати подальше лікування. Якщо ці переживання є прийнятними пацієнт потім проходить через серію сесій, в яких уявляє травматичну подію і її наслідки, і де пацієнта просять зосередитися на інтенсивних негативних наслідках і збудженні, які виникають, аж поки не стихають. Вправи з розслаблення дозволяють пацієнтові продовжувати без почуття переповнення і відмови від терапії. Домашні завдання дозволяють пацієнтові практикуватися і поза сесією. Крім того, лікування може бути посилене, якщо пацієнт погоджується відвідати певні місця яких раніше уникав. Успіх може бути вимірний як повне або часткове зникнення симптомів ПТСР (173, 174).

Дослідження експозиції часто проводилось на ветеранах війни у В'єтнамі з хронічною, бойовою ПТСР. У 1986 рандомізоване контрольване Peniston біофідбеку за сприяння систематичної десенсибілізації (361) дало попередні докази потенційної ефективності експозицій високої частоти. В одному з ранніх досліджень, які використовували наводнення, Keane і співавт. (362) випадковим чином направили 24 ветеранів бойових дій з ПТСР на 14-16 сесій наводнення (N = 11) або в список очікування (N = 13).

Оцінка до лікування, під час лікування та катамнезу через 6-місяців показали поліпшення в симптомах, реакції переляку, пам'яті / концентрації. Ніякого покращення не було помічено в плані оніміння чи соціального уникнення. Купер і Clum (363) вивчали наводнення в уяві в якості додаткового лікування до стандартної терапії ВА. Всі 26 досліджуваних завершили дослідження, яке показало, що підвищилась ефективність звичайної терапії. Boudewyns ін. (364, 365) порівняв 58 ветеранів війни у В'єтнамі з стаціонарними хворими з тяжкою ПТСР, яким випадковим чином було призначено або терапію експозицією (наводнення) або стандартну терапію. Через 3 - міс період спостереження, значно більше успіхів, ніж невдач було в групі що мала експозиції. У оглядах обмеженої кількості клінічної літератури щодо терапії наводнення, чи вибуху, а також експозиції ПТСР у бойових ветеранів війни у В'єтнамі, Фой та ін. (183) відзначив значне зниження симптомів інтрузій і збудження, але висловив суттєве занепокоєння з приводу повідомлень про декомпенсації, дистрес, виснаження емоційних резервів і симптомів загострення у деяких пацієнтів.

Річардс і ін. (366) проводили чотири щотижневих сесії імагінативної експозиції, за якими йшли чотири щотижневих сесії експозиції *in vivo* (або навпаки) у 14 цивільних пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом. Обидві групи показали 65% -80% зниження в симптомах, тільки з кількома відмінностями, припускаючи важливість характерні відмінності цих експозицій. Ротбаум і Ходжес (367) опубліковано індивідуальне дослідження з використання експозиції в режимі віртуальної реальності ПТСР у ветерана В'єтнаму. Пацієнт показав зниження на 34% клінічних симптомів ПТСР, під час 6-місячного періоду спостереження. Відкрите клінічне випробування також показало себе багатообіцяюче (368). Таким чином, уявна, віртуальна, чи на живо експозиція - кожен варіант являє корисні методи терапії пацієнтів з ПТСР.

Переживання уяві це ще одна поведінкова терапія призначена для поліпшення травматичних кошмарів, примушуючи пацієнта пригадати зміст повторюваних кошмарів і повторювати їх в уяві до отримання інших результатів. Краків та ін. (184, 369) опублікували дві доповіді на основі контрольованих обстежень повторного переживання в роботі з нічними жахами в 168 жертв сексуального насильства з помірним та важким ПТСР. Суб'єкти були випадково призначені в групу лікування з повторним переживанням або у контрольний список (чергу до групи). Всього 114 осіб завершили наступні заходи протягом 3 та / або 6 місяців. Лікувальні групи зазнали значного скорочення числа кошмарів в тиждень і значне поліпшення у сні, по відношенню до контрольної групи. Ці поліпшення були відзначені в 3 -місячному періоді спостереження і тривали без подальшого втручання або контакту протягом 3 і 6 місяців. Крім того, симптоми ПТСР знизилася у більшості учасників, але залишилися на тому ж рівні або погіршився в більшості осіб з контрольної групи. Forbes та ін. (185) використовує ті ж втручання для лікування бойових кошмарів у в 12 ветеранів В'єтнаму з посттравматичним стресовим розладом і виявили значне зниження кошмарів і поліпшення в симптомах ПТСР. Ці зміни зберігаються протягом 12місячного періоду спостереження (370). Аналогічні успіхи в жінок, які стали жертвами зґвалтування з хронічним ПТСР були виявлені в порівняльному дослідженні надання допомоги когнітивним способом (когнітивна терапія без застосування

експозицій) у порівнянні з листом очікування (181).

Групова терапія експозицією також була визнана більш ефективно, ніж групи з малою увагою. Falsetti *in* . (371) повідомив про результати експериментального дослідження в лікуванні яке включало кілька когнітивних і поведінкових стратегій, які вони називали багатоканальною терапією експозиції (М-СЕТ), для пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом і супутнім панічним розладом. Вони порівнювали М- СЕТ з групою мінімальної уваги. Пацієнти були розділені на дві групи і скеровувались з місцевого центру допомоги особам після згвалтування, були випадковим чином розподілені або на 12 тижнів раз на тиждень до групи М- СЕТ терапії або до групи мінімальної уваги, яка отримувала раз на два місяці консультації по телефону. Жінкам в контрольній групі було запропоноване безкоштовне лікування після завершення їх участі в такому експерименті. За результатами пост-обстеження, тільки 8,3 % пацієнтів з групи М- СЕТ відповідали діагностичним критеріям ПТСР, в порівнянні з 66,7 % у контрольній групі. Дев'яносто три відсотки в контрольній групі повторно перенесли принаймні один напад паніки минулого місяця , в порівнянні з тільки 50 % у групі лікування. Глінн та *in* . (372) досліджували поведінкову сімейну терапію для 42 ветеранів війни у В'єтнамі з бойовим ПТСР і члена сім'ї кожного ветерана (як правило , дружина ветерана) . Використовувалися три умови: курс двічі на тиждень терапії прямого впливу , такий же термін експозиції з наступними 16 сеансами поведінкової сімейної терапії , або перебування в листі очікування. Участь в експозиційній терапії була пов'язана зі зменшенням активних симптомів (нав'язливих станів і перезбудження) ПТСР, без зменшення пасивних симптомів (заперечення і емоційного ступора). Не було додаткової терапевтичної користі від сімейних сеансів.

Когнітивно-поведінкова терапія часто комбінується з експозиціями та доказує свою ефективність. У рандомізованому контрольованому дослідженні Фекто та Ніккі (Fecteau and Nicki- 373) досліджували дорослих з фізичними травмами після ДТП (14 жінок) з ПТСР які проходили когнітивно-поведінкову терапію (N=10) і групу очікуючих (N=10). Лікування продовжувалось на протязі 18 місяців і складалося з чотирьох 2х годинних сеансів когнітивної терапії на тиждень, включаючи психоедукацію, тренінг релаксації, експозицію в уяві, практику самоврядності в природних умовах і когнітивну реструктуризацію. У п'яти з десяти пацієнтів, що отримували когнітивно-поведінкову терапію після лікування не було діагностовано ПТСР, у той час як всі 10 кандидатів в очікуванні мали симптоми ПТСР. Симптоми ПТСР значно покращились, по клінічній шкалі ПТСР (CAPS-2) зменьшилися в середньому з 70.9 (високий рівень/наявність ПТСР) до 37,5 (помірний рівень). Навпаки, за шкалою оцінки депресій Бека у суб'єктів не було діагностовано значних поліпшень, що передбачає конкретний вплив на ПТСР, а не на неспецифічні поліпшення в супутній депресії. Слабкий вплив на показники депресії так само може бути пов'язаний з хронічним болем і непрацездатністю. Контрольне дослідження через 3 і 6 місяців вказує на стійке поліпшення симптомів ПТСР. Техніки когнітивної терапії не завжди комбінуються з техніками експозиційної терапії, що дозволяє робити деякі порівняння цієї техніки. Фоа (374) довільно призначав 55 жінкам - жертвам насильства з ПТСР один з 4 методів лікування: 17 були призначені тренінги поведінки у стресових ситуаціях, 14 – тривала експозиційна терапія, 14 - підтримуюче консультування (щоб контролювати неспецифічні ефекти терапії), і 10 чоловік були в контрольній групі тих, хто чекає на терапію. Діагностика ПТСР проводилася позаштатним лікарем-консультантом за допомогою критеріїв DSM-III-R. Проміжок часу, з тих пір, як сталося насильство, варіюється від 3 місяців до 12 років, в середньому 6.2 років (Sd=6.7). Лікування складалося з 9 індивідуальних сеансів по 90 хвилин 2 рази в тиждень, які проводила лікарка-жінка. ПТСР симптоми, потрясіння із-за згвалтування, загальне занепокоєння і депресія вимірювалися до лікування, після лікування, а також після 3.5

місяців після закінчення лікування. З 55 пацієнтів які починали брати участь в дослідженні 10 вибули без значної різниці в самопочутті в порівнянні з 3-ма групами, які проходили терапію. Однак, 10 пацієнтів, які вибули відрізнялись від тих, хто закінчив терапію за трьома критеріями: річний дохід був меншим за 10 000\$, більший відсоток були виробничі робітники і їх показники були вище в Тесті симптомів наслідків насильства. Зразу після лікування терапія поведінки в стресових ситуаціях була найефективніша для зменшення симптомів ПТСР, також була ефективною тривала експозиційна терапія. У групі, яких консультували і тих, хто чекав на лікування покращали симптоми збудження ЦНС після ПТСР, але не синдроми нав'язливих станів і заперечення. Проте, 3,5 місяця після лікування тривала експозиційна терапія виявилася кращим лікуванням. Таким чином, хоча тренінги поведінки в стресових ситуаціях виявилися найефективнішим лікуванням в короткий термін, тривала експозиційна терапія виявилася найефективнішим методом в довгостроковій перспективі. Більш того, перевага тренінгів поведінки в стресових ситуаціях і тривалій експозиційній терапії над підтримуючим консультуванням і очікуванням на лікування характерне лише для симптомів ПТСР.

Маркс (177) показав, що когнітивна терапія, експозиційна терапія та експозиційна плюс когнітивна терапія краще, ніж лікування методами релаксації, в разі випадкових вибраних 87 людей, яким було призначено десять 90-хвилинних сеансів, в чотирьох терапевтичних групах. Важливо відзначити, що всі три підходи когнітивної терапії були значно кращі ніж методи релаксації на 1, 3, і 6 місяці, але не краще за один одного в зменшенні ПТСР симптомів або серйозності симптомів, які викликали ремісію ПТСР або поліпшення функціонування до кінця дослідження. Також Ечебуруа (375) тестував тренінг прогресивної релаксації в порівнянні з когнітивним реструктуванням і самоекспозицією на 20 жертвах сексуальної агресії. У більшості пацієнтів стан поліпшився, але лікування когнітивним реструктуванням і самоекспозицією було успішнішим, ніж релаксація. З іншого боку, Сільвер (376) лікував стаціонарних хворих ветеранів В'єтнаму додатково EMDR, зворотнім біологічним зв'язком (біофідбек) або тренінгами релаксації і не виявив статистично значних відмінностей між когнітивним реструктуванням і самоекспозицією.

Враховуючи подібності між когнітивно-поведінковою та експозиційною психотерапіями, не дивно, що порівняння цих двох методів показали аналогічні результати лікування. У рандомізованому подвійному сліпому порівняльному дослідженні когнітивно-поведінкової та експозиційної психотерапій для лікування хронічного ПТСР Террієр (178) виявив, що обидва методи лікування були однаково ефективні в полегшенні симптомів в різноманітній за складом групі з 72 пацієнтів, але жодний з методів не привів до повної ремісії симптомів. Важливо відзначити, що 9 пацієнтів в групі, що отримувала експозиційну психотерапію, показали погіршення симптомів, проти 3 у групі когнітивно-поведінкової психотерапії. Наступні дослідження показали, що поліпшення були збережені під час повторного огляду за 6 місяців (186) та 12 місяців (187), знову без істотних відмінностей між методами.

Так само, в невеликому рандомізованому дослідженні 16 біженців з ПТСР, обидві когнітивно-поведінкова та експозиційна психотерапії призвели до значних поліпшень по всім вимірюванням, і це поліпшення зберігалось протягом періоду спостереження (377). Два лікування не відрізнялися за будь-яким вимірюванням, але когнітивно-поведінкова терапія потребувала відносно більшу кількість і довші сесії для отримання значних результатів.

Дослідження когнітивно-поведінкової психотерапії для ПТСР також розглянули вплив лікування на фактори інші від симптомів ПТСР, такі як гнів. У рандомізованому дослідженні Четмоб (378) призначив 15 ветеранам В'єтнаму з ПТСР стандартне лікування, що призначається ветеранам бойових дій, або стандартне лікування з додатними 12 сесіями когнітивно-поведінкової психотерапії, спрямованими на гнів. Індивідуальні 1-годинні сесії

когнітивно-поведінкової психотерапії включали в себе самоконтроль гніву, розглядання структури гніву, релаксацію, навчання навичкам когнітивної реструктуризації, та тренування цих навичок (рольові ігри з ситуаціями, в яких провокується гнів). Пацієнти, що отримували це лікування, показали підвищення здатності контролювати гнів по завершенні 18-місячного періоду спостереження, хоча наприкінці досліджень не було ніяких відмінностей між групами щодо вимірювань психофізіологічних реакцій на провокацію гніву. Це дослідження показало конкретну клінічну корисність когнітивно-поведінкової психотерапії для контролю гніву як доповнення до стандартної терапії, хоча не було ніякої інформації щодо симптомів ПТСР.

Кілька досліджень показали, що короткострокова когнітивно-поведінкова терапія під час гострої пост-травматичної фази може запобігти ПТСР і одночасно позитивно подіяти на ГСР. Хоча таких досліджень дуже мало і вони мали невелике число піддослідних, отримані вимірювання профілактики ПТСР роблять їх дуже важливими і їх результати мають бути відтворені. Брайант (135) досліджував 45 цивільних, що пережили травму, мали ГСР та отримали лікування з 5 сесій або тривалої експозиційної психотерапії, або тривалої експозиційної разом з терапією тривожного розладу, або підтримувального консультування, які були отримані у перші 2 тижні після травми. Після лікування симптоми ПТСР були у значно нижчій кількості пацієнтів, які отримали тривалу експозиційну психотерапію (14%) та пролонговану експозицію разом з психотерапією тривожного розладу (20%), на відміну від пацієнтів, що отримали підтримувальне консультування (56%). Ефект від двох активних методів лікування був значним і під час повторного огляду за 6 місяців після травматичної події. На відміну від попередніх доповідей, що 80% пацієнтів, які мають симптоми ГСР, матимуть хронічний ПТСР за 6 місяців після травми, це дослідження показало, що пацієнти, які отримали підтримувальне консультування мали долю ПТСР 67%, що вказує на слабкий але наявний ефект консультування у поліпшенні симптомів ПТСР. Тим не менш, в значній мірі менше людей мають симптоми ПТСР після тривалої експозиційної психотерапії разом з терапією тривожного розладу (23%) або тільки тривалої експозиційної психотерапії (15%), що свідчить про ще більшу ефективність цих методів лікування. Не було зафіксовано ніяких відмінностей в результатах між тривалою експозиційною психотерапією і тривалою експозиційною психотерапією разом з терапією тривожного розладу, що свідчить, що терапія тривожного розладу не сприяє ефективності лікування.

Аналогічним чином, Фое (379) лікував жінок, які стали жертвами недавнього зґвалтування або нападу за допомогою короткої профілактичної програми, що складалася з чотирьох 2-годинних сесій когнітивно-поведінкової психотерапії та освіти, та мав для порівняння узгоджену контрольну групу. Через 2 місяці після нападу, тільки 10% з групи яка лікувалася за короткою профілактичною програмою мали симптоми ПТСР, на відміну від 70% у контрольній групі. Група, яка лікувалася за короткою профілактичною програмою, показала значно кращі результати по симптомах депресії та переживання спогадів, ніж члени контрольної групи, з коефіцієнтом ефекту для короткої профілактичної програми 1,22.

Гіллеспі та ін. (380) виявив схожу величину ефекту в ряді випадків, що лікувались когнітивною терапією. В цій роботі послідовна серія з 91 пацієнта впродовж 2 тижнів після вибуху замінованого автомобіля в Ома, Північна Ірландія, лікувались когнітивною терапією згідно з нормами, що пропагували Елерс та Кларк (381). Ні супутні захворювання, ані присутність чи відсутність близьких відносин не передбачали ефект лікування. Тим, що мали тілесні ушкодження, кращало не так істотно, як очевидцям чи тим, хто був неушкоджений. Стан очевидців та персоналу швидкої допомоги не відрізнявся ступенем покращення. Цікавим є те, що мала місце незначна тенденція більш вагомого покращення у пацієнтів, допомога яким надавалась пізніше, аніж у тих, хто отримав її раніше, що підкреслює необхідність краще розуміти момент лікувального

втручання. Узагальнення одержаних даних обмежено фактом, що пацієнти отримували різну кількість сесій, не було контрольної групи та терапія не була послідовно занотована.

в) Десенсибілізація та переробка психотравми за допомогою руху очей (EMDR)

Метод EMDR зазвичай розглядається як поєднання елементів когнітивно-поведінкової терапії, експозиційної терапії (а саме короткочасні та переривчасті впливи) та особливої уваги до рухів очей. Так як когнітивно-поведінкова та експозиційна терапії показали ефективність у лікуванні ПТСР основним питанням щодо EMDR є - чи вносять рухи очей свій вклад у результат терапії. Низка факторів сприяє ускладненню з'ясування чи відмінні ефекти EMDR від ефектів когнітивно-поведінкової та експозиційної терапії. Дослідження EMDR включали в себе ряд травматичних типів, в більшості їх становили особи під впливом бойових дій, але також дорослі з історіями сексуального насильства в дитинстві, дорослі, що постраждали від насильницьких дій сексуального характеру в зрілому віці, дорослі після масштабного урагану та (лише декілька досліджень) дорослих із змішаними цивільними травмами. Існує великий різновид протоколів, від однієї 90-хвилинної сесії до 8-10 сесій. Кількість суб'єктів в дослідженнях також сильно відрізняється. Деякі дослідження порівняли EMDR з підтримуючим консультуванням за списком очікування чи активно слухаючими контрольними групами. Інші порівняли EMDR з різними формами подовженого впливу, в той час, коли деякі застосували розібрані на компоненти моделі, що зіставили EMDR з та без процедур рухів очей чи постукування пальцями. Змінні величини результату первинно включали самозвіт ПТСР масштабів (часто the Impact of Event Scale - Шкала оцінки впливу травматичної події) з декількома іншими методами, що використовували більш загальні списки симптомів чи описи депресії. Жодне з досліджень не включало структурованих чи систематично-функціональних оцінок результату. Таким чином, через істотну мінливість в дизайнах досліджень та інші методологічні недоліки важко робити тверді висновки щодо незалежних ефективних елементів EMDR.

Метод EMDR є ефективним в поліпшенні як гострих, так і хронічних симптомів ПТСР. Наприклад, Маркус (382) зіставив EMDR зі стандартним піклуванням про 67 демографічно різноманітних пацієнтів з організації підтримки здоров'я, в яких розвинувся ПТСР внаслідок нападу, насильства, інцесту, нещасного випадку чи психологічної травми у ролі свідка. Суб'єктам довільним чином призначили різні методи лікування, але оцінювання проводилось не зовсім випадковим чином, та стандартні методи опіки психіатрів відрізнялись між собою. Лікувальні сесії проводились до тих пір, поки симптоми ПТСР не припинялись або поки не завершувався термін дослідження, в цьому випадку 75% суб'єктів, що лікувались методом EMDR та 50% тих, що лікувались стандартними методами більше не підпадали під ознаки ПТСР. Значні покращення, які швидше з'явилися в групі лікування методом EMDR, були також помічені в ПТСР симптомах, виміряних Міссісіпською шкалою ПТСР (the Mississippi PTSD Rating Scale) та Шкалою оцінки впливу травматичної події (the Impact of Event Scale), а також в депресивних симптомах, виміряних Шкалою депресії Бека (the Beck Depression Inventory).

Ротбаум (383) випадковим чином призначив 20 жертвам згвалтування жіночої статі або три щотижневі 90-хвилинні сесії, або контрольну групу за списком очікування. Усі суб'єкти задовольняли ПТСР критерій DSM-III-R та у більшості симптоми проявлялись роками. Через 4 тижні після закінчення лікування, 90% осіб, що лікувались методом EMDR більше не підпалали під ознаки ПТСР. Оприлюднені рейтинги симптомів ПТСР та депресії показали значні покращення, хоча тривалість цих покращень була невизначеною, так як особи за списком очікування продовжували й надалі лікування.

Шек та ін. (384) випадковим чином призначив жінкам (віком 16-25 років) з самозвітами травматичних спогадів або EMDR, або активне слухання, що проводилось в двох 90-хвилинних сесіях кожен тиждень. Хоча одразу після втручання обидві групи виявили покращення при вимірюванні депресії та занепокоєння, включаючи симптоми ПТСР, більший ефект був помічений в групі EMDR. Однак, дослідження було обмежене тим, що лише половина допущених взяли участь у дослідженні та лише 70% закінчило його. До того ж, тільки у 77% осіб був діагностований ПТСР перед початком дослідження.

Вільсон та ін. (385) випадковим чином призначив 80 особам або EMDR, або відкладене лікування EMDR. До суб'єктів належали однакова кількість чоловіків та жінок, що зазнали різних травм в період від 3 місяців до 54 років до моменту початку лікування. Лише в половині осіб діагностували ПТСР ступеня DSM-IV, та лише третина не отримувала попередньої допомоги в лікуванні симптомів. Лікування методом EMDR складалось з трьох 90-хвилинних сесій, після чого проводились подальші оцінки результатів. В осіб, що проходили відкладене лікування не виявили зміни симптомів після 30 днів до початку EMDR, в той час, коли особи, що проходили EMDR показали значні покращення при вимірюванні ПТСР симптомів, соматизації, міжособистісної чутливості, депресії та занепокоєння. Схожі поліпшення були помічені в групі відкладеного лікування після початку EMDR, покращення в обох групах зберігалось, як після 90 днів, так і після 15 місяців після лікування (386).

Іронсон та ін. (387) порівняв ефективність EMDR та пролонговану експозицію на 22 цивільних пацієнтах. Обидва підходи продемонстрували вагомє зниження ПТСР та симптомів депресії, що зберігалось при перевірці через три місяці. Успішний лікувальний ефект був швидшим, краще переносився та був більш довершеним в групі EMDR. В результаті EMDR також знизився рівень тривожності під час оцінки в процесі терапії, що було непропорційними до покращення загальних симптомів під час оцінювання результату терапії, з певними доказами стійкого покращення симптомів до 3 місяців.

Одне з досліджень з більш довгостроковим спостереженням за пацієнтами показало, що здобутки терапії були втрачені вже через 6 місяців (388). В даному розгорнутому дослідженні 51 австралійському ветерану бойових дій чоловічої статі з ПТСР був призначений один з трьох методів лікування. Осіб поділили на групи, які отримали 2 сесії EMDR, або 2 сесії методу Десенсибілізації та переробки психотравми за допомогою реактивного розширення ока (REDDR), або взагалі не отримали ніякого втручання. REDDR - це такий самий метод, що і EMDR, лише "рух очей" був замінений на "розширення ока" та чорна скринька з миготливим світлом (оптікатор) замінила стимулятор руху очей. Всі особи продовжували отримувати стандартну терапію. До і після лікування не було помічено суттєвих статистичних змін якоїсь з оцінок результату всіх трьох груп. Через 3 місяці, всі три групи мали деякі покращення, але суттєвої статистичної різниці між ними помічено не було. До шостого місяця, зміни, що відбулись до лікування більше не були статистично значущими для випадків особистісної тривожності, депресії чи ПТСР (величина ефекту після оцінки через 6 місяців EMDR плюс стандартна терапія в порівнянні з REDDR плюс стандартна терапія дорівнює =0.25). Однак, ці результати повинні інтерпретуватись як стислі для обох EMDR та REDDR груп. Повторна оцінка через п'ять років, що порівняла 13 ветеранів бойових дій у В'єтнамі, яких лікували методом EMDR, з контрольною групою 14 ветеранів бойових дій такого ж демографічного походження з ПТСР, яких не лікували методом EMDR, обидві групи продемонстрували загальне погіршення ПТСР симптомів через п'ятирічний період та незначну або помірну втрату користі від раніше проведених сеансів EMDR (389).

В іншому дослідженні Девіллі та Спенс (35) порівняли дев'ять сесій когнітивно-поведінкової терапії з EMDR лікуванням до 8 сеансів на 23 особах зі змішаними

травматичними історіями. Протокол травматичного лікування (ПТЛ) використовував втручання: пролонговану експозицію, глибинну когнітивну терапію та можливість проведення тренінгу Фоа - протидії стресовим обставинам. В порівнянні з EMDR, ПТЛ був більш ефективним, як до так і після лікування та мав більш обгрунтовану величину ефекту та високу потужність. Перевага ПТЛ стала більш вираженою після перевірки через 3 місяці, коли 83% пацієнтів, що лікували за ПТЛ більше не страждали на ПТСР, порівняно з 36% пацієнтів, що пройшли EMDR. Однак, інтерпретуючи ці дані, слід зазначити, що дослідження не було проведено випадковим чином, як це зазвичай відбувається, так як більшість осіб, що не пройшли EMDR були згруповані в початковий блок, а ті хто пройшов EMDR увійшли в другий.

Кусак та Спейтс (390) випадковим чином призначили 38 суб'єктам три 90-хвилинні сесії або стандартного EMDR, або десенсибілізацію руху очей, що включала в себе компоненти EMDR крім когнітивної репроцесуалізації. 3-поміж 27 індивідумів (23 жінки і 4 чоловіка), які брали участь у дослідженні до кінця, 2/3 відповідали критеріям DSM-IV діагнозу ПТСР на початку дослідження і половина мала досвід фізичного чи сексуального насилля. Під час подальшого лікування, обидві групи показали статистично значиме зменшення симптомів, показники яких позначені переглянутим SCL-90, Шкалою виміру Впливу Події, формалізованим інтерв'ю для ПТСР, поведінковою оцінкою стану мовної тривоги, і суб'єктивної шкали виміру рівня дискомфорту. Не зважаючи на це, обидві основні групи показали порівняно однакові рівні покращення, що може свідчити про те, що саме образний компонент впливу EMDR, а не елемент когнітивної переробки є важливим для ефективності в клінічній практиці.

Мета-аналіз різних контрольованих випробувань зробив загальний висновок, що EMDR представляє собою ефективний метод лікування. Огляд Фоа і Меадовс (190) від 1997 року включає дослідження індивідумів, що піддалися високо-стресовим подіям, а також тих, які підпадають під критерії ПТСР. Багато з розглянутих досліджень не показали жодної різниці між EMDR і не-лікуванням або списком очікування, але одне дослідження показало перевагу EMDR. Автори зазначили, що через проблеми з методологією необхідно проводити подальші дослідження для визначення його ефективності. Девідсон і Паркер (194) порівняли EMDR і відсутність лікування, когнітивно-поведінкову терапію, експозицію (не включаючи експозиції *in vivo*), варіації EMDR, і 'неспецифічне' лікування. EMDR було більш ефективним ніж відсутність лікування і аналогічним до інших активних методів лікування. В цьому аналізі виявилось, що роз'єднане дослідження забезпечують аналогічну ефективність споміж різних EMDR протоколів. Мета-аналіз, проведений Максфілдом і Хиером (193), порівнює EMDR до умов списку очікування, когнітивно-поведінкової терапії, та інших методів лікування. EMDR перевершив за результатами умови списку очікування, та виявився аналогічним або ж переважаючим за інші види лікування (зі суттєвим мінливістю в ході досліджень). Хоча мета-аналіз, проведений Шефердом et al. (191) включає травмованих пацієнтів, які не всі відповідають критеріям DSM-IV або DSM-III-R для ПТСР, дослідники виявили, що EMDR був аналогічним до різних видів психотерапії та терапії антидепресантами.

Таким чином, EMDR належить до континууму, пов'язаному з експозицією і когнітивно-поведінкової терапії. EMDR використовує методи, які можуть надати пацієнту більше контролю над досвідом експозиції (так як EMDR менше залежить від словесного значення), і забезпечує методи для регулювання занепокоєння в обставинах лікування експозиції. Отже, це може виявитися сприятливим для пацієнтів, які не переносять тривалу експозицію, а також і для пацієнтів, які відчують труднощі пов'язані з вербалізацією їх травмуючого досвіду. Порівняння EMDR з іншими методами лікування у більших масштабах необхідно аби прояснити ці відмінності, загалом, не показують

зростаючий ефект від використання руху очей або інших індикаторів під час сеансів лікування. Незважаючи на відчутну ефективність EMDR, ці дослідження ставлять під сумнів теоретичне обґрунтування EMDR. Тому, здавалося б, що загальний обмін методів експозиції травм та емоційної переробки є принципово відповідальним для досягнення ефективного лікування. Таким чином, EMDR є кращим методом ніж не-лікування або підтримуючі консультування, і може бути настільки ж ефективним, як і когнітивно-поведінкова терапія та інші методи на основі експозиції. Як і в інших методах терапії, подальша оцінка потрібна для визначення міри, в якій ефективність лікування зберігається довгий час.

2. Групова психотерапія для ПТСР

Для оцінки підходів до групового лікування серед дорослих існує нестача рандомізованих, контрольованих досліджень. Дослідження, що були проведені, не включали в себе групи, що отримували контрольне лікування для порівняння. Складність підведення підсумків під дослідженням полягає в тому, що групові протоколи широко різняться і включають супортивну (підтримуючу) терапію, психоедукацію, психодинамічну терапію, і різні типи когнітивно-поведінкової терапії, включаючи контроль тривоги, інокуляцію стресу, тренування з асертивності, пролонговані експозиції та когнітивне реструктурування. Пацієнти, що брали участь в групових психотерапевтичних дослідженнях, були переважно ветеранами бойових дій та жінками з історіями сексуального насилля в дитинстві. Тривалість лікування варіювалася від 10 до 24 сеансів, які розтягувалися від 3 до 6 місяців. Деякі лікування включали додаткові сесії, що розтягувалися на рік. Більшості досліджень бракувало достатньо структурованих протоколів, конкретних діагностичних оцінок Посттравматичного стресового розладу та оцінки функціональних результатів.

З п'яти рандомізованих, контрольованих досліджень, одне показало невеликі покращення (об'єднуючи дані з травма-орієнтованих та орієнтованих на теперішньому груп) у 64 жінок, що отримали підтримуючу групову допомогу, порівнюючи із 61 жінками, що були в списку очікування на терапію, через десятиліття після травмуючи подій. Інше випадкове, контрольоване дослідження відбувалося за участі індивідів, які були травмовані в дитинстві та пережили насильство в дитячому віці. Групова терапія як доповнення до індивідуальної терапії показала зменшення симптомів ПТСР. Schnurr et al. у своєму добре розробленому багато вузловому дослідженні ветеранів бойових дій із хронічним ПТСР, використав методи, що змішали конструкти ефективності та результативності, та побачив досить скромний ефект від терапії обох травма-орієнтованих та орієнтованих на теперішньому груп, але зовсім жодної різниці між двох форм лікування (хоча відсоток тих, хто передчасно залишав травма-орієнтовану терапію були вдвічі більшими за тих, хто покинув орієнтоване на теперішньому лікування). Вищий відсоток тих, хто залишає терапію передчасно, підкреслює загальну занепокоєність тим, що терапія експозицією – групова та індивідуальна – може не підходити деяким пацієнтам. Дослідження двох етапної групової терапії для ув'язнених жінок показало зменшення ПТСР, настроєвих та міжперсональних симптомів у тих, хто пройшов тренінг з навичок діалектичної поведінки та виконав письмове завдання, хоча до участі у дослідженні вони не були ідентифіковані як особи з ПТСР. Єдине рандомізоване, контрольоване дослідження, де було залучене групове лікування із дослідженням травм серед тих, хто вижив після Сербського концтабору, через 3 місяці після звільнення. На початку дослідження 44% з 120 досліджуваних відповідали критеріям МКБ-9 щодо ПТСР і їм в випадковому порядку було призначено пройти групову терапію, групову терапію з додатковим медикаментозним лікуванням або лише медикаментозне лікування протягом 6-

и місяців. Це дослідження також включало людей, що відмовились від лікування. По закінченню 6-и місяців різниця між тими, хто пройшов лікування і хто відмовився була значна (значний відсоток людей, що отримали лікування вилікували ПТСР на відмінну від тих, хто відмовився). Проте повторне дослідження, що було проведене через 3 роки і включало випадково вибраних суб'єктів виявило парадоксальні відкриття: група людей, що не отримали лікування продемонстрували покращення, схоже на те, яке було у тих людей, що пройшли курс, відповідно до Опитувальника Ватсона для ПТСР.

З шести нерандомізованих досліджень, чотири з яких були пов'язані з лікуванням жінок, що мали історію сексуального насильства у дитинстві, одне було присвячене структурованому стаціонарному лікуванню ветеранів війни в Перській затоці, і одне фокусувалось на дорослих, що втратили свої дорослих або малих дітей. В трьох з перших чотирьох груп серед заходів для індивідів, що пережили сексуальне насильство в дитинстві не було використано жодних інструментів для ідентифікації або вимірювання ПТСР. Групова втручання було пов'язане з покращенням згідно різних вимірів глобальних симптомів, включаючи самооцінку та соціальне пристосування. Інше дослідження, що розглядало ефект психоедукаційних груп для неодноразово травмованих жінок показало змішані та суперечливі результати щодо ПТСР. Тому, дані дослідження не забезпечують релевантність в методах або результатах для того, аби адекватно судити користь групових інтервенцій для дорослих людей, що пережили сексуальне насильство у дитинстві.

Британське дослідження групи ветеранів війни у Перській затоці, що розглядало формат лікування, яке помітно відрізнялось від інших групових інтервенцій, досліджувало інтенсивну 12-и денну терапію для стаціонарного лікування з наступними денними групами протягом 1 року. Втручання включало деякі форми постійного психологічного опитування. Було зафіксовано помітне процентне зменшення пацієнтів, які відповідали критеріям ПТСР (з 100% до 14,7%) через рік після лікування. Варто зазначити, що не було зафіксовано випадків вживання психоактивних речовин або алкоголю в період подальшого спостереження. Дані результати показують те, що інтенсивне, структуроване групове втручання тривалістю в два тижні може бути корисною формою роботи для лікування ПТСР ветеранів війни.

Єдине дослідження групового втручання для дорослих, що пережили важку втрату, об'єднало вирішення проблем та емоційну підтримку протягом 12 тижнів та показало, що у матерів покращилися реакції, що відносяться до ПТСР, в той час, як у батьків погіршилися. У тих пацієнтів, у яких з самого початку був низький рівень ПТСР було помітно погіршення стану, а у тих, рівень ПТСР яких був високим – покращення. Дане дослідження вказує на потребу уважного вибору членів групи, навіть серед подружніх пар, де до-лікувальний рівень ПТСР варіюється.

За допомогою додаткового нерандомізованого порівняльного аналізу було порівняно два когнітивно-поведінкові підходи — стрес щеплення і тренінг асертивності — для підтримуючої групової терапії в групі з 24 жертв звалтувань (180). В результаті порівняння з 13 суб'єктами контрольної групи з'ясовано, що всі три методи терапії однаково ефективні для отримання помірних покращень симптомів ПТСР, депресії, тривоги, та підвищення самооцінки. Крім того, в активних групах терапевтична корисність зберігалась при наступному супроводі через 3 та 6 місяців.

Як зазначено Фойєм та іншими (403), в групах підтримки є тенденція звертатися до поточних життєвих подій, в той час як психодинамічні та когнітивно-поведінкові орієнтовані групи фокусуються здебільшого на травмі безпосередньо (“травма-орієнтовані”), приділяючи основну частину роботи конкретному травматичному досвіду та спогадам про цей досвід. Перевагою групової психотерапії є можливість забезпечувати

надання допомоги великим групам індивідів через загальний травматичний досвід або загальні симптоми посттравматичного стресу. Щодо травма-орієнтованої терапії, більшість результатів, що свідчать на користь її результативності і ефективності, отримано при лікуванні дітей і підлітків (304, 404-407). У дослідженні дорослих пацієнтів Шнур та інші (393) довільним чином розподілили 360 ветеранів бойових дій у групи по 6 осіб і порівняли 30 щотижневих сесій травма-орієнтованої групової терапії, за якими слідували п'ять щомісячних підтримуючих сесій, з терапією, сфокусованою на теперішньому. В обох групах було помічене значне полегшення симптомів ПТСР відносно початкового стану, проте статистичний аналіз пацієнтів не виявив відмінностей між групами за жодним з критеріїв результату. Разом ці дослідження є доказом того, що групові сесії в поєднанні з призначенням домашніх завдань здатні забезпечити необхідний пролонгований вплив на травму, достатній для ефективного лікування.

Щойно описана травма-орієнтована групова психотерапія зазвичай включає певні принципи. Перші сесії присвячені наданню базових теоретичних знань щодо ПТСР, навичок переживання ситуацій, та посттравматичних стрес-реакцій, а також техніки регулювання тривоги або техніки регулювання емоцій. Протягом цих сесій також проводять групові вправи для покращення групового зв'язку, збільшення відкритості та терпимості. Під час сесій, сфокусованих на травмі, використовуються різноманітні версії довготривалого наративного або образного впливу, перехід від загального досвіду до найбільш травматичних моментів. Опорою таких сесій є взаємодопомога членів групи у подоланні важких завдань. Зазвичай за ними слідує сесія, де розбирають унікаючу і агресивну поведінку, поточні або набуті травматичні спогади, та перешкоди для подальшого розвитку. Згідно з дослідженнями, груповий формат особливо ефективний для роботи з останньою групою функціональних порушень.

На даний момент не існує чітких рекомендацій щодо внеску групового процесу до результатів групової психотерапії у пацієнтів з ПТСР. Дейвіс та інші (408) наводять загальні рекомендації, що мають бути адаптовані до даного різновиду роботи. В дослідженні, що надає значних висновків для групового процесу Клойтр та Коенен (398) вивчили ефекти міжособистісної терапії в групах жінок, що дітьми постраждали від сексуального насильства. У змішаних групах, в кожній з яких була щонайменше одна пацієнтка з пограничним розладом особистості, процес групової терапії не відрізнявся від контрольної групи за зменшенням симптомів, крім того спостерігалось значне підвищення рівня посттерапевтичної злості. Натомість у групах, де були відсутні пацієнти з кордонним розладом особистості, спостерігалось значне зменшення рівнів злості, депресії і симптомів посттерапевтичного стресу. Таким чином, результати дослідження покликані звернути увагу на діагностичний склад терапевтичних груп.

3. Інші стратегії раннього психологічного втручання

Існують вагомі докази того, що одинарна індивідуальна психологічна сесія, проведена відразу ж після здобуття пацієнтом широкого спектру травматичних досвідів (наприклад автомобільні аварії, битви, фізичне насилля, пожежа) не зменшує емоційного болю і не попереджує розвитку хронічного посттравматичного синдрому (128-130). За допомогою серії рандомізованих контрольних досліджень було оцінено ефективність швидкої психологічної допомоги у групи людей з травматичним досвідом (213, 217-219, 409). Біссон та інші (217) випадковим чином призначили 43ом госпіталізованим потерпілим від пожежі одинарну терапевтичну сесію довжиною 30-120 хвилин, або ж контроль за станом потерпілого впродовж 2-19 днів з моменту отримання травматичного досвіду. У шістнадцяти відсотків потерпілих першої групи було діагностовано посттравматичний синдром при обстеженні через 13 місяців, в той час як для пацієнтів другої групи показник становив 9%, така різниця є статистично важливою. Варто

зазначити, що пацієнти, яким було призначено одиночну терапевтичну сесію, мали значно більші пошкодження і значно частіше отримували травматичний досвід неодноразово. Карліер та інші (410) проводили терапію з офіцерами поліції у межах 24 годин після набуття різноманітних видів травматичного досвіду і не спостерігали жодного симптоматичного покращення порівняно з контрольною групою. Конлон та інші (213) проводили тридцятихвилинні сесії з жертвами автомобільних аварій і не виявили у них покращень симптомів ПТСР у порівнянні з контрольною групою, що отримала інформаційний буклет та номер телефону лінії допомоги. Гобс та інші (218) проводили годинні сесії з вибраними випадковим чином суб'єктами з відповідними симптомами в проміжок часу 24-48 годин після автомобільної аварії. Пацієнти після сесії демонстрували такий самий, або більший рівень симптоматики порівняно з суб'єктами з чотиримісячною або тридцятишестимісячною посттравмою. Роуз та інші (409) забезпечили одногодинну сесію для жертв насильницьких злочинів в межах 1 місяця після травми і не знайшли значної різниці в симптомах посттравматичного стресу порівняно з контрольною групою, обстеженою через 11 місяців після отримання травматичного досвіду.

Невелика кількість відкритих досліджень екстрених сесій вказує на наявність лімітованих переваг таких сесій, за умови що вони проводяться в групі. У відкритому дослідженні Шалев та інші (20) проводили групову терапію (акцентуючи індивідуальні ролі учасників групи, часові проміжки і факти, що мали відношення до травматичної події, без зазначення емоційного забарвлення) з солдатами через 48-72 години після знаходження в бою, і помітили зменшення тривожності, покращення рівня впевненості, та збільшену однорідності групи одразу після сесії. Дель та інші (411) випадковим чином призначили солдатам сесії після висадки в місця бойових дій/превентивні сесії перед висадкою, або ж тільки превентивні сесії. Хоча симптоми ПТСР в обох групах суттєво не відрізнялись при обстеженні через 6 та 12 місяців, згідно отриманих свідчень, кількість алкоголю, вжитого солдатами, що отримали сесію після висадки, була значно меншою. Кемпфілд та Хілс (412) випадковим чином призначили жертвам пограбування негайну (менше 10 годин), або ж відкладену (більше 48 годин) групову сесію. Жертви з першої групи продемонстрували покращення симптомів за 2 тижні після сесії.

Хоча моделі таких екстрених сесій в цілому не показали себе ефективними, існують тільки загальні дані щодо можливості використання методів з доведеними результатами ефективності проти ПТСР в умовах недавнього набуття травматичного досвіду і сеттінгу бригади швидкої допомоги. Одне з досліджень стверджує, що когнітивно-поведінкові інтервенції можуть бути успішно використані після масових атак, хоча кількість сесій може бути збільшена, і люди з груп високого ризику, такі як фізично постраждалі, можуть бути менш чутливими. Попередні дані припускають, що стратегії раннього психологічного втручання, такі як особиста/телефонна сесія можуть бути ефективними як у підтримці травмованих, так і у зменшенні рівня гострого стресу (131-134). Гідрон та інші (133) випадковим чином призначили 17 пацієнтам, що вижили після аварії і мали підвищене серцебиття під час надання невідкладної допомоги, телефонну сесію з реструктуризацією досвіду, або ж підтримуючу контрольну інтервенцію за кілька днів після аварії. Пацієнти, що отримали телефонну сесію, демонстрували значно знижені симптоми ПТСР. Затик та інші (134) забезпечив колаборативну допоміжну інтервенцію, що включала в себе виявлення симптомів синдрому та підтримку 34м випадковим вцілілим від навмисних та ненавмисних ушкоджень. За місяць після травми пацієнти, що отримували інтервенції, демонстрували значно знижені симптоми ПТСР та депресії у порівнянні з контрольними пацієнтами, але здобутий ефект не зберігався при огляді через 4 місяці. В наступному дослідженні ефективності за участі 120-ти пацієнтів з травмою, Зацік та інші (131) продовжили процедуру по догляду задля включення когнітивно-поведінкової терапії та медикаментозного лікування. У порівнянні з контрольною групою, що вела звичний

спосіб життя, пацієнти, що отримали комбіновані інтервенції, демонстрували статистично значуще попередження ПТСР, що співпало з початком ініціації використання фактичних даних для лікування.

В нерандомізованому дослідженні Бордоу та Перріт (132) провели втручання у 70 чоловіків, які вижили після автомобільної аварії. У пацієнтів, яким було проведено втручання, спостерігався менш виражений симптоматичний дистрес, аніж в контрольній групі пацієнтів, у яких зовсім не проводилося втручання, або був відстрочений контакт через 3 місяці після ушкодження. Потрібно проведення більшого дослідження, щоб з'ясувати, чи потребують ці початкові втручання доповнення іншими доведеними психотерапевтичними та психофармакологічними засобами, щоб запобігти розвитку хронічного ПТСР.

4. ІНШІ ВИДИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Нові психотерапевтичні підходи продовжують розвиватися та використовуватися в лікуванні тих, хто вижив після травм з ПТСР. Як і з втручаннями, що розроблялися раніше, дуже важливо, щоби початкові невеликі дослідження продовжувалися рандомізованими, контрольованими дослідженнями, щоб встановити ефективність. Недавні невеликі дослідження, що базувалися на терапії через Інтернет (413, 414) та рекреаційні лікування, запропоновані групою Аутворд Баунд (415, 416) показали потенційно сприятливі ефекти на симптоми та функціональні результати.

В пілотному дослідженні, Gidron et al. (417), аналізувався вплив письмового емоційного розкриття на психічне та фізичне здоров'я ізраїльських пацієнтів з ПТСР. Від одного до трьох років після травми суб'єкти були рандомізовано розподілені до умов розкриття, або до умов звичайного письмового контролю. Пацієнтів з групи умов розкриття протягом трьох днів просили 20 хвилин писати про найбільш травматичний досвід, а потім в короткому стислому форматі розповісти про найбільш тяжкі моменти, які вони описували. Контрольні суб'єкти писали про їхні плани на день, без емоційного вмісту а потім обговорювали одну щоденну діяльність. Дослідники помітили, що коротке повернення до травматичної розповіді може мати зворотній результат. Пацієнти з розкриттям мали вищий рівень негативного ефекту негайно після написання ніж пацієнти з контрольної групи, та показали зростання симптомів уникнення. Пропорція емоційних слів в описанні травми було пов'язане з симптомами ПТСР інтрузіями та уникнення. Пропорція слів про фізичне здоров'я передбачувала більшу кількість візитів до медичних установ у майбутньому.

Моніторинг інтрузій також був запропонований як лікувальний захід (418), та вивчався на 6 індивідуумах з ПТСР. Суб'єктам були надані інструкції, як моніторити інтрузії, - наприклад, «постарайтеся не думати про це», «думайте, як хочете», «давайте собі раду з цим», - протягом 2-х місяців, потім були оцінені, та потім через 3 місяці. Із шести чоловік, які підлягали такому підходу, тільки у одного спостерігалися симптоми ПТСР наприкінці дослідження, інші були вилікувані. Не зважаючи на те, що маленька вибірка лімітує можливість авторів статистично оцінити різницю, таке інноваційне лікування специфічних симптомів відкриває майбутні напрямки можливих втручань сфери охорони здоров'я, що можуть знизити потребу в специфічному лікуванні.

Відносно нових технік, ключовим питанням є, чи вони містять в собі активні компоненти ефективно-доведених втручань при ПТСР. Наприклад, огляд вивчення кейсів лікувальних ритуалів американців, які застосовувалися в лікуванні тих, хто вижив після травми, таких як вологе приміщення та шаманічні лікувальні церемонії, навело на думку, що такі технології мають елемент емоційного впливу (419, 420). Такі «культурально

чуйні» втручання можуть комбінуватися з «активними» ПТСР компонентами втручання з соціально-прийнятною модальністю, які збільшують модальність, та знижують припинення терапії.

С. ФАРМАКОТЕРАПІЯ

1. Антидепресанти

А) СІЗЗС (селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну)

СІЗЗС є найбільш вивченими медикаментами в дослідженні лікування ПТСР. Вісім рандомізованих контрольованих досліджень вивчали СІЗЗС. Такі дослідження часто великі, спонсоровані медичною індустрією, включають дослідження зі сотнями осіб. Основним результатом є те, що СІЗЗС значно ефективніші ніж плацебо.

В дванадцяти-тижневому рандомізованому контрольованому дослідженні сертраліну, Девидсон етс (421) 208 цивільних чоловіків та жінок рандомізовано розподілялися на тих, що отримують медикамент або плацебо. Особи, які лікувалися СІЗЗС більш вигодоно демонстрували значний клінічний відгук, що виявлявся як мінімум у 30% редукції симптомів ПТСР, та демонстрували загальне покращення симптомів (покращення спостерігалися у 60% лікованих сертраліном суб'єктів, у порівнянні з 38% у плацебо-групі). В дослідженні з аналогічним дизайном з окремою вибіркою 187 цивільних осіб, що рандомізовано отримували сертралін або плацебо, відгук був 55% у сертралін-групі, у порівнянні з 35% в плацебо-групі (144). Два рандомізовані клінічні дослідження з пароксетином також мали сприятливі результати. В одному з них 551 цивільних чоловіків та жінок рандомізовано отримували 20мг/день пароксетину (N=183), 40 мг/день пароксетину (N=182) та плацебо (N=186). Особи в двох групах, що отримували ліки, не відрізнялися між собою, але показали значне покращення всіх трьох кластерних симптомів ПТСР, загального стану, соціального та професійного функціонування (141). В другому великому дослідженні з пароксетином, 307 цивільні люди рандомізовано отримували медикамент або плацебо з аналогічними позитивними результатам. Група, що отримувала ліки, продемонструвала значно кращі зміни відносно всіх трьох кластерних симптомів ПТСР, загального стану, та функціональних можливостей (на роботі, в соціальній взаємодії, та в сімейних стосунках) (145). На відміну від результатів з сертраліном, які були позитивні для жінок, але не для чоловіків (можливо тому, що мало чоловіків брали участь у цьому дослідженні), пароксетин був однаково ефективний як у чоловіків, так і у жінок. Результатом цього великого багатошкального, мультицентрового рандомізованого клінічного дослідження стало те, що СІЗЗС тепер вважаються першим вибором фармакотерапевтичного лікування ПТСР, та обидва, сертралін та пароксетин, були схвалені Американським бюро по контролю за продуктами харчування та ліками, як рекомендоване лікування ПТСР. Рандомізоване клінічне дослідження з флуоксетином також мало позитивні результати. В цьому дослідженні 301, переважно, білих чоловіків, не-американців, ветеранів миротворчих військ Об'єднаних Націй рандомізовано отримували медикамент, або плацебо. Група, що отримувала СІЗЗС мала значно більше поліпшення у зменшенні симптомів ПТСР та загальному функціонуванні, ніж плацебо-група (146). Відкриті дослідження (циталопраму (278) та флувоксаміну (150)) також були обнадійливими.

Декілька довготермінових досліджень продовження та припинення лікування сертраліном також заслуговують на увагу. 55% пацієнтів, які не дали позитивну реакцію на сертралін протягом 12 тижнів лікування, показали позитивний результат, коли терапія була продовжена ще на 24 тижня (279). При припиненні лікування сертраліном у

пацієнтів, що мали позитивний відгук, у шість раз частіше виникали рецидиви, ніж у тих, кому лікування продовжували (148, 280).

В доповнення до виявлення редукції симптомів ПТСР дослідження сертраліну та флуоксетину довели, що лікування СІЗЗС сприяє покращенню функціонального стану і якості життя та припинення лікування пов'язується з погіршенням якості життя та функціонування на додаток до рецидиву симптомів.

Підсумовуючи, у коротко- та середньострокових дослідженнях, СІЗЗС довели ефективність для симптомів ПТСР та зв'язаних з ними функціональних проблем. Пацієнти, у яких спостерігається добрий відгук потребують продовження терапії для підтримання клінічного результату.

В) Друге покоління антидепресантів

Не зважаючи на те, друге покоління антидепресантів активно застосовується для лікування депресій та тривожних розладів, жодного рандомізованого контрольованого дослідження цих препаратів для лікування ПТСР не проводилось. Найбільш вивчений медикамент, нефазодон, можливо ефективний в лікуванні ПТСР, тому що він, як і СІЗЗС підтримує серотонергічну активність. Насправді, декілька відкритих досліджень показали, що нефазодон може бути ефективним в лікуванні всіх трьох кластерних симптомів ПТСР, особливо у пацієнтів з резистентністю до лікування (422-426). Нефазодон також має перевагу тому, що він краще переноситься, ніж СІЗЗС, але вимагає уваги, бо може викликати незворотно та загрожуючу життю печінкову недостатність.

Позитивні звіти з малих відкритих випробувань тразодону (427), бупропіону (428), венлафаксину (429) і міртазапіну (430) не забезпечують зараз достатнього доказу щоб засвідчити ефективність якогось з цих препаратів для пацієнтів з ПТСР; одне подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження з міртазапіном теж вказує на його ефективність (431). Тразодон має унікальну нішу в лікуванні тому що його серотонінергічна дія синергічна з СІЗЗС, в той час як його седативні можливості є дієвим антидотом до пов'язаної з СІЗЗС інсомнією, а порушення сну часто є центральними в клінічній картині ГРС та ПТСР. Ефективність таких препаратів при ГРС або у травмованих осіб, що не відповідають всім діагностичним критеріям ПТСР вимагає подальшого дослідження.

С) Трициклічні антидепресанти

У трьох рандомізованих контрольованих випробуваннях з трициклічними антидепресантами усі особи були ветеранами В'єтнаму, які лікувались від ПТСР в госпіталях. У дослідженні, коли 60 ветеранам було рандомізовано призначено приймати трициклічні антидепресанти – іміпрамін (N=23, середня доза 225 мг/день), інгібітор MAO фенелзін (N=19, середня доза 68 мг/день) і плацебо (N=18), в результаті чого іміпрамін призвів до значно більшого поліпшення, ніж плацебо, але не настільки, як фенелзін (151) (дивіться більше детально у наступному розділі V.C.1).

У 8-тижневому випробуванні коли 40 ветеранам було рандомізовано призначено приймати або трициклічний антидепресант амітриптилін (N=22, середня доза 169 мг/день) і плацебо (N=18), відповідь була у 47% пацієнтів, що приймали амітриптилін порівняно з 19% у осіб, що приймали плацебо, різниця була статистично важливою (152) Разом обидва дослідження показали, що лікування трициклічними антидепресантами приводить до загального покращення і зменшення симптомів повторного переживання. Слід зазначити, тим не менш, що в третьому опублікованому рандомізованому контрольованому дослідженні, в якому приймали участь лише 18 ветеранів, рандомізовано розподілених

отримувати трициклічний антидепресант дезипрамин (середня доза 165 мг/день) чи плацебо протягом 4 тижнів, відповіді на лікування не було жодній з груп. (153) Кількісний аналіз всіх випробувань (рандомізовані контрольовані дослідження і відкриті дослідження) з цими препаратами показав, що трициклічні антидепресанти в цілому призводять до загального покращення і редукції симптомів повторного переживання (432). Таким чином, хоч ведення випадку за допомогою трициклічних антидепресантів може бути складнішим, ніж з більш новими препаратами, трициклічні антидепресанти є ефективними лікарськими засобами, що досі мають потенціальну роль в лікуванні ПТСР.

Роберт та інш.. (433) порівнював іміпрамін з хлоралгідратом в рандомізованому клінічному випробуванні.. 25 дітей, віком 2-19 рр. з симптомами ГСР і госпіталізовані у опікове відділення з важкими пошкодженнями(з загальною опіковою поверхністю 45%), отримували або іміпрамін (1мг/кг, з максимальною дозою 100 мг/день) чи хлоргідрат (25 мг/кг, з максимальною дозою 500 мг/день). Після 7 днів лікування симптоми ГРС зменшились у 83 % пацієнтів, що отримували іміпрамін порівняно з 38% тих, хто лікувався хлоралгідратом. Підсумовуючи, 10 з 12 дітей, які приймали іміпрамін, мали позитивну відповідь на лікування. На жаль, не було довготермінового обстеження після закінчення випробувань – тому незрозуміло, чи раннє лікування трициклічними антидепресантами попереджує розвиток ПТСР. Це дослідження є найкращим прикладом того, що активна фармакотерапія може бути ефективною в лікуванні пацієнтів з гостро травмованих

d) Інгібітори моноаміноксидази

Два рандомізованих контрольованих дослідження було проведено з інгібітором МАО фенелзіном. Під час 8-тижневого дослідження ветеранів В'єтнаму, про яких згадували вище – 60 особам було рандомізовано призначено приймати ІМАО фенелзін (N=19), трициклічний антидепресант іміпрамін (N=23) або плацебо (N=18) (151). У оцінці за шкалою впливу подій, обидві групи, які приймали ліки мали значно кращий результат ніж група з плацебо, з 44% покращення у осіб, що отримували фенелзін, порівняно з 25 % покращення серед осіб, що отримували іміпрамін. Різниця між групами з ІМАО і трициклічним антидепресантом була статистично важливою. (151).

Застосування ІМАО як класу препаратів для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) також підтвердив окремий звіт про успішне відкрите дослідження моклобеміду (434), оборотного інгібітора моноаміноксидази типу оклобемід, що є наразі недоступним в США, показав багатообіцяючі результати (434) під час 12-тижневого відкритого випробування у складі двадцяти учасників. Наприкінці випробування 11 учасників вже не відповідали діагностичним критеріям ПТСР, була значна редукція вираженості симптомів ПТСР та і значне покращення загального функціонування. В доповнення до дослідження з фенелзіном два рандомізованих контрольованих випробування брופароміну, унікального препарату – ІМАО та СЗЗС, що ще не доступний на ринку, продемонстрували деяке зменшення симптомів ПТСР(135, 435). У результаті, є два звіти з мета-аналізом, що синтезували результати попередніх опублікованих досліджень (432, 436). Хоча є і негативні звіти, загалом ІМАО зменшують вираженість симптомів ПТСР з особливим впливом на симптоми повторного переживання та приводять до покращення загального клінічного стану. При порівнянні трициклічного антидепресанту (іміпрамін) та ІМАО (фенелзін), останній виявився більш ефективним, хоча трициклічний антидепресант був все ще ефективнішим, ніж плацебо (151). Небажання лікарів призначати ІМАО в цілому пов'язане з побоюванням щодо можливості пацієнтів дотримуватися дієти без тираміну, а також утримуватися від алкоголю, наркотиків та інших ліків, що несумісні з ІМАО (СЗЗС, стимулятори ЦНС, протизастійні, протинабрякові засоби та меперидін). Проте, важливо зауважити, що препарати ІМАО

клінічно ефективні і багато пацієнтів можуть дотримуватися зазначених обмежень. Нарешті зворотній інгібітор МАО типу А набагато простіше призначати клінічно, адже пацієнтам не потрібно дотримуватися дієтичних або фармакологічних обмежень.

2. Бензодіазепіни

Хоча бензодіазепіни довели свою дієвість у лікуванні генералізованого тривожного розладу, їх не можна рекомендувати для монотерапії пацієнтів з ПТСР. Незважаючи на поширене використання їх у лікуванні ПТСР, їх корисність у лікуванні ПТСР не була оцінена як корисна. Альпразолам досліджувався лише у одному відповідному рандомізованому контрольованому випробуванні за участю 10-ти цивільних та ветеранів, які лікувалися протягом п'яти тижнів (437). Бензодіазепін був неефективним проти симптомів ПТСР: повторного переживання та уникнення хоча і покращив сон та знизив прояви загальної тривоги. Повернення тривоги, пов'язане з лікуванням альпразоламом також спостерігалось під час цього дослідження. На додаток, був описаний синдром відміни після закінчення прийому бензодіазепіну, що характеризувався вираженою екзацербациєю симптомів ПТСР (158). Хоча обмежена серія відкритих досліджень може доказати зменшення інсомнії та основних симптомів ПТСР у гостро травмованих пацієнтів, відомості щодо позитивного довготермінового ефекту не повідомлялися, а контрольоване випробування не виявило переваги над плацебо (156). Навпаки, раннє призначення бензодіазепінів були пов'язані з частішими випадками симптомів ПТСР у 1-та 6-місячний період після завершення лікування (157).

3. Інші медикаменти

Для лікування ПТСР досліджувалися різноманітні класи психофармакологічних препаратів. Первинні відкриті та рандомізовані випробування карбамазепіну (160), вальпроєвої кислоти (161, 162) та ламотриджіну (163) говорили про те, що ці препарати можуть бути ефективними у досягненні зниження симптомів окремих кластерів ПТСР. Два невеликих відкритих випробування серотонінергічного анксиолітика буспірону (439, 440) надали перспективні результати, але наразі цих даних не достатньо, щоб рекомендувати його використання. Ще два випробування (169б 441) свідчили про ефективність празозіну у лікуванні нічних жахів та інших симптомів ПТСР серед чоловіків-ветеранів бойових дій.

Оланзапін, антипсихотик другого покоління, що призначався для підсилення лікування сертраліном, продемонстрував покращення при ПТСР, депресивних і пов'язаних із сном симптомів у ветеранів В'єтнаму (166). Відкриті дослідження додаткового лікування оланзапіном та кветіапіном засвідчили зниження симптомів у ветеранів з ПТСР (165, 167). Проте, окреме вживання оланзапіну не виявило позитивного ефекту у невеликому, рандомізованому, двічі сліпому, плацебо контрольованому випробуванні за участю ветеранів-жінок (164). Невелике контрольоване дослідження рїсперідону у лікуванні хронічного ПТСР після участі у бойових діях закінчилося таким самим розчаруванням, хоча повторне переживання та загальні психотичні симптоми зменшилися (168).

Ранні повідомлення щодо клінічних випадків приводять до висновку, що ципрогептадин, антагоніст серотоніну, може полегшувати постратравматичні спогади та нічні кошмари, але рандомізоване, контрольоване дослідження Jacobs- Rebhun (442) та велике відкрите дослідження Кларка (443) спростували це. В рандомізованому дослідженні Jacobs- Rebhun 69 ветеранам у рандомізованому порядку було призначено або ципрогептадин, або плацебо. Після двох тижнів лікування у піддослідній групі, що вживала ципрогептадин, спостерігалися (невиражені) випадки загострення симптомів ПТСР, таких як якість сну та вираженість постратравматичних кошмарів (442). Велике відкрите

дослідження ципрогептадину Кларком (443) також не дало позитивних результатів. Тому, цитрогептадин не може бути рекомендованим для лікування ПТСР.

Другим препаратом з обмеженою кількістю доказів ефективності лікування депресії та панічних розладів є інозитол. Але в невеликому рандомізованому перехресному дослідженні 13 осіб, рандомізовано розподілених отримувати ліки або плацебо на протязі 4 тижнів інозитол був неефективним у зменшенні симптомів ПТСР.. (444).

Низка препаратів пройшли початкову перевірку як засоби вторинної профілактики ПТСР. Існують попередні висновки двох досліджень, котрі вказують на те, що застосування стероїдів під час стаціонарного терапевтичного/хірургічного лікування може зменшити симптоми розвитку ПТСР при тяжкому медичному стані (445, 446). В одному спостереженні за госпіталізованими юнаками з опіками, було виявлено, що пацієнти, які отримали високу дозу наркотичних анальгетиків, схильні до найменших проявів симптомів ПТСР після виписки з лікарні (447). Як було сказано вище, інше рандомізоване дослідження в одному з дитячих опікових центрів, виявляє, що іміпрамін є ефективним для полегшення ГСР (433). В окремому пілотному дослідженні використання пропранололу в лікарні невідкладної швидкої допомоги серед постраждалих учасників дорожньо – транспортних пригод було зроблено цікаві висновки: хоча не було виявлено значного впливу на ПТСР та був великий відсів досліджуваних, у пацієнтів, що отримували пропранолол було зафіксовано значне зниження фізіологічної реактивності яке зберігалось протягом трьох місяців після надання екстреної допомоги (137). В доповнення, нове контрольоване але несліпе, нерандомізоване дослідження показало, що одноразовий прийом пропранолола поліпшує певні симптоми ПТСР (172). Ці результати також варто дослідити в подальших великих рандомізованих дослідженнях.

Частина С

Подальші дослідження

Дослідження, проведені за останнє десятиліття привели до значних досягнень в розумінні епідеміології гострих та довгострокових нейробіологічних та психологічних змін, які відбуваються після стресових переживань. Під час досліджень було виявлено ряд підходів до лікування патологічних відповідей на травматичні події, включаючи ГСР та ПТСР. Не дивлячись на досить великі досягнення, майбутні дослідження мають бути направлені на розширення наявного розуміння проблеми, інформування про майбутні досягнення, профілактику та лікувальні стратегії. Наступні стратегії дослідження не є визначеними як пріоритетні, також вони не є вичерпними. Вони служать для ілюстрацію того факту, що наші знання про можливості людської реакції на травматичну стресову ситуацію знаходяться у зародковому стані і тільки починають розвиватися.

Невідкладна допомога/посттравматичне лікування.

Невідкладна (першочергова) допомога (перші години або дні після травматичного випадку), метою є зниження рівня стресової напруги, але в ідеалі вона може запобігти розвитку ГСР або ПТСР. Але наразі є дуже мало інформації про способи профілактики. Маленькі, контрольовані дослідження психотерапевтичного впливу, говорять про його ефективність (135, 136, 448), як і випадки керованого втручання на ранніх стадіях (131–134). В додаток, за результатами декількох маленьких контрольованих досліджень можна зробити висновок, що вчасне фармакологічне лікування може знизити розвиток посттравматичних симптомів (137, 172, 433). Але, великі контрольовані, довгострокові дослідження необхідні, для того щоб дослідити ефективність та результативність психотерапевтичних, психофармакологічних, психопедагогічних та допоміжних заходів

для зниження наявного стресу та розвитку ГСР або ПТСР, а також для поліпшення суспільної та професійної діяльності.

Ідентифікація факторів ризику розвитку ГСР або ПТСР.

Враховуючи широкий спектр людських реакцій на травматичні ситуації, майбутні дослідження мають бути направлені на більш глибоке розуміння того наскільки ГСР та інші діагнози та фактори пов'язані з подальшим розвитком ПТСР. Дуже корисним буде з'ясувати маркери та фактори ризику (наприклад, біологічні чи генетичні маркери, психологічні риси, життєві обставини або етнокультурні особливості), що мають вплив на розвиток або важкість ГСР та ПТСР, особливо після первісного впливу стресової ситуації, а також у подальшому її впливі (179, 449, 450). На даний момент визначені нейробиологічні маркери, які відповідають за зниження чутливості до подальшого розвитку розладів після впливу (або ризику) потенційно травматичної події (451). Подальше дослідження маркерів як для стійкості, так і до вразливості, зможуть пояснити різноманітність розвитку ГСР та ПТСР в групах, що піддаються аналогічним травматичним подіям та можуть стати ключем для природи походження цих станів. Більш точне визначення груп ризику всередині груп, що знаходяться в однакових умовах, також буде корисним для розробки методів профілактики та невідкладного втручання. На додаток до незалежних ефектів конкретних маркерів та факторів ризику, взаємодія між виявленими біологічними, психологічними та соціальними факторами в подальшому можуть міняти ймовірність розвитку ГСР та ПТСР, тому також заслуговують на більш детальне подальше дослідження.

• Пограничний та важкий ПТСР.

Люди можуть страждати від значної кількості симптомів з однієї або декількох (з трьох) груп кластерів притаманним ГСР та ПТСР але не відповідати повній картині діагнозу ГСР або ПТСР (452 – 454). Кількість таких людей може достатньо зменшитися (452, 455), якщо буде піднято питання про доцільність визначення пограничних критеріїв ПТСР. Це саме питання доцільним було б розглянути і стосовно DSM-IV-TR, адже відповідно до того, як визначається травматична подія та реакція людини на неї, що має включати в себе «сильний страх, безпорадність або жах», але під ці критерії потрапляє велика кількість людей, що скаржаться на оніміння або проявляють диссоціативні реакції (19). Для того, щоб визначити правильне лікування для людей, що мають цей діагноз та оперативно його виявити необхідно проводити подальші дослідження. Рандомізовані, контрольовані випробування ліків та терапії були спрямовані на зниження симптомів, які було легко ідентифікувати за наявними діагностичними критеріями для ПТСР; ці симптоми діляться на групи відповідно до їх тяжкості. Клініцисти встановили, що ГСР або ПТСР асоціюється зі змінами в системі цінностей, самосприйняті та у можливості довіряти іншим, а також у пов'язаних з ними змінами у соціальному, робочому та міжособистісному спілкуванні, що може вплинути на особисте життя людини більшою мірою ніж ті, клінічні ознаки що піддаються кількісній оцінці. Ці положення мають більший вплив на життя особистості, аніж ті, що піддаються легкій оцінці, і саме тому мають бути більш детально дослідженими. Іншим питанням, що має бути розглянуте є питання стосовно включення цих симптомів в діагностичні критерії для ПТСР або вони мають бути окремим об'єктом для діагностики (наприклад, як ті, що є наслідком попередньої або багаторазової травми). Найбільш складним є встановлення ступеню того, в якій з на даний момент проблемних сфер є покращення саме від наявних методів лікування і які підходи можуть бути найбільш ефективними для усунення наслідків хвороби. Чи варто визначати травматичне горе та сильну втрату, як окремі діагностичні елементи, деструктивна поведінка часто є основним критерієм людей, що потребують лікування (303, 456). Виходячи з того, що травматична втрата є схожою, подальше

вивчення потенційних методів лікування пролонгованого горя та горя, що призводить до недієздатності є виправданим.

Медикаментозне лікування та психотерапія. Здебільшого, вчені проводили недостатньо масштабні та тривалі дослідження психотерапії та медикаментозного лікування ГСР і ПТСР. У той час як були успішно проведені більші та добре контрольовані дослідження СІЗЗС, наразі їх не вистачає і вони вкрай необхідні практично для всіх інших доступних медикаментозних методів лікування. Нові ліки, такі як тіагабін (457), пройшли експериментальну перевірку, але також потребують більш масштабних контрольованих досліджень для встановлення їх ефективності.

Бензодіазепіни широко використовуються і є ефективними засобами для лікування інших психічних розладів, у тому числі тривожних розладів. Хоча вони можуть поліпшити сон у випадку ГСР або ПТСР, деякі дані свідчать про те, що бензодіазепіни також можуть збільшити ймовірність розвитку ПТСР (157, 438). Враховуючи широке використання і призначення цих препаратів у надзвичайних ситуаціях, необхідні контрольовані дослідження серед пацієнтів з розладами аутичного спектру і ПТСР.

Дослідження фармакологічних методів лікування також необхідні для отримання даних з покрокових або алгоритмічних підходів до вибору лікування і для того, щоб визначити роль допоміжних препаратів для пацієнтів з частковою реакцією на препарати першої лінії. Фармакокінетичні або фармакодинамічні властивості препаратів в рамках підкласів досі не вивчені з точки зору їх впливу на ефективність в лікуванні ПТСР. Результати етнічних та культурних міркувань щодо реакції на лікування мають також бути чітко сформульовані.

На нейробіологічному рівні залишаються незрозумілими механізми, за допомогою яких спеціалізовані медичні препарати змінюють передбачувані процеси перебігу захворювань. Дослідження нейробіологічних ефектів конкретних заходів може дати ключ до патофізіології цих порушень і запропонувати інші шляхи лікування.

Когнітивні та поведінкові терапії, особливо на стадії ранніх втручань, продемонстрували свою ефективність у випадку жертв сексуального насильства, міжособистісного насильства і промислових чи автомобільних аварій. Проведення цих досліджень для бойових ветеранів або інших жертв масового насильства також є важливим. Попередні висновки з інноваційної психотерапії (368, 413, 415-417) вимагають подальшого вивчення у великих контрольованих випробуваннях. Створення інструкцій щодо нових і традиційних видів психотерапії є одним із підходів, які можуть стимулювати проведення більш суворих досліджень. Враховуючи широке використання психодинамічної психотерапії, особливо важливим є заохочення контрольованих досліджень щодо вивчення використовуваних методів та їх ефективності.

У клінічній практиці, психотерапевтичні підходи найбільш часто використовуються в поєднанні один з одним. Незалежно від теоретичної направленості, клініцисти використовують елементи психодинамічної терапії, підтримуючу терапію, когнітивно-поведінкову терапію, або інші підходи, що включають різні ступені образного впливу або впливу в природних умовах. Ідентифікація ефективних субкомпонентів різних когнітивних і поведінкових терапій і ДПДГ у форматі дослідження не була проведена, і ще менше нам відомо про ефективні субкомпоненти цих методів лікування в типових клінічних аудиторіях. Досліджень комбінації різних психотерапій також недостатньо (177, 397, 458). Необхідні також випробування ефективності, які оцінюють, чи можуть ефективні психотерапевтичні та психофармакологічні втручання бути вигідно адаптовані для типових клінічних умов (25).

Лікування специфічних симптомів або клінічних проблем. Враховуючи змішані результати з бензодіазепінів і поширеність порушень сну в травмованих осіб (459-461), вкрай важливо визначити ліки або методи лікування, які можуть орієнтуватися на нічні кошмари і безсоння, не збільшуючи ймовірність розвитку інших симптомів у пацієнта (426, 462). Подальше вивчення може також допомогти визначити конкретні заходи, які зменшують інші специфічні симптоми у пацієнтів з розладами аутистичного спектру або ПТСР, такі як самоушкодження, навмисне завдання собі шкоди або суїцидальної поведінки (277). Допоміжна роль активної участі членів сім'ї і спільноти в підвищенні прихильності, як це було реалізовано у випадках інших важких психічних розладів, вимагає подальшого вивчення (84). Є декілька досліджень потенціалу сімейної або парної терапії для зниження симптомів або дисфункції в ПТСР (372). Вплив інших видів лікування на зниження функціональних порушень – це ще одна широка область, яка вимагає подальшого вивчення.

Узагальнення наукових досліджень до клінічної аудиторії. Що стосується більшості розладів, можливість узагальнення випробувань ліків і досліджень терапії для лікування ГСР і ПТСР часто обмежується високим рівнем виключення членів випробувань через супутні захворювання, високий рівень відсіву, а також порівняно короткого часу пост-терапевтичного періоду спостереження (277). Отже, позитивні реакції на лікування, що спостерігаються в ході проведення досліджень, не завжди можна побачити у типових пацієнтів в клінічній практиці. Довгострокові подальші дослідження також повинні бути проведені, щоб визначити, чи є довготривалими початкові досягнення від терапії чи медикаментозного лікування і чи необхідна підтримуюча терапія. Потрібні також додаткові дослідження, щоб прояснити можливі несприятливі наслідки лікування та фактори у пацієнтів, які знижують схильність до певних схем лікування (463). Випробування ефективності також необхідні для того, щоб оцінити, чи можуть ефективні терапевтичні та/або психофармакологічні втручання в ГСР або ПТСР робити значимі і довготривалі зміни у пацієнтів, які зазвичай присутні в громадських установах. Важливість ПТСР як супутнього розладу в серйозних і стійких психічних розладах, таких як шизофренія або біполярний розлад, підкреслює особливу необхідність у вивченні лікування ПТСР для цих груп пацієнтів.

Той факт, що стресові життєві події можуть викликати емоційні та поведінкові наслідки вже давно визнані. Психіатри працювали з наслідками травматичного досвіду протягом десятиліть, перш ніж діагнози ГСР і ПТСР були конкретно визначені. Лікування людей, що страждають від наслідків травматичного впливу засновувалось на клінічному досвіді, описовій літературі, і живих прикладах задовго до рандомізованих контрольованих випробувань були концептуалізовані або стали стандартом для оцінки нових даних. Ігнорування клінічного досвіду, накопиченого до цих досягнень, при підготовці досліджень буде настільки недоцільним, наскільки таким буде розгляд досліджень, проведених в рамках діючих стандартів, як таких, що гідно продемонстрували повний спектр ефективного лікування. Стандарти для збору та оцінки нових доказів розвиваються і мають бути використані у розробці майбутніх керівних принципів для оцінки і лікування психічних розладів, які виникають у зв'язку з наслідками впливу травмуючих подій.