

МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО
Факультет фізичної культури, спорту та психології
Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА (ДИПЛОМНА) РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

**на тему: «ПТСР. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА
ПРОЯВУ ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ В
УМОВАХ АМБУЛАТОРНОГО НАГЛЯДУ»**

Виконав: здобувач вищої освіти
групи М323-ф
спеціальності 053 Психологія
ОП Клінічна та реабілітаційна
Психологія
Заяць Олександр Миколайович

Керівник: канд. психол. наук,
доцент кафедри психології
Шевченко С.В.

Рецензент: психолог-методист
КЗ «Опорний заклад освіти
Малоданилівський ліцей»
Харківської області
Пономаренко О.М.

Запоріжжя – 2024

АНОТАЦІЯ

Заяць О.М.

Психологічні особливості діагностики та прояву посттравматичного стресового розладу у дітей в умовах амбулаторного нагляду

У магістерській роботі проведено теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей, які пережили травматичні події в умовах війни в Україні. Проаналізовано наукові праці вітчизняних та зарубіжних дослідників, вивчені фактори, що сприяють розвитку ПТСР у дітей, а також методи діагностики та корекції цього розладу.

Експериментально досліджено вплив військових конфліктів на психічне здоров'я дітей, зокрема виявлено, що більшість дітей, які стали свідками насильства, бомбардувань або втрати близьких, демонструють клінічні прояви ПТСР. Встановлено, що найбільш поширеними симптомами є інтрузії, афективне збудження та погіршення когнітивного функціонування. Результати дослідження підтверджують, що ПТСР розвивається у 20-30% дітей, які пережили травматичні події.

Розроблено програму корекційних заходів, спрямовану на підтримку дітей, що пережили травму, з акцентом на важливість своєчасної психологічної допомоги. Визначено роль амбулаторного нагляду у виявленні та лікуванні ПТСР, що включає активне залучення батьків та мультидисциплінарний підхід у лікуванні.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, діти, амбулаторний нагляд, психологічна підтримка, військові конфлікти, симптоми ПТСР, корекційні заходи.

SUMMARY

Zayats O.M.

Psychological Features of Diagnosing and Manifesting Post-Traumatic Stress Disorder in Children Under Outpatient Supervision

This master's thesis explores the psychological characteristics of post-traumatic stress disorder (PTSD) in children who have experienced traumatic events, particularly in the context of the ongoing war in Ukraine. The work includes a theoretical analysis and empirical study of the manifestations of PTSD, as well as the diagnostic methods used in outpatient settings.

The research analyzes the works of both domestic and international scholars regarding the impact of traumatic experiences on children's mental health. It identifies key factors that contribute to the development of PTSD in children, including the prevalence of symptoms such as intrusions, emotional arousal, and cognitive impairment. The study confirms that PTSD is diagnosed in 20-30% of children who have faced traumatic events.

The thesis also emphasizes the importance of timely psychological support and presents a program of corrective measures aimed at assisting children who have experienced trauma. It highlights the role of outpatient supervision in the detection and treatment of PTSD, advocating for active parental involvement and a multidisciplinary approach to treatment.

Key words: post-traumatic stress disorder, children, outpatient supervision, psychological support, military conflicts, PTSD symptoms, corrective measures.

РЕФЕРАТ

до кваліфікаційної роботи

на тему: «ПТСР. Психологічні особливості діагностики та прояву постратматичного стресового розладу у дітей в умовах амбулаторного нагляду»

здобувача вищої освіти Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького денного відділення спеціальності 053 Психологія, освітньої програми «Клінічна та реабілітаційна психологія» Зайця Олександра Миколайовича.

Науковий керівник – канд. психол. наук, доцент кафедри психології Шевченко Світлана Віталіївна

Актуальність дослідження. Проблема дітей, постраждалих від агресії окупаційних військ, є надзвичайно актуальною в умовах війни в Україні, що триває з 2014 року. З початком повномасштабного вторгнення Росії 24 лютого 2022 року, багато дітей опинилися під загрозою життя та безпеки, вимушені покидати свої домівки та шукати притулок.

Військові конфлікти завжди мають серйозні наслідки для дітей, які стають свідками насильства, втрат близьких та руйнування домівок. Окупація, ракетні обстріли та необхідність шукати притулок негативно впливають на фізичне і психологічне здоров'я дітей, їхній психосоціальний розвиток та освіту. Війна призводить до розвитку постратматичного стресового розладу (ПТСР), який є одним з найпоширеніших наслідків травматичних подій.

За оцінками ВООЗ, кожна четверта людина в Україні під загрозою розвитку серйозних психічних розладів, зокрема ПТСР. Очікується, що понад 15 мільйонів українців потребуватимуть психологічної підтримки через конфлікт. Значна частина дітей, які пережили війну, проявлять клінічні ознаки ПТСР.

Незважаючи на ці прогнози, існує ризик пропустити початок цього розладу у дітей та не надати своєчасну допомогу. Проблема виявлення та лікування ПТСР у дітей в умовах війни потребує підвищеної уваги з боку батьків, вихователів та медичних працівників.

Отже, дослідження психологічних особливостей прояву та перебігу ПТСР у дітей, які пережили травматичні події війни, є надзвичайно важливим для покращення їхнього добробуту.

Метою магістерського дослідження є теоретичне вивчення й емпіричне дослідження клініко-психологічних особливостей діагностики та прояву посттравматичних стресових розладів у дітей в умовах амбулаторного нагляду.

Об'єкт дослідження – ПТСР у дітей в умовах амбулаторного нагляду.

Предметом дослідження є клініко-психологічні особливості діагностики та проявів посттравматичних стресових розладів у дітей, що знаходяться в умовах амбулаторного нагляду та війни.

Завданнями дослідження визначено:

1. Проаналізувати теоретичні засади прояву ПТСР у дітей.
2. Емпірично дослідити особливості діагностики та прояву ПТСР у дітей в умовах амбулаторного нагляду.
3. Визначити роль психологічного амбулаторного нагляду у виявленні посттравматичних стресових розладів у дітей.
4. Проаналізувати, узагальнити та систематизувати ефективні психодіагностичні методи і підходи до роботи з дітьми в умовах амбулаторного нагляду.

Експериментальною базою дослідження була дитяча амбулаторія в одному з районів м. Києва. Дослідження проводилось упродовж квітня-вересня 2024 р. У дослідженні ПТСР у дітей брали участь 30 дітей та підлітків від 7 до 18 років, що знаходяться на амбулаторному нагляді.

Серед **методів роботи** були застосовані: (1) **аналітико-вибірковий метод** проведено аналіз документів, медичних баз даних, записів медичних карток, звітів та інших документів, що містять інформацію про дітей, які отримують амбулаторний нагляд; (2) **метод анкетування** з застосуванням стандартизованих скринінгових опитувальників, спрямованих на оцінку рівня стресу, ступеню впливу, визначення типу травматичної події та симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей; (3) **клініко-анамнестичний** та соціально-

демографічний методи застосовувався для збору/уточненню паспортних даних, скарг, анамнезу *morbi*, анамнезу *vita*, загального огляду дітей; (4) **психодіагностичний метод** - структуроване клінічне інтерв'ю, індивідуальні бесіди з дітьми та батьками, під час яких збиралися докладні дані про наявність симптомів посттравматичного стресового розладу; та (5) статистичний метод.

Практичне значення дослідження: (1) визначити особливості діагностики та перебігу ПТСР у дітей, що знаходяться на амбулаторному нагляді; (2) виявити помилки та недоліки в своєчасному діагностуванні (лікарі «не бачать» ПТСР, хоча він є vs «бачать» ПТСР, хоча його не має); (3) і привернути увагу медичного персоналу, вчителів та батьків до проблеми психічної травми та її наслідків, що виникають при несвоечасному виявленні.

Наявність інформації про клініко-психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у дітей, зокрема, симптоми і прояви, дозволить своєчасно діагностувати та надавати психологічну допомогу дітям, які пережили військові дії або продовжують перебувати під постійним впливом раніше згаданих стрес-факторів. Все це може мотивувати сімейних лікарів, педіатрів, психологів та інших медичних працівників амбулаторного нагляду за дітьми бути більш уважними під час обстеження, досягати кращої ідентифікації ризиків та сприятиме покращенню амбулаторного нагляду за дітьми.

Теоретичне та наукова значущість дослідження полягає в (1) розумінні поширеності посттравматичного стресового розладу серед дітей нашої країни; (2) вивчені факторів, що сприяють появі посттравматичних стресових розладів у дітей, їх величину та тривалість. (3) виявлені нових, специфічних для України симптоми та ознаки, особливості розвитку та перебігу ПТСР у дітей, або підтвердити попередні міжнародні практики.

Базуючись на цих знаннях можна розробити ефективні методи профілактики, діагностики та лікування. Інформація про те, як посттравматичні стресові розлади впливають на психічне та фізичне здоров'я дітей, може надихнути на розробку програм навчання спеціалістів, студентів і довготривале планування соціально-психологічної підтримки.

За результатами теоретико-експериментального дослідження психологічні особливості діагностики та прояву посттравматичного стресового розладу у дітей в умовах амбулаторного нагляду можна зробити наступні **висновки**:

1. Складність діагностики ПТСР: Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей є складним і багатогранним процесом, що вимагає комплексного підходу. Діти різного віку сприймають і виражають емоції по-різному, тому важливо використовувати адаптовані інструменти, які відповідають їхньому віковому розвитку. Діагностичні інструменти повинні бути простими та зрозумілими для дітей, щоб забезпечити точність оцінки. Крім того, реакція на стрес може варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей, таких як темперамент і наявність підтримки. Клінічне інтерв'ю є важливим етапом, оскільки дозволяє фахівцям отримати детальну інформацію про переживання дитини в комфортній обстановці. Залучення самозвітних інструментів також є важливим для об'єктивної оцінки стану дитини. Для точності діагнозу необхідно залучати фахівців з різних галузей, що забезпечує комплексний підхід до оцінки психічного здоров'я дитини.
2. Важливість раннього виявлення: Раннє виявлення симптомів ПТСР є критично важливим для запобігання розвитку серйозних психічних розладів. Багато дітей не звертаються за допомогою через соціальну стигму, що ускладнює доступ до підтримки. Активний скринінг у групах ризику дозволяє виявити дітей, які можуть страждати від наслідків травматичних подій. Вчасне виявлення симптомів дає можливість провести відповідні інтервенції, що суттєво покращують психічне здоров'я дітей і запобігають подальшим ускладненням. Це підкреслює важливість раннього виявлення як ключового фактора у забезпеченні психічного благополуччя дітей.
3. Роль батьків у процесі діагностики: Батьки відіграють важливу роль у процесі діагностики ПТСР, оскільки можуть надати цінну інформацію про поведінку та емоційний стан своїх дітей. Вони часто є першими, хто помічає зміни в настрої та поведінці дитини після травматичних подій. Однак, покладаючись

лише на їхню інформацію, можна отримати неповну картину, оскільки батьки можуть недооцінювати серйозність симптомів. Залучення дітей до оцінки їхнього психічного стану є критично важливим для отримання точної інформації про їх переживання. Спілкування в безпечній обстановці дозволяє дітям відкрито ділитися своїми думками і почуттями, що допомагає фахівцям зрозуміти, як травма вплинула на дитину.

4. Вплив травматичних подій: Травматичні події, особливо пов'язані з військовими конфліктами, мають значний вплив на психічне здоров'я дітей. Дослідження показують, що діти, які пережили травму, можуть стикаються з різними викликами, які мають тривалі наслідки для їхнього емоційного та психічного благополуччя. Військові конфлікти можуть призводити до травматичних переживань, таких як бомбардування, втрати близьких та фізичне насильство, що викликає симптоми ПТСР. Діти, які пережили кілька травм, можуть мати більш виражені симптоми, що підкреслює необхідність раннього виявлення та своєчасного втручання для підтримки їхнього психічного здоров'я.
5. Симптоми ПТСР у дітей: Найбільш поширеними симптомами ПТСР у дітей є інтрузії та погіршення когнітивного функціонування. Інтрузії проявляються у вигляді повторних спогадів, кошмарів та флешбеків, що викликає сильний страх і тривогу. Погіршення когнітивного функціонування може проявлятися в труднощах з концентрацією уваги та пам'яттю, що негативно впливає на навчання та соціальні взаємодії. Травматичний досвід може також впливати на самооцінку дітей, призводячи до депресивних симптомів. Важливо враховувати, що ці симптоми можуть мати тривалий характер і впливати на всі сфери життя дитини, включаючи стосунки з родиною та однолітками.
6. Необхідність комплексного лікування: Комплексне лікування дітей з ПТСР є критично важливим для відновлення їх психічного здоров'я. Лікування повинно бути індивідуалізованим, оскільки кожна дитина має унікальний досвід травми та різні потреби. Мультидисциплінарний підхід, що включає психологів, психіатрів, соціальних працівників та терапевтів, дозволяє

врахувати всі аспекти життя дитини. Сімейна терапія може покращити взаєморозуміння між членами родини та забезпечити підтримку. Важливо використовувати різноманітні терапевтичні методи, адаптовані до віку та розвитку дитини, що допомагає їй виразити свої переживання та навчитися справлятися з емоціями.

Перспективи подальших досліджень: Подальші дослідження у сфері діагностики та лікування ПТСР у дітей є важливими для покращення якості медичної допомоги. Необхідно вивчити ефективність різних терапевтичних підходів та їх вплив на тривалі наслідки лікування. Дослідження повинні також зосередитися на впливі травматичних подій на розвиток дітей та культурних аспектах у лікуванні ПТСР. Це допоможе адаптувати терапію до потреб різних груп населення і розробити комплексні програми підтримки, враховуючи психічні, соціальні та освітні потреби дітей.

Рік виконання дипломної роботи - 2024 р.

Місце виконання - Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького, факультет фізичної культури, спорту та психології, кафедра психології.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОЯВУ ПТСР У ДІТЕЙ.....	8
1.1. Історичний огляд проблеми психотравма. Класифікація розладів, що пов'язані з психічною травмою та стресом. Поняття, етіологія, клінічний перебіг та діагностичні критерії ПТСР.....	8
1.2. Посттравматичний стресовий розлад у дітей.....	29
Висновки до першого розділу.....	38
РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ПТСР У ДІТЕЙ В УМОВАХ АМБУЛАТОРНОГО НАГЛЯДУ.....	40
2.1. Діагностика ПТСР. Особливості діагностики ПТСР у дітей. Опис методики дослідження.....	40
2.2. Особливості діагностики ПТСР у дітей.....	52
2.3. Опис методики дослідження.....	61
2.4. Аналіз та інтерпретація результатів.....	64
Висновки до другого розділу.....	69
РОЗДІЛ III АМБУЛАТОРНИЙ НАГЛЯД ЯК ФАКТОР ВИЯВЛЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ПТСР У ДІТЕЙ.....	71
3.1. Роль психологічного амбулаторного нагляду у виявленні та лікуванні постратравматичних стресових розладів у дітей.....	71
3.2. Ефективні психодіагностичні методи та підходи до роботи з дітьми в умовах амбулаторного нагляду.....	74
Висновки до третього розділу.....	77
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	81
ДОДАТКИ.....	89

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема дітей, які постраждали від агресій окупаційних військ, є надзвичайно актуальною, оскільки Україна перебуває в умовах відкритого воєнного конфлікту з Російською Федерацією з 2014 року.

З початком повномасштабного вторгнення окупаційних військ Російської Федерації в Україну, що розпочалося 24.02.2022 р., та триває донині, ще більше сімей, в тому числі дітей, опинилося під загрозою життя і безпеки. Багато сімей, зокрема ті, що проживають у зонах активних бойових дій, вимушені покинути свої домівки, шукати притулок та захист у внутрішньому або зовнішньому переселенні. Військові конфлікти та війни завжди призводять до серйозних наслідків для дітей, особливо в разі, коли вони стають свідками насильства, втрати близьких родичів, руйнування домівок та доступу до основних життєвих потреб [2, с. 20].. Окупація, щоденні ракетні обстріли та звуки повітряної тривоги, необхідність денно й нічно шукати притулку та бігти до небезпечних бомбосховищ, неможливість повноцінно відвідувати навчальні, творчі, спортивні заклади розвитку дитини, - всі ці чинники мають серйозний вплив на фізичне та психологічне здоров'я дітей, психосоціальний розвиток, розумову та емоційну діяльність, освіту та їх загальний добробут [34, с. 209]. Дітям, які стають жертвами цього конфлікту, шкодається їхнє дитинство та майбутнє.

Як вже було сказано, війна має серйозний вплив на ментальне здоров'я дітей, й як наслідок - посттравматичний стресовий розлад (далі ПТСР) є одним з найпоширеніших результатів такого впливу [14, с. 30]. У дітей, які стикаються зі стресорами, що супроводжуються війною, виникають психологічні та емоційні проблеми, що можуть привести до функціональних, а в подальшому органічних змін в фізичному здоров'ї.

Епідеміологічна ситуація з поширенням посттравматичного розладу в Україні на цей час наступна. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, наразі кожна четверта людина в Україні перебуває під загрозою розвитку серйозних психічних розладів. Внаслідок триваючої війни понад 8,5 мільйона українців під

загрозою розвитку психічних розладів, таких як депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), як зазначив Мішель Казацький, спеціальний радник Європейського регіонального офісу Всесвітньої організації охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я очікує, що понад 15 мільйонів українців потребуватимуть психологічної підтримки через конфлікт [80, с. 12]. Експертні оцінки свідчать про те, що від 40% до 50% населення України потребуватиме різних рівнів психологічної допомоги; зокрема, це стосується приблизно 1,8 мільйона військовослужбовців та ветеранів, а також близько 7 мільйонів літніх людей. Крім того, оцінюється, що близько 3-4 мільйонів людей потребуватимуть медикаментозного лікування. Після війни, як очікується, принаймні один з п'яти осіб відчує негативний вплив на своє психічне здоров'я [27, с. 748]. За даними Міністерства охорони здоров'я, ПТСР може розвинутися у 20% до 30% тих, хто пережив травматичні події. Схожа, але трохи інша оцінка представника ВООЗ Ярно Хабіхта вказує на те, що близько чверті населення України — майже 10 мільйонів людей — страждатимуть від станів, таких як тривога, стрес і ПТСР. ВООЗ прогнозує, що до 2025 року один з двох українців може зіткнутися з психічними проблемами. Деякі експерти вважають, що психологічна реабілітація українців після конфлікту може зайняти до 20 років.

З початку російської агресії проти України відбулося значне переміщення дітей з їхніх домівок, і оцінки свідчать, що ця кількість коливається від 4 до 5 мільйонів. Очікується, що значна більшість цих дітей проявлять клінічні ознаки, що відповідають посттравматичному стресовому розладу (ПТСР), за словами Володимира Мартинюка, голови Ради Української академії дитячої інвалідності.

Але незважаючи на оцінки й прогнози стосовно кількості ментальних розладів та вплив агресивних факторів (стресорів), що тривають і можуть привести мільйони наших дітей до групи ризику розвитку ПТСР, існує загроза пропустити початок цього підступного розладу у дитини і не надати таку важливу своєчасну допомогу [2, с. 20].

Проблема своєчасного виявлення і лікування ПТСР у дітей в умовах війни є серйозною і потребує посилення уваги батьків, вихователів в дитячих садочках та

вчителів навчальних закладів (адже 60% часу діти проводять в школах, садочках); і вимагає клінічної настороженості від лікарів первинної ланки амбулаторного нагляду [27, с. 748].

Підсумовуючи все вище сказане, може впевнено сказати, що посилення уваги до проблеми своєчасного виявлення ПТСР у дітей в умовах війни, що триває, є актуальною, а психологічні особливості прояву та перебігу цього розладу у дітей є важливою темою досліджень і може мати велике значення для покращення добробуту дітей, що пережили травматичні події війни.

Метою магістерського дослідження є теоретичне вивчення й емпіричне дослідження клініко-психологічних особливостей діагностики та прояву посттравматичних стресових розладів у дітей в умовах амбулаторного нагляду.

Об'єкт дослідження – ПТСР у дітей в умовах амбулаторного нагляду.

Предметом дослідження є клініко-психологічні особливості діагностики та проявів посттравматичних стресових розладів у дітей, що знаходяться в умовах амбулаторного нагляду та війни.

Завданнями дослідження визначено:

1. Проаналізувати теоретичні засади прояву ПТСР у дітей.
2. Емпірично дослідити особливості діагностики та прояву ПТСР у дітей в умовах амбулаторного нагляду.
3. Визначити роль психологічного амбулаторного нагляду у виявленні посттравматичних стресових розладів у дітей.
4. Проаналізувати, узагальнити та систематизувати ефективні психодіагностичні методи і підходи до роботи з дітьми в умовах амбулаторного нагляду.

Експериментальною базою дослідження була дитяча амбулаторія в одному з районі м. Києва. Дослідження проводилось упродовж квітня-вересня 2024 р. У дослідженні ПТСР у дітей брали участь 30 дітей та підлітків від 7 до 18 років, що знаходяться на амбулаторному нагляді.

Серед **методів роботи** були застосовані: (1) **аналітико-вибірковий метод** проведено аналіз документів, медичних баз даних, записів медичних карток, звітів

та інших документів, що містять інформацію про дітей, які отримують амбулаторний нагляд; (2) **метод анкетування** з застосуванням стандартизованих скринінгових опитувальників, спрямованих на оцінку рівня стресу, ступеню впливу, визначення типу травматичної події та симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей; (3) **клініко-анамнестичний** та соціально-демографічний методи застосовувалися для збору/уточненню паспортних даних, скарг, анамнезу *morbi*, анамнезу *vita*, загального огляду дітей; (4) **психодіагностичний метод** - структуроване клінічне інтерв'ю, індивідуальні бесіди з дітьми та батьками, під час яких збиралися докладні дані про наявність симптомів посттравматичного стресового розладу, та (5) **статистичний метод**.

Практичне значення дослідження: (1) визначити особливості діагностики та перебігу ПТСР у дітей, що знаходяться на амбулаторному нагляді; (2) виявити помилки та недоліки в своєчасному діагностуванні (лікарі «не бачать» ПТСР, хоча він є vs «бачать» ПТСР, хоча його не має); (3) і привернути увагу медичного персоналу, вчителів та батьків до проблеми психічної травми та її наслідків, що виникають при несвоєчасному виявленні.

Наявність інформації про клініко-психологічні особливості посттравматичного стресового розладу у дітей, зокрема, симптоми і прояви, дозволить своєчасно діагностувати та надавати психологічну допомогу дітям, які пережили військові дії або продовжують перебувати під постійним впливом раніше згаданих стрес-факторів. Все це може мотивувати сімейних лікарів, педіатрів, психологів та інших медичних працівників амбулаторного нагляду за дітьми бути більш уважними під час обстеження, досягати кращої ідентифікації ризиків та сприятиме покращенню амбулаторного нагляду за дітьми.

Теоретичне та наукове значущість дослідження полягає в (1) розумінні поширеності посттравматичного стресового розладу серед дітей нашої країни; (2) вивчені факторів, що сприяють появі посттравматичних стресових розладів у дітей, їх величину та тривалість. (3) виявлені нових, специфічних для України симптоми та ознаки, особливості розвитку та перебігу ПТСР у дітей, або підтвердити попередні міжнародні практики.

Базуючись на цих знаннях можна розробити ефективні методи профілактики, діагностики та лікування. Інформація про те, як посттравматичні стресові розлади впливають на психічне та фізичне здоров'я дітей, може надихнути на розробку програм навчання спеціалістів, студентів і довготривале планування соціально-психологічної підтримки.

Дослідження наукових аспектів прояву ПТСР у дітей в умовах амбулаторного нагляду сприятиме розвитку теоретичних знань у галузі психології та допоможе розширити нашу загальну розуміння психологічного впливу воєнних подій на дітей.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОЯВУ ПТСР У ДІТЕЙ

1.1. Історичний огляд проблеми психотравма. Класифікація розладів, що пов'язані з психічною травмою та стресом. Поняття, етіологія, клінічний перебіг та діагностичні критерії ПТСР.

Проблема психічної травми та пов'язаного з нею посттравматичного розладу набули великого значення у сучасному світі, хоча саме існування цього захворювання стало невід'ємною частиною людського досвіду від самого початку. Цей факт виражається не лише в медичних записках, але й у літературних творах письменників різних епох. Сьогодні, завдяки літературі та мистецтву, ми маємо можливість глибше пізнати минуле, зануритися у первинні джерела та отримати унікальну перспективу щодо історичних подій, включаючи розгляди про психологічну травму, безпосередньо від авторів тих часів. Літописи, що зафіксують події минулого, дозволяють нам здійснити історичний огляд проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який має свої коріння у сиву давнину та, можна припустити, існує так довго, як людство стикається з травмами та стресом, спричиненими війнами, катастрофами та насильством [1, с. 45], [2, с. 20]. Таким чином, ми маємо можливість отримати уявлення про психологічні аспекти, пов'язані з цими історичними переживаннями.

Найдавніше описання впливу травматичних факторів на людську психіку походить з часів панування третьої династії Ур, останнього періоду Шумерської державності. Цей період припадав на війни, які тривали між 2112 роком до н. е. та 2003 роком до н. е. У стародавніх текстах того часу були описані почуття тривоги, безпорадності та порушення сну, спостерігалися у місцевому населенні [3, с. 25]. [4, с. 30].

Тематика, пов'язана з загрожуючими або катастрофічними факторами, зустрічається ще в творах відомих письменників, таких як Гомер, Шекспір, Діккенс та Ремарк. Фактори катастроф стосуються головних героїв їхніх творів або непрямо самих авторів [5, с. 50]. В "Одісеї" Гомера та інших творах, що писалися ще в VIII

столітті до н. е., описано порушення психіки, характерні для посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Наприклад, Одисей у "Одісі" розпитує ветерана троянської війни, який переживає спогади про воєнні події [6, с. 55]. Опис Гомера був настільки вдалим, що одна сучасна книга, присвячена наслідкам травматичного стресу у повернутих зі В'єтнаму американських солдатів, називається "Одісей в Америці: Стрес воєнний і спроби повернутися додому" [7, с. 60].

Цікавим у зв'язку з цим є спостереження і досвід полководців минулих воєн щодо управління поведінкою воїнів в період очікування бою. Наприклад, римляни під час битви при Каннах обмежували кількість шеренг, щоб уникнути передчасного виснаження психіки воїнів через вид битви. У працях Наполеона, Скобелєва та Драгомирова містяться дані про вплив психічної напруги на бойову діяльність військ. Наприклад, Суворов ретельно стежив, щоб війська не перебували у тривалому очікуванні майбутнього бою, оскільки це призводило до перенапруження психіки і зниження бойової активності [8, с. 1].

Описання психотравмуючих подій та пов'язані з ними страждання людей знайшли своє відображення в літературі всіх часів. Багато письменників в роки війни зверталися до героїчного минулого. Патріотичні ідеї переплетені з психосоціальними особливостями людей та психотравмуючими ситуаціями, які впливають на людську психіку та поведінку, знайшли своє місце в багатьох історичних романах. Загалом ця проза, створена по "гарячих слідах", не відрізнялася художньою досконалістю, а скоріше носила хронологічно-описовий характер, що в свою чергу дозволяє нам досить точно скласти уявлення про еволюцію і концепцію посттравматичного синдрому.

Подібно як перша, так і друга світова війна залишила слід трагічних спогадів у творах як зарубіжних, так і вітчизняних письменників. Практично у всіх цих літературних шедеврах можна розгледіти нагадування щодо проявів ПТСР у солдатів та мирного населення під час другої світової війни, а саме: неспокій, дратівливість, агресія, порушення сну, нічні кошмари, виснаження, порушення концентрації уваги.

Одне з перших медичних посилань на це явище походить з часів громадянської війни в Америці і відноситься до лікаря Джейкоба Мендеса Да Кости. Протягом 1861-1865 років він виявив та описав прискорення серцебиття у солдатів, що брали участь у бойових діях. Цей симптом був названий "симптомом солдатського серця" або "серцем Да Кости". Варто зазначити, що психіатричний аспект цього явища не був розпізнаний в ті часи [9, с. 12].

В 1875 році англійським хірургом Джоном Еріком Еріксом були описані психічні прояви у пацієнтів, що пережили важку травму. Еріксен вважав, що ці прояви є результатом органічних змін. Він був спеціалістом у галузі вертебрології та нейрохірургії. Герман Оппенгейм, німецький невролог і психіатр, в 1889 році, подібні порушення назвав "травматичним неврозом" і, так само як Еріксен, вважав, що вони мають органічну основу у своєму розвитку.

Під час першої світової війни інтерес до клініки та діагностики ПТСР різко зріс у зв'язку з збільшенням масштабу психічних порушень серед солдатів, що брали участь у бойових діях. Також ми знаємо, що поняття сучасного ПТСР походить від терміну "combat fatigue" чи "воєнна втома" (ще в минулому такий розлад часто називали "історією шоку" або "бойовою втратою духу"), який використовувався у Першу світову війну для опису психологічних симптомів, спостережуваних у військовослужбовців після бойових дій. Як метод лікування на той час застосовувався гіпноз. Прихильником даного методу лікування був британський військовий психіатр Карл Семюель Майєрс. Він вперше використав термін контузія або "артилерійський шок" і помітив сильну схожість цього явища з "травматичним неврозом" та істерією [10, с. 20].

Наш видатний хірург, вчений, натураліст Микола Іванович Пирогов під час Російсько-Турецької війни у 1877-1878 роках у своєму польовому щоденнику писав, що війна — це "епідемія травми" [51, с. 10].

У 1887 році французький психіатр Жан-Мартен Шарко відмітив схожість між травматичним шоком та гіпнотичним станом, а в 1889 році інший француз П'єр Жане звернув увагу на наявність фундаментальної проблеми у пацієнтів, які були нездатні інтегрувати спогади про пережиту травму. Ці важкі спогади повертались

до пацієнтів як зовсім свіжі, недавно пережиті події, з'являлися у снах або обертались поганим самопочуттям [6, с. 55].

Австрійський психіатр Зигмунд Фрейд у своїх роботах відзначав, що однією з причин розвитку істерії може бути психічний стрес. Працюючи над цією проблемою зі своїм другом та вчителем Йозефом Брейєром, Фрейд зауважив, що одне з провідних місць у розвитку істеричного неврозу займає пережита в дитинстві сексуальна травма. У подальшому Фрейд продовжив працювати над теорією сексуального насильства в ранньому віці, відповідно до якої причиною розвитку істеричних розладів був передчасний сексуальний досвід. Пізніше з цієї теорії було генеровано поняття Едипового комплексу [10, с. 20].

У 1941 році Аврам Кардінер, американський психоаналітик, опублікував свою працю "Воєнний травматичний невроз". Ця робота була результатом його досвіду лікування ветеранів першої світової війни та обсервації пацієнтів під час другої світової війни. Багато уваги Кардінер присвятив докладному описанню скарг своїх пацієнтів. Він зазначав, що у пацієнтів спостерігалась підвищена настороженість, вразливість перед небезпекою, що приводило до підвищеної дратівливості та спалахів агресії. Він вважав, що це результат впливу на психіку перенесеної травмуючої ситуації та створення механізму, який має на меті забезпечення захисту перед болісними спогадами про травму [11, с. 15]

У своїй монографії "Людина в умовах стресу", датованій 1945 роком, психіатри Грінкер і Шпігель перерахували симптоми, які проявилися у солдатів, що повернулися з полону: підвищена втомлюваність, агресія, депресія, ослаблення пам'яті, гіперактивність симпатичної системи, порушення концентрації уваги, алкоголізм, нічні кошмари, фобії і підозрілість. Згідно з даними Л. Етінгера і А. Строма, 1973 рік, подібні розлади спостерігалися і у в'язнів концентраційних таборів; вони страждали на нічні кошмари, притуплення афекту, ослаблення пам'яті та напади сильної депресії [12, с. 30].

Новий інтерес до проблеми ПТСР виник у психіатрів пострадянського простору у зв'язку з військовими конфліктами, природними та техногенними катастрофами, що трапилися в останні десятиліття. Особливо важкими за

наслідками були війна в Афганістані 1979-1989 років, аварія на Чорнобильській АЕС 1986 року, землетрус у Вірменії 1988 року [13, с. 40].

Також війна у В'єтнамі послужила потужним стимулом для досліджень американських психологів та психіатрів. У кінці сімдесятих років вони накопили значний матеріал про психопатологічні особливості розладів у учасників бойових дій. Схожа симптоматика реєструвалася і в осіб, постраждалих в інших ситуаціях, близьких за тяжкістю психогенного впливу [14, с. 30].

Незважаючи на те, що теми, зв'язані з цими розладами, мають довгу історію, вперше в 1980 році психіатр Марді Горовіц запропонував виділити симптомокомплекс, що не відповідає жодній з загальноприйнятих нозологічних форм, в окремий синдром — «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) [15, с. 1]. Пізніше група авторів на чолі з Горовіцом розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американської класифікації психічних захворювань (DSM-III), а пізніше практично без змін увійшли до МКХ-10 (DSM-5; ICD-10, 1998). Сильний вплив на визначення критеріїв ПТСР, відображених в DSM-III, мала теорія Марді Горовіца, у якій він описує психічні реакції на екстремальні ситуації. Це визначення сприяло дальшому розвитку досліджень та розумінню проблеми ПТСР. Протягом наступних десятиліть багато досліджень зосередилися на вивченні причин, симптомів та лікуванні ПТСР. Вони допомогли покращити розуміння цього розладу та розробити ефективніші підходи до терапії. Зараз проблема ПТСР вивчається в різних контекстах, включаючи воєнні конфлікти, природні катастрофи, насильство, сексуальне насильство та інші травматичні події. Інтерес до цієї проблеми постійно зростає, а відкриття нових методів діагностики та лікування роблять великий внесок у поліпшення добробуту людей, що страждають від ПТСР.

Часто в літературі можна зустріти різноманітні назви посттравматичного розладу, такі як "комбатантський синдром", "в'єтнамський синдром", "афганський синдром" і "східний синдром". Усі ці назви вказують на поширену причину розвитку ПТСР, що є посттравматичний стрес, спричинений активною участю в бойових діях. Проте ПТСР може виникати не лише у військовослужбовців, а й у

цивільного населення, що стало свідками воєнних подій (наприклад, тисячі українців на окупованих територіях), техногенних або природних катастроф, нещасних випадків або терористичних актів, травм або насильства. Крім того, відомі випадки розвитку ПТСР з інших причин. Цей стан може впливати на людей будь-якого віку та соціального статусу. Більш того, в сучасному суспільстві аббревіатура ПТСР набула статусу кліше, яке використовується для опису множини станів, що супроводжуються симптомами, подібними до наслідків переживання травматичних подій. Це явище робить нагальним чітке окреслення термінології, що використовується, аби розмежувати поняття посттравматичного стресового розладу від всього іншого та дати чітке визначення таким поняттям, як посттравматичний стрес, потенційно травмуюча подія та психічна травма.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є психічним розладом, що розвивається у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насильство, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння [18, с. 45], [51, с.12].

Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» Міжнародної статистичної класифікації хвороб-10 (МКХ-10, ВООЗ, 1992), Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні подію чи ситуацію, винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого (WHO, 1992). А вже в останній МКХ-11, яка була представлена на 144-му засіданні Виконавчої ради у січні 2019 року і затверджена в рамках 72 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВАОЗ) у травні 2019 року, ПТСР визначається як захворювання, яке може розвинутиися після впливу надзвичайно загрозливої або страхітливої події, або серії подій [19, с. 55]. Він характеризується (всім наступним): (1) повторне переживання травматичної події або подій у сьогоденні як яскраві нав'язливі спогади, флешбеки

або кошмари, що, як правило, супроводжуються сильними негативними емоціями, особливо страхом чи жахом, а також сильними фізичними відчуттями; (2) уникнення думок і спогадів про подію або події чи уникнення діяльності, ситуацій або людей, що нагадують про подію або події; (3) стійкі уявлення про підвищену поточну загрозу, наприклад, прояви гіпернастороженості або підвищена реакція переляку на стимули, такі як несподівані шуми (підвищений чотирьохпагорбний рефлекс) [19, с. 60].

Слід зауважити, що в новій редакції класифікації Американської Психіатричної асоціації - DSM-V, посттравматичний стресовий розлад тепер віднесений до розділу "Розлади, пов'язані з психічною травмою і стресом", що є зміною у порівнянні з DSM-IV, де ПТСР відносився до категорії "Тривожні розлади" [17, с. 70]. Всі стани, що включені в цей класифікаційний клас, є результатом посттравматичного стресу і передбачають такий діагностичний критерій, як «експозиція до травми або стресової події». Посттравматичний стрес (англ. Posttraumatic stress, PTS) представляє собою широкий спектр станів і розладів психіки, які можуть розвинутиися після серйозної травми, будь то фізична або психологічна. Психічна травма (ПТ): глибоке емоційне переживання, що виникає внаслідок травматичної події. Один із різновидів важкої психологічної травми – участь військового в бойових діях. Потенційно травматична подія (ПТП): будь-яка подія, яка може призвести до розвитку ПТСР.

Щоб розуміти місце ПТСР і гарно орієнтуватися в цьому середовищі, бажано розглянути всю групу разом, яка за часовим перебігом поділяється на:

- гостру стресову реакцію (від перших хвилин після травми до двох діб);
- гострий стрес учасника бойових дій та операцій (COSR – en. Combat and operational stress reaction) – комплексні порушення, терміном до чотирьох діб;
- гострий стресовий розлад – від двох днів до одного місяця (ASD - en. Acute stress disorder);
- гостру форму ПТСР (від одного до трьох місяців);
- хронічну форму ПТСР (більше ніж три місяці);

- ПТСР із відтермінованим проявом (симптоми захворювання проявилися через 6 місяців після травми або ще пізніше) [17, с. 45].

Проте оскільки дане магістерське дослідження не ставить собі за мету дослідити прояви всієї групи розладів, пов'язаних з психічною травмою і стресом, то зупинятися на детальному розгляді кожного розладу не будемо, а зосередимо увагу на проявах саме посттравматичного стресового розладу та особливостях його перебігу у дітей.

За світовою статистикою, посттравматичний стресовий розлад розвивається у 1-3% населення планети протягом життя, при цьому в окремих випадках (15%) можуть спостерігатися легкі симптоми, які самостійно зникають без спеціалізованої допомоги. Крім того, глобальні дослідження показують, що до 69% дорослого населення повідомляє про досвід потенційно травмуючих стресових подій, а лише у 25% людей, які зазнали серйозних травматичних подій, розвивається ПТСР, і у 9% з них тривають тривалі симптоми [20, с. 216]. Тривалість цього розладу може коливатися від кількох тижнів до більше ніж 30 років.

За часовою шкалою, частота виникнення ПТСР зростає: в 80-х роках вона становила 1-3%, у 90-х роках - 7-8%, а у 2000-х роках - 10-12%. З міжполів зміни відсотків інцидентів ПТСР можна відзначити, що 10,4% жінок та 5,0% чоловіків (в американській популяції) страждали цим розладом. Крім того, 55% комбатантів, які взяли участь у збройних конфліктах протягом останніх десяти років, пізніше страждали від ПТСР [25, с. 10]. Навіть серед переселенців, розповсюдженість ПТСР становить 42% [23, с. 249] і за деякими даними, навіть досягає 90% [24, с. 59]

Посттравматичний стресовий розлад у дітей є однією з найбільш поширених проблем у сфері охорони психічного здоров'я. Статистичні дані можуть варіюватись у різних дослідженнях та регіонах і розраховуватись від 3% до 7% у мирний час у загальній популяції, тоді як у групах, які зазнали впливу військових конфліктів і природних катастроф, цей показник може становити від 10% до 90% [21, с. 1048], [22, с. 256], залежно від досліджуваної вибірки, типу пережитої травми, методологій і критеріїв діагностики та зразків населення, що досліджуються.

У великому німецькому дослідженні молоді у віці від 12 до 17 років повідомлялась поширеність ПТСР у дітей і підлітків у загальній популяції в діапазоні від 6% до 16%. У дітей дошкільного віку показники поширеності в діапазоні від 13% дітей з опіками до 38% дітей, які зазнали війни. Інші дослідження з фокусом на специфічні види травм повідомляли про поширеність ПТСР за короткі періоди спостереження (зазвичай трохи більше одного місяця після травми). Таким чином, 22,5% дітей, які піддаються фізичним травмам, 34% молодих людей, які піддаються насильству в громаді в міських умовах, і 36% дітей, які піддаються жорстокому поводженню (фізичному та/або сексуальному насильству), відповідали критеріям гострого ПТСР. За даними різних досліджень травмуючого впливу ДТП, приблизно 27% дітей і підлітків відповідають критеріям ПТСР через один-два місяці зі зниженням приблизно на 13% у період через три-шість місяців.

Метааналіз дітей молодшого шкільного віку і підлітків, які зазнали травм, встановив, що в цілому 36% учасників було поставлено діагноз ПТСР. Варто зазначити, що в той час як цифри широко варіюються, очевидно, що у ситуаціях, пов'язаних з природними катастрофами, військовими конфліктами або терористичними актами, діти та підлітки можуть зазнавати впливу надзвичайно сильних і виражених травматичних чинників. Ці форми травматизації не лише завдають значної шкоди фізичному здоров'ю дітей, але й створюють атмосферу страху, небезпеки та невизначеності, що призводить до подальшої психічної травматизації.

Як ми раніше зазначали, розвиток посттравматичного стресового розладу зумовлений гострою або хронічною психологічною травмою. Але у більшості людей, які зазнали травми, не розвиваються розлади, пов'язані зі стресом. Наявність та сила самої стресової події не є єдиним визначальним фактором для розвитку ПТСР. Оцінка травми індивідом має велике значення для початку цього розладу. Ця оцінка має вплив на виникнення та тяжкість ПТСР шляхом сприйняття та обробки викликаних нею переживань. Тому важливо не лише визначити саму травматичну подію, а й зрозуміти, як вона сприймається та обробляється особистістю. Для

усвідомлення ризику формування ПТСР у дорослих та дітей необхідно перерахувати фактори та умови, які можуть сприяти його виникненню:

I. Генетичний фактор. Дослідження показують, що у 40% осіб існує генетична схильність до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) при сильних психотравмах. І серед них, у 60% випадків, спостерігається генетична дисперсія тривожно-панічної симптоматики, пов'язаної з ПТСР. Однак, у реальності, тільки 10-20% людей фактично розвивають цей розлад, тоді як 20% здатні успішно компенсувати стрес і виходити майже без ушкоджень з такої ситуації. Все це залежить від втручань, які можуть змінити траєкторію розвитку розладу. Надзвичайно важливо отримати своєчасну соціальну підтримку та психологічну допомогу. Такі коливання впливу генетичного фактора на розвиток ПТСР обумовлені, по-перше, реекспресією травмованих генів, а по-друге, протекцією експресії генів за травматичним типом ще до зіткнення з травмою. Іншими словами, те, як людину виховували в дитинстві, наскільки вона була стресостійкою, психологічно гнучкою, адаптивною та здатною обробляти стрес, визначає ймовірність розвитку ПТСР. Якщо дорослі приділяли увагу цій захистній системі, це робить половину успіху в переживанні стресу у дорослому житті [27, с. 748].

II. Індивідуально-психологічні фактори: 1) індивідуальна значущість екстремальної події; 2) емоційні особливості; 3) індивідуально-типологічні особливості; 4) провідні особистісні риси та тенденції; 5) ціннісно-смысловая сфера; 6) фрустраційна толерантність (стресостійкість); 7) особливості життєвого стилю та стратегій подолання, механізмів психологічного захисту (преморбідні особистісні особливості, ступінь залучення особистості в екстремальну подію та розвиненість стратегій подолання можуть бути як факторами ризику, так і факторами антиризiku) [27, с. 748].

III. Соціально-демографічні фактори: 1) вік (діти та підлітки, люди похилого віку більш уразливі щодо виникнення в них психопатологічних реакцій на стрес); 2) стать (у жінок частота ПТСР у середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків); 3) сімейний стан; 4) професійний статус (наявність задовільних сімейних відносин і

роботи – чинник антиризiku ПТСР); 5) належність до професій підвищеного ризiku [21, с. 1048].

IV. Фактори, пов'язані зі станом здоров'я: Наявність: 1) соматичних захворювань; 2) нервово-психічних захворювань; 3) психотравмуючих чинників в анамнезі (наявність соматичних, нервово-психічних захворювань, а також психотравмуючих факторів в анамнезі підвищує ризик розвитку ПТСР) [27, с. 748].

V. Соціальні фактори: 1) соціальна підтримка та захист на державному рівні; 2) доступність медичної допомоги та реабілітаційних програм; 3) соціально-економічний статус постраждалого (достатній рівень соціальної підтримки, доступність медичної допомоги та реабілітаційних програм, задовільний соціально-економічний статус потерпілих знижують ризик розвитку ПТСР) [20, с. 216].

VI. Соціально-психологічні фактори: 1) етнокультурні особливості (має значення властиве для тих або інших етнічних, релігійних співтовариств ставлення до смерті та страждань); 2) релігійність (релігійність окремої людини або груп населення загалом виступає як фактор антиризiku); 3) розвиненість і характер мікросоціальних зв'язків (чим більш вони розвинуті в жертви катастрофічної події, тим менший ризик ПТСР); 4) ставлення суспільства до тієї або іншої екстремальної події (зміст сформованих і функціонуючих суспільних стереотипів щодо конкретних екстремальних подій, катастроф та їхніх жертв можуть виступати як фактори ризiku, так і фактори антиризiku розвитку ПТСР) [14, с. 30].

VII. Особливості пережитої екстремальної ситуації: 1) зміст: природні, техногенні, антропогенні катастрофи, війни, терористичні акти, насильство та інше (екстремальні ситуації, породжені людиною, загалом виявляються більш травматичними, ніж природні); 2) раптовість, тривалість, інтенсивність (чим несподіваніше виникнення екстремальних подій, триваліша й інтенсивніша їхня дія, тим більше ймовірність розвитку ПТСР); 3) масовий або індивідуальний характер (загалом індивідуальна травма набуває риси унікальності та частіше призводить до розвитку ПТСР); 4) організація рятувальних робіт (гарна організація рятувальних робіт зменшує ризик ПТСР); 5) інформованість (достатній рівень

інформованості постраждалого населення знижує травматизацію); 6) наявність «вторинних» психотравмуючих факторів (їхня наявність збільшує ризик розвитку ПТСР) [27, с. 748]..

VIII. «Професійні» чинники (для професій підвищеного ризику): 1) ефективність профвідбору (особливе значення має виявлення осіб із певними особистісними особливостями, а саме – акцентуація характеру, низька стресостійкість, високий рівень тривожності й інше, що можуть стати особистісними факторами ризику розвитку ПТСР); 2) рівень професійної підготовки (високий рівень професійної підготовки – чинник антиризiku); 3) ступінь сформованості готовності до діяльності в екстремальних умовах (необхідний елемент ефективної професійної діяльності); 4) загальний стаж служби (чим більший стаж, тим вища ймовірність формування ПТСР); 5) рівень «стресогенності» професійної діяльності (чим він вищий, тим вищий ризик ПТСР); 6) рівень психопрофілактичного забезпечення професійної діяльності (адекватна психопрофілактика – чинник, що знижує ризик ПТСР).

При ПТСР можуть змінитися: активність різних зон мозку; розмір деяких структур мозку; взаємодія між структурами мозку; ритми головного мозку; концентрація нейромедіаторів [28, с. 148]. При ПТСР основні порушення стосуються таких структур мозку, як: 1) мигдалеподібне тіло - його роль полягає у швидкому розпізнаванні можливих небезпек і швидкій активації захисної реакції типу «бий або біжи». Ця зона постійно зберігає підвищену активність, що призводить до стану надпильності та до інтенсивної захисної реакції на стимули, що чимось нагадують ситуацію пережитої в минулому травми; 2) гіпокамп - пов'язаний з механізмами запам'ятовування та відтворення інформації. При ПТСР травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті й не відбувається її інтеграція в автобіографічну наративну пам'ять, тому що активність гіпокампу знижується нейроендокринними реакціями (висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі) у момент стресової події, що призводить до зменшення його розміру. Внаслідок цього можуть виникнути проблеми з пам'яттю. Зокрема, спогади про ситуацію, що травмує,

можуть бути спотвореними - безпечна ситуація може сприйматися як загрозна. Порухення інтеграційної функції гіпокампа проявляється тривалим збереженням спогадів про небезпечні ситуації та «увімкненням» захисного механізму дисоціації. Цей механізм поділяє нейронні мережі, які відповідають за різні аспекти людської свідомості. Мережа нейронів, що зберігає спогади про травматичну подію та емоційний стан, пов'язаний з нею, відділяється від "поля свідомості" [29, с. 148]. Це можна уявити як утворення ширми в свідомості, яка відокремлює "звичну зону" від травматичного минулого, від якого людина хоче "втекти і сховатися, бо воно надто болюче". Цей дисоціативний "бар'єр" у системі пам'яті часто підтримується активним уникненням травматичного матеріалу. Людина сподівається, що якщо "не згадувати, то подія забудеться сама собою". Це блокує процес інтеграції травматичної пам'яті, що веде до симптомів ПТСР; 3) островцева частка відповідає за сприйняття відчуттів власного тіла та власних емоцій (інтероцепція). При ПТСР островцева частка може бути гіперактивна (це призводить до надмірно сильного впливу фізичних відчуттів та емоцій на психологічний стан індивіда), недостатньо активна (це призводить до дисоціації, тобто втрати контакту зі своїми тілесними відчуттями та емоціями) або гіперреактивна (у такому разі спостерігається надмірна емоційна реакція на зовнішні стимули); 4) зони префронтальної кори: вентромедіальна префронтальна кора відповідає за самосвідомість та психологічну саморегуляцію, а дорсомедіальна префронтальна кора пов'язана зі здатністю до прийняття рішень та концентрацією уваги, а також із соціальним інтелектом та виконавчими функціями мозку. При ПТСР ці зони недостатньо активні, що призводить до зниження перерахованих вище здібностей; 5) поясна кора - відповідає за саморегуляцію, вона також дозволяє індивіду вибрати правильну лінію поведінки у разі конфлікту між суперечливими потребами або емоційного конфлікту. При ПТСР ця зона недостатньо активна, що призводить до труднощів у самоконтролі та прийнятті рішень; індивід також часто страждає від внутрішнього конфлікту. Порушується також взаємодія між вищезгаданими структурами мозку: знижується вплив свідомих зон мозку (префронтальної кори та поясної кори) на мигдалеподібне тіло. Це ускладнює контроль над негативними емоціями та

реакціями типу «бий або біжи» (виникнення яких пов'язане з мигдалеподібним тілом); посилюється взаємодія між мигдалеподібним тілом та острівцевою часткою. В результаті острівцева частка (відповідальна за сприйняття емоцій та тілесних відчуттів) інтенсивно реагує на неприємні відчуття та емоції, спричинені мигдалеподібним тілом. Ці відчуття та емоції сприймаються як небезпечні чи нестерпні, що посилює почуття страху та внутрішнього дискомфорту [29, с. 560].

Механізм запису травматичної інформації в пам'яті значно відрізняється від такого при звичайних подіях та характеризується порушенням нормальної схеми обробки мозком вхідної інформації. Через особливості збереження інформації про травму у структурах мозку травматичні спогади (на відміну від звичайних спогадів) з'являються незалежно від бажання людини, часто у формі флешбеків чи нічних кошмарів. В результаті те, що хоча б віддалено нагадує подію, що травмує («тригер»), буде автоматично (на рівні умовного рефлексу) викликати негайну захисну реакцію всього організму, іноді без осмислення на рівні свідомості того, що відбувається і своєї реакції на нього. При цьому людина немов «провалюється» в минуле, має таке відчуття, наче знову переживає травматичну подію. Повторне переживання травматичного спогаду сприйматиметься як реальна небезпека, яка має місце «тут і зараз», а не в минулому, відповідно активуються всі емоції, пов'язані з травмою. Ці спогади можуть також бути присутніми в снах людини буквально та символічно; її можуть переслідувати страхітливі сновидіння. Такі реакції відбуваються тому, що травматична пам'ять не інтегрується, залишається у формі імпліцитної, відповідно спогади не «архівуються», а періодично «вискакують» у свідомість людини, спричиняючи виражений дистрес – це так звані позитивні дисоціативні симптоми [29, с. 560]. При цьому неможливо зусиллям волі перестати думати про подію. Травматичні спогади не змінюються завдяки надходженню нової інформації. Наприклад, у момент події людина могла думати, що загине. Надалі він розуміє, що він живий і поза небезпекою, але при активації травматичного спогаду він знову відчуває сильний страх, наче йому загрожувала смерть. Навіть якщо ніщо у поточній ситуації не нагадує травму, організм продовжує перебувати у стані хронічного стресу. Часто лише на рівні

підсвідомості індивід сприймає кожен нову ситуацію як схожу на первинну травму. Він може несвідомо відтворювати ті захисні реакції, які мали місце на момент первинної травми. З цієї причини його захисні реакції стають негнучкими та неадекватними за умов. Постійно підвищена активність емоційних центрів мозку інгібує роботу свідомої частини мозку - це ускладнює контроль над емоціями та заважає людині використовувати логіку для аналізу ситуації. Друга група порушення запису травматичної інформації в пам'яті, пов'язана з негативними дисоціативними симптомами, описує втрату певних аспектів психічного життя, що зумовлена дисоціативними "бар'єрами". Це може бути втрата пам'яті про травматичну подію, загальне емоційне "оніміння", відчуття "відчуження" тощо. Всі ці патогенетичні зміни в мозку людини, що зазнала психічної травми, зумовлюють вкрай різноманітні клінічні прояви ПТСР, які з часом можуть змінюватися. Зазвичай перебіг ПТСР хвилеподібний. Характерним є: повторні нав'язливі тривожні переживання спогадів про травмуючу подію; кошмарні сновидіння; інтенсивні психологічні страждання або такі реакції організму, як пітливість, прискорене серцебиття й паніка при зіткненні із нагадуванням про травмуючу подію; уникнення й емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; втрата інтересу до діяльності, яка у минулому приносила радість, відсторонення або відчуження від інших, обмеження емоційної реакції (наприклад: нездатність відчувати радість або щастя); перезбудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість. Може виникати невмотивована агресія, спрямована на випадкових людей, а часто на рідних і близьких. Незрозуміле почуття провини (не виконав місію; не врятував; мав би зараз бути там), почуття недовіри та зради, а також «несправедливості долі»; відчуття відсутності майбутнього тощо. Іноді людина не помічає своїх змін, проте це помічають інші. Оточуючі можуть сприймати людину з ПТСР як таку, яку «підмінили». Часто люди, в яких є ПТСР, побоюються говорити про свої проблеми – бояться стигматизації по причині звернення за психіатричною допомогою, відчувають сором, намагаються подолати прояви розладу самотійно. На жаль,

часто це відбувається за допомогою алкогольних напоїв та наркотичних препаратів, що ще більше посилює прогресування ПТСР.

Необхідно знати, що ПТСР – це медична проблема, що охоплює людину в цілому – фізично, психічно, емоційно та духовно. Основні вияви та симптоми ПТСР у психічних сферах [77, с. 12] (табл.1.1).

Таблиця 1.1.

Основні прояви та симптоми ПТСР в різних сферах (автор О.С. Чабан)

Соматичні	Когнітивні психічні	Емоційні	Поведінкові
Озноб	Звинувачення інших людей	Ажитація	Зловживання алкоголем
Утруднене дихання	Зниження розумових здібностей	Тривога	Антисоціальна поведінка
Запаморочення	Сплутаність свідомості	Підвищена настороженість	Зміна повсякденної активності
Підвищений артеріальний тиск	Надмірна настороженість	Уникання	Труднощі у спілкуванні
Непритомність	Посилення або погіршення можливостей орієнтацій в навколишньому середовищі.	Депресія	Зміна в сексуальній поведінці
Втомлюваність		Емоційний шок	Зміна мовленнєвої поведінки
Скреготіння зубами		Страх	Емоційні спалахи
Головні болі		Стан пригніченості	Неможливість розслабитися
Тремор	Нав'язливі образи	Смуток	Зміна апетиту
Нудота	Проблеми з пам'яттю	Почуття провини	Високий темп життя
Біль	Нічні жахи	Неадекватна емоційна реакція	Надмірне реагування на стимули
Рясне потовиділення	Порушення пам'яті	Дратівливість	Підозріливість
Прискорене серцебиття	Зниження концентрації уваги	Втрата контролю над емоціями	Соціальна самоізоляція
Судоми	Труднощі з прийняттям рішень		
Слабкість	Труднощі з розв'язанням проблем		

ПТСР включає в себе кілька **діагностичних критеріїв**, рекомендованих останніми версіями класифікаційних систем. Так, за діагностичними і статистичними критеріями психічних розладів (DSM-V) і Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11), які плануються до впровадження в Україні, зазвичай діагноз ПТСР встановлюється на підставі кількох симптоматичних кластерів. Обидві згадані класифікаційні системи надають визначення та критерії для діагностики ПТСР.

Згідно з **Класифікатором ВООЗ (МКХ-11)** діагноз посттравматичного стресового розладу визначається через 1 місяць після травматичного впливу та характеризується такими критеріями: **Критерій А:** травматичний вплив стресової події, чи особливо загрозливої, чи жахливої ситуації, яка може спричинити

глибокий дистрес практично в будь-кого. Надзвичайно небезпечна, чи жахлива подія, чи серія подій, наприклад: стихійне лихо чи катастрофа, спричинена людським фактором, війна, нещасний випадок, небезпечне для життя захворювання, сексуальне насильство чи зґвалтування, а також – раптова, несподівана, чи насильницька смерть коханої людини; якщо особа виявилася свідком насильницької смерті іншої людини; до травматичних подій також належать переживання, які можуть повторюватися або відбуватися протягом тривалого періоду часу та яких важко або неможливо уникнути, наприклад, тортури, сексуальне чи фізичне насильство над дитиною, насильство в сім'ї тощо.

Критерій В: кластер повторних відчуттів. Відповідно до класифікатора МКХ-11, у цьому кластері розглядаються два симптоми: нав'язливі, тривожні сни, у яких розігрується якийсь фрагмент травмуючої події або пов'язаний із ним переживанням; та сильні образи, що вторгаються або спогади, які залишають відчуття, що травмуюча подія відбувається/повторюється тут і зараз (так званий «флешбек»). **Критерій С:** уникнення/ухилення. Критерії кластера уникнення включають заперечення події, зневіру та наступні спроби ухилення від неї. Він також характеризується двома симптомами: уникненням внутрішніх нагадувань (думок, почуттів, фізичних відчуттів) і зовнішніх нагадувань про досвід (ситуація, люди, місце, предмет тощо). **Критерій D:** Почуття небезпеки в цьому кластері реакція виявляється надпильністю та здриганням. **Критерій Е:** визначає клінічно значуще порушення функціонування.

Діагностичні критерій посттравматичного стресового розладу в класифікаторі APA DSM-V розширені. Він уже включає ангедонічний/дисфоричний та екстерналізований фенотипи. Крім того, кількість симптомних груп, необхідних для постановки діагнозу, збільшилася з 3 до 4, симптоми уникнення та заціпеніння/застигання були розділені та представлені критерієм «уникнення» та новим кластером «стійкі, негативні зміни думок і настрою». Це відображається у дослідженні, яке вказує на те, що активне та пасивне уникнення є незалежними явищами. До групи пасивного уникнення відноситься більш загальний набір дисфоричних симптомів.

Розширена симптоматика (20 симптомів) включає постійну негативну оцінку як себе, так й інших, самозвинувачення та самобичування, негативний емоційний стан і недбалу чи ризиковану, саморуйнівну поведінку. Необхідний чинник для встановлення діагнозу – порушення повсякденної життєдіяльності.

Інші основні зміни включають звуження визначення "травматична подія" в критерії A1 (виключено таку подію, як «неочікувана смерть члена родини або

близької людини, що настала від природної причини») і усунення критерію A2 (критерій A2 враховує індивідуальність суб'єктивного погляду - «реакція людини включала сильний страх, безпорадність або жах»), оскільки є мало переконливих емпіричних доказів його корисності.

Загальні критерії діагностики **ПТСР в DSM-V** включають:

Критерій А (наявність в анамнезі травматичної події). Причетність до смертельної небезпеки або загрози смерті, отримання або загрози серйозного поранення, сексуальне насильство або його загроза, що може проявитися одним з нижчеперелічених способів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події.
2. Особисте свідчення події, в яку залучені інші особи.
3. Повідомлення про подію, яка відбулася з близькими членами родини або близькими друзями. У випадках безпосередньої або можливої загрози смерті члена сім'ї або друга, подія повинна бути раптовою або несподіваною.
4. Переживання неодноразового, надмірного впливу подробиць травматичної ситуації, які викликають відразу (наприклад, у служб екстреного реагування, що збирають людські останки; в офіцерів поліції, які неодноразово перебувають під впливом подробиць щодо насильства дітей). Примітка: критерій A4 не поширюється на експозицію за допомогою електронних медіа, телебачення, фільмів та фотографій, крім випадків, які стосуються роботи..

Критерій В. Присутність одного або більше симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичним подією, які з'явилися після травматичної події:

1. Повторювані, мимовільні і нав'язливі спогади про травматичну подію, що викликають дистрес. Примітка: у дітей, що мають більше як 6 років, може

виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації/ситуацій.

2. Повторювані сновидіння, що викликають дистрес, зміст і / або афект яких має відношення до травматичного події. Примітка: у дітей можуть бути моторошні сни без розпізнаваного змісту.

3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбек ефекти), в яких індивід відчуває або веде себе так, як ніби-то травматична подія минулого відбувається в сьогоденні. (Подібні реакції можуть бути розташовані на континуумі інтенсивності, крайній полюс якого відповідає станам з повною втратою контакту з навколишньою дійсністю). Примітка: у дітей під час гри може виникати специфічна реконструкція травми.

4. Сильний або тривалий психологічний дистрес при впливі зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або нагадують будь-які аспекти травматичної події.

5. Виражені фізіологічні реакції при впливі зовнішніх або внутрішніх подразників, які символізують або мають схожість з будь-яким з аспектів травматичної події.

Критерій С. Симптоми уникнення: уникнення подразників (факторів, умов), пов'язаних з травмою, що спостерігається після завершення травматичної події (як мінімум один симптом з переліченого нижче):

1. Уникнення або спроби уникнути спогадів, думок або почуттів, які безпосередньо або тісно пов'язаних з травматичним подією і викликають дистрес.

2. Уникнення або спроби уникнути зовнішнього нагадування (наприклад, певних людей, місць, об'єктів, ситуацій, видів тривалості, розмов), в результаті якого виникають дистрес спогади, думки або почуття, які стосуються або тісно пов'язані з травматичною подією.

Критерій D. Погіршення когнітивного функціонування і настрою, пов'язане з травматичною подією, що почалося або посилювалося після завершення травматичної події (хоча б два з переліченого нижче):

1. Неможливість пригадати важливі аспекти травматичної події (головним чином, в силу дисоціативної амнезії і не пов'язане з такими факторами, як черепно-мозкова травма, вживання алкоголю або наркотиків).

2. Стійкі і перебільшено спотворені переконання або очікування негативного характеру про себе самого або навколишній світ (Наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ небезпечний», «Я втратив свою душу назавжди», «Моя нервова системи повністю зруйнована»).

3. Сталі і перекручені переконання щодо причини або наслідків травматичної події, на яких засновано самозвинувачення або звинувачення інших.

4. Стійкі негативні емоційні стани (наприклад, страх, жах, гнів, вина або сором).

5. Помітне значуще зниження інтересу або залученості в види діяльності, які раніше були значимі.

6. Почуття відстороненості і відчуженості від інших людей.

7. Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність переживати щастя, задоволення або почуття любові і прихильності).

Критерій Е. Помітна і значуща зміна фізіологічної збудливості і реактивності, що почалася або посилилася після завершення травматичної події (хоча б два з переліченого нижче):

1. Дратівливість або спалахи гніву (що виникають без всякої причини або з незначних приводів), зазвичай виражені у вербальній або фізичній агресії по відношенню до людей або об'єктів.

2. Поведінка самоушкодження, нерозважливо ризикована поведінка.

3. Підвищена настороженість.

4. Перебільшена стартова реакція (надмірна і інтенсивна реакція на подразники).

5. Труднощі із засинанням або збереженням структури сну.

6. Труднощі з концентрацією уваги.

Критерій Ф. Тривалість збереження симптомів (одночасна маніфестація необхідної за критеріями В, С і D кількості симптомів) – більш ніж 1 місяць.

Критерій G. Розлад викликає клінічно значимий важкий емоційний стан або виражені порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

Критерій H. Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії речовин (наприклад, ліків, алкоголю) чи іншим клінічним станом.

Для точного діагнозу за вимогами DSM-V (2013) необхідно враховувати всі відомості про пацієнта та його стан і передбачає повне виконання групи критеріїв (A - H):

- наявність факту психотравми (критерій A);
- одночасну наявність симптомів із всіх чотирьох кластерів (B - E);
- тривалість понад 1 місяць (критерій F),
- значне страждання людини або порушення її функціонування (критерій G);
- відсутність іншої причини розладу (критерій H) (табл.1.2).

Таблиця 1.2

Порівняльна таблиця змін у переліку діагностичних критеріїв ПТСР за МКХ-10, МКХ-11, DSM-V:

	МКХ-10	МКХ-11	DSM-V
Критерій А – експозиція травми	✓	✓	✓
Повторне переживання (кластер В)	✓	✓	✓
Уникнення (кластер С)	✓	✓	✓
Негативні зміни думок та настрою (кластер D)	✗	✗	✓
Надпильність (кластер Е)	✗	Відчуття небезпеки в сьогоденні 1D	Зміна збудливості та реактивності 2 E
Амнезія	✓	✗	✗
Збудження	✓	✗	✗
Початок	< 6 місяців	> 1 місяця	> 1 місяця
Функціональні обмеження	✗	✓	✓

Діагноз ПТСР встановлюється відповідно до вищевказаних критеріїв керівництва DSM-5, МКХ-11, які зараз впроваджуються в Україні.

Як вже згадувалось, перебіг ПТСР може істотно відрізнятись у людей залежно від вираженості та комбінації симптомів. Тому прийнято виділяти чотири основні типи ПТСР, які описують переважні прояви у кожному випадку:

Тривожний тип (32%): Цей тип характеризується вираженою тривожністю, дратівливістю, порушенням сну та концентрації уваги. Люди з тривожним ПТСР часто відчують флешбеки та кошмари, пов'язані з травматичною подією.

Астенічний тип (27%): Цей тип характеризується виснаженням, млявістю, апатією, зниженням працездатності та фізичної активності. Люди з астенічним ПТСР часто скаржаться на головний біль, запаморочення, порушення апетиту та інші соматичні симптоми.

Дисфоричний тип (21%): Цей тип характеризується емоційною нестійкістю, гнівливістю, дратівливістю, відчуттям безнадії та вини. Люди з дисфоричним ПТСР схильні до агресивних проявів, самозвинувачень та суїцидальних думок.

Соматоформний тип (20%): Цей тип характеризується переважанням соматичних симптомів, таких як біль у серці, шлунку, дихальні розлади, порушення роботи шлунково-кишкового тракту. Люди з соматоформним ПТСР часто звертаються до лікарів з різними фізичними скаргами, не маючи при цьому явних патологій.

Важливо пам'ятати, що типи ПТСР не існують в ізоляції, і у людей можуть спостерігатися симптоми, характерні для декількох типів одночасно. Визначення типу ПТСР допомагає фахівцям підібрати оптимальну стратегію лікування, яка буде максимально ефективною для конкретного пацієнта.

1.2. Посттравматичний стресовий розлад у дітей.

У дитинстві отриманий травматичний досвід суттєво впливає на загальний розвиток дитини. Психологічна травма може підривати уявлення дитини про життя та його цінності. Наслідки травматичного досвіду можуть включати зміни в звичній картині світу особистості, втрату довіри до світу (зокрема відчуття безпеки та справедливості), дезорієнтацію у системі відносин з оточуючими, втрату довіри до дорослих та втому від позитивної перспективи на майбутнє. Реакція на

психотравмуючі переживання в дітей та підлітків пов'язана з їхніми віковими особливостями, рівнем психоемоційного розвитку, освітою та інтелектуальною активністю, а також з взаєминами з батьками та соціальним оточенням. Високоемоційний стресовий стан у батьків є одним із центральних чинників стресової реакції у дітей, який поступово відіграє суттєву роль у психоемоційному розвитку дитини. Хронічний стрес у батьків може негативно впливати на психічне здоров'я дитини, підвищуючи ризик розвитку психотравми або посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [27, с. 748]. Батьки для дитини є основою та гарантом почуття безпеки, надійності та константності оточуючого середовища. Нестабільність та тривожність у емоційній сфері батьків підривають цю основу, роблячи дитину вразливою до стресу та емоційних травм. Діти вчаться впоратися зі стресом, спостерігаючи за своїми батьками. Негативні стратегії впорання зі стресом, які використовують батьки, можуть ставати зразком для дитини, підвищуючи ризик виникнення емоційних проблем. У певних вікових періодах негативні впливи (такі як розлука з родиною, смерть близьких, переживання психотравмуючих подій) можуть значно вплинути на реакції та розвиток дітей. Пройдені травми можуть спричинити зміни в особистості, підвищуючи ймовірність небажаної поведінки, наприклад, девіантної, яка може виникнути як компенсація і захист від складних подій. Тому важливо шукати ефективні методи психологічної підтримки для дітей та підлітків у ситуаціях стресу, щоб вони могли краще впоратися зі складнощами, з якими їм доводиться стикатися. В українському суспільстві, на жаль, існує поширена проблема недбалості щодо свого здоров'я, як психічного, так і фізичного. І якщо батьки не розуміють важливості, не цінують та не приділяють належної уваги своєму психічному й фізичному здоров'ю, то така сімейна культура буде поширюватися і на їхніх дітей та все оточення. Часто наші співгромадяни звертаються до фахівців лише тоді, коли відчули на собі значний дистрес або розлад чи хвороба досягли стадії, що становить серйозну загрозу. Цей підхід несе в собі ризики, адже хронічний невротичний фон стає непомітним, до нього звикають, і він сприймається як звичайна частина життя. Таким чином маскується та приховується розвиток серйозних проблем. Тому український учений

у галузі психіатрії, медичної психології та психотерапії, директор Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця О.С. Чабан, часто нагадує: «Для стресових розладів хронічний невротичний фон стає більш значимим, чим сам стрес» [77, с. 12]. До цього додам, що і сам процес встановлення діагнозу ПТСР у дітей нетривіальний і може бути достатньо складним, оскільки прояви цього розладу та симптоми можуть бути більш різноманітними та мінливими і відрізняються від симптомів у дорослих. Всі ці особливості перебігу дуже ускладнюють своєчасну діагностику ПТСР у дітей і можуть призвести до негативних наслідків, роблячи невтішний прогноз щодо одужання. Бо, якби їх діагностували на початковій стадії, це сприяло б ефективному лікуванню та швидкому поверненню до нормального життя. Варто зазначити, що, на наш погляд, стресові стани у батьків є одним із центральних чинників стресової реакції у дітей, який поступово може призвести до розвитку психотравми/ПТСР, оскільки саме батьки є для дитини основою та психологічним гарантом почуття базової безпеки, надійності, опорності, константності оточуючого середовища, яке є важливим у збереженні психоемоційного балансу людини. Крім того, спираючись на домінуючі переживання батьків, діти і вчаться долати стрес, і використовують їх як опору для виходу із кризових обставин. Посттравматичний стресовий розлад у дітей є складним станом з різними патофізіологічними механізмами. Деякі з ключових патогенетичних особливостей ПТСР у дітей включають зміни в областях мозку, які беруть участь у обробці страху та емоційній регуляції, таких як мигдалеподібне тіло та префронтальна кора. Діти з ПТСР часто виявляють підвищену активність мигдалеподібного тіла, що призводить до посилення реакцій страху та емоційної дисрегуляції. У той же час дисфункція префронтальної кори, яка відповідає за когнітивний контроль і емоційну регуляцію, може сприяти труднощам у регуляції емоцій і реакції на стрес. Крім того, зміни в рівнях нейромедіаторів, таких як серотонін і норадреналін, були пов'язані з симптомами посттравматичних стресових розладів у дітей, включаючи підвищене збудження, нав'язливі спогади та поведінку уникнення. Хронічний стрес і травма також можуть призвести до змін у системі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (НРА), яка

регулює реакцію організму на стрес. Таким чином, патогенетичні особливості посттравматичних стресових розладів у дітей включають складну взаємодію між ділянками мозку, системами нейромедіаторів і шляхами реакції на стрес, що підкреслює необхідність комплексних і багатовимірних підходів до діагностики та лікування. Якщо дитина піддається хронічній травматизації, основна активність її психіки спрямована на виживання, а не на вирішення нормальних завдань вікового розвитку. Нормальний розвиток дитини передбачає активність мозку у досягненні балансу між прагненням до нового та адаптацією до існуючого. Якщо мозок змушений функціонувати як виживання, його пріоритетним завданням стає економія ресурсів. Цей тип функціонування стає звичним, причому не усвідомлюється індивідом, оскільки адаптативні процеси проявляють себе на рівні несвідомої частини психіки. Втрачаються раніше набуті навички соціалізації. Відбуваються зміни лише на рівні мотивації: індивід не шукає задоволення; натомість він у першу чергу прагне уникати болю. Тілесні відчуття сприймаються як джерело небезпеки та викликають негативні емоції (тривогу, пригніченість). Таким чином, патогенетичні особливості посттравматичних стресових розладів у дітей включають складну взаємодію між ділянками мозку, системами нейромедіаторів і шляхами реакції на стрес, що підкреслює необхідність комплексних і багатовимірних підходів до діагностики та лікування. Такі патогенетичні зміни зазвичай мають далекосяжні наслідки для дитини. Ці процеси в мозку зачіпають не лише емоційно-когнітивно-поведінкову тріаду, але й фізичне здоров'я та соціальний розвиток дитини. Перш за все потрібно зазначити, що у дітей незріла нервова система, що призводить до підвищеної емоційної вразливості. Діти більш чутливі до емоційних стимулів, що робить їх більш важкими для розвитку ПТСР. Їм часто важко чітко вербалізувати свої почуття та переживання, що ускладнює діагностику та лікування. Особливість ще полягає в тому, що діти виражають свої переживання, емоції та досвід по-іншому: через гру, малюнки. Їхні симптоми можуть бути менш очевидними або проявлятися у вигляді зміни в поведінці та настрої. Також може спостерігатися регресивна поведінка (повернення поведінці, характерному більш раннього віку) і проблеми у шкільному навчанні.

Такі діти можуть втратити інтерес до навчання та щоденних активностей, у них можуть виникнути труднощі з концентрацією уваги, пам'яттю, що не всі батьки зможуть побачити на ранніх стадіях, а тільки при суттєвому погіршенні успішності у школі. Або ментальний розлад може проявитись через симптоми, пов'язані зі здоров'ям, так звані психосоматичні функціональні розлади, які на відміну від дорослих, ПТСР частіше викликає у дітей. Наприклад, діти з ПТСР частіше скаржаться на головний біль, біль у животі, втому та порушення сну. На тлі проблем зі сном, повторних спогадів про подію, нічних кошмарів, може мати місце енурез, енкопрез, тризм тощо. І це може посилювати тривожність, іритабельність, замкнутість та відчуження дитини. Інші можливі прояви включають розлади харчування (булімію, анорексію). У дітей частіше, ніж в дорослих, посттравматичний розлад викликає психосоматичні розлади. Діти з ПТСР можуть уникати спілкування з однолітками та дорослими, відчуваючи емоційну відчуженість. Травматичний досвід може ускладнити дітям формування здорових стосунків з іншими. Вони, швидше за все, бунтуватимуть проти правил, будуть агресивними або стануть надмірно слухняними. Травма може накласти відбиток на розвиток дитини і навіть формування певних рис характеру, з ризиком виникнення розладу особистості (наприклад, з проявом агресивності чи емоційної залежності). В результаті пролонгованих психологічних травм у дитинстві може виникнути так званий посттравматичний особистісний розлад, який проявляється як прикордонний розлад особистості, соматоформний розлад або дисоціативний розлад. Цей розлад часто супроводжується проблемами в поведінці (імпульсивність, гнів, що доходить до сказу, агресія та аутоагресія, проблеми сексуальної поведінки, розлади харчової поведінки), емоційною нестійкістю, емоційним збідненням, депресією, панічними розладами, когнітивними проблемами (наприклад, амнезією чи фрагментацією спогадів) [77, с. 12]. При зборі анамнезу на ПТСР у дітей важливо враховувати те, що діти, порівняно з дорослими, рідше переживають флешбеки (згідно дослідження DeYoung A. С.). Тобто симптоми інтрузій представлені, але є найменш типовими у дітей (згідно дослідження науковців лабораторії консультативної психології та психотерапії

Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України). В той же час у дітей часто спостерігається дисоціація. Цей тип травми вимагає тривалої терапії, що включає розвиток навичок спілкування та контролю емоцій (особливо у сфері сімейних відносин), лікування адикцій, розвиток навичок, необхідних для працевлаштування. У найважчих випадках пацієнт зовсім не здатний нормально функціонувати; його стан виглядає як хронічне психічне захворювання. Іноді такі пацієнти отримують діагноз шизофренії. Що в такому випадку проявів раніше побачать батьки? На чому зосередять свою увагу? На що в першу чергу поскаржаться лікарю? Питання риторичні. Скоріш за все такі прояви будуть віднесені до проблем з інтелектом, здібностями, негармонійного росту дитини, некомпетентністю викладачів чи дбайливим ставленням батьків до виховання дитини. Оскільки мозок дітей все ще розвивається, ПТСР може мати триваліші наслідки на їхній психічний стан та функціонування. Діти, особливо молодші, можуть не до кінця розуміти суть травмуючої події, що ускладнює їх адаптацію до неї. Їм може бути важко зрозуміти зв'язок між травмою та емоційними/поведінковими проблемами, що може призвести до несвідомого заперечення травми. У дітей посттравматичний стресовий розлад може мати більш гострий перебіг, але також існує ймовірність хронізації симптомів. Прояви розладу у дітей можуть бути мінливими, багато симптомів можуть бути схожими на симптоми інших розладів та не завжди відповідають чітким діагностичним критеріям (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Додаткові ознаки при яких можна запідозрити ПТСР у дітей на відміну від дорослих.

Соматичні Фізіологічні	Когнітивні психічні	Емоційні	Поведінкові
Можуть часто скаржитись на головні болі, відчувати болі в животі або інші проблеми з травлення при відсутності якихось морфологічних діагностичних змін і що не мають фізичних причин.	Можуть мати негативні нав'язливі думки про себе, світ або майбутнє. Думки про загрозу.	Загострені неконтрольовані емоції	Регрес: повернення на ранні форми проявів поведінки. Виникнення потреби в допомозі батьків для виконання чогось, якої не потрібно було раніше. Втрачаються навички охайності. Смоктання пальця, гризіння нігтів, ритмічне розхитування. Не хочуть розлучатися з батьками,

			навіть ненадовго, мають потребу в їх постійній присутності, контакті і заспокоєнні.
Загострення хронічних хвороб	Гіпногічні страхітливі ілюзії під час засипання	Надмірна тривога. Стурбованість з приводу безпеки. Тривога розлуки.	Настирливе нерозставання з «фетішними» предметами, іграшками
Енурез, Енкопрез, які з'явилися/ почастишали після психотравми	Порушення концентрації уваги	Посилення страхів. Поява випадкових страхів, яких раніше не було.	Підвищена активність або, навпаки, замкненість, пасивність (у залежності від типу нервової системи). Впертість.
Гіперчутливість, особливо до раптових різких і голосних звуків.	Проблеми с запам'ятовуванням інформації.	Порушення сну (проблеми з засинанням і пробудженням) супроводжуються страхом спати самому, страх спати в темряві, закритому приміщенні	Агресивні реакції: Фізична агресія: Діти можуть бити, штовхати, кусатися або кидати предмети. Словесна агресія: Діти можуть кричати, лаятися, обзиватися або погрожувати. Невербальна агресія: Діти можуть хмуритися, кидати гнівні погляди, стукати ногами або стискати кулаки.
Тремтіння, тіки, посмикування.	«Дисоціативна fuga» – нездатність згадати минуле	Відчуття власної провини за те, що трапилося..	Аутоагресивні дії (алкоголь, наркотики, самопошкодження), суїцидальні дії.
Часта травматизація	Надмірна настороженість	Почуття провини при нагадуванні про якусь подію	Постійний пошук самовираження через конфлікти з однолітками, незадоволення, ворожість, агресія до них. Або навпаки надмірна турбота про інших.
Можуть відчувати постійну втому або втрату енергії	Пильна увага до тривоги батьків.	Плаксивість.	Травматичні ігри та відтворення травматичних подій в іграх чи малюнках.
Послаблення імунітет.	В подальшому затримка інтелектуального розвитку.	Труднощі з розумінням та вербалізацією своїх переживань.	Відмова від їжі чи навпаки переїдання.
	Плутанина думок, недостатнє розуміння травматичних подій. Відсутність чіткого розуміння явища смерті, причини «поганих» подій	Не можуть зв'язати емоції з травматичною подією.	Значне погіршення успіхів у навчанні. Чи навпаки надмірне відчуття відповідальності та провини (найпоширеніший симптом, 40,7%, по даним дослідження науковцями лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України)

Вікові особливості перебігу ПТСР

У дітей, через відсутність достатньо зрілих ресурсів, існує високий ризик виникнення ПТСР після пережитої травматичної події. Слід зазначити, чим молодшою була дитина в момент травми і чим менше був сформован її характер до травми, тим вище ризик важких психологічних наслідків у дорослому віці [30, с. 227]. Ці ризики значно залежать від того, як батьки переживають подію і наскільки

вони можуть допомогти дитині у подальшій інтеграції цього досвіду [31, с. 17]. Доказом тому також є ствердження відомого голландського психіатра Бессела ван дер Колка: «Що молодший вік травматизацій, то вищий ризик розвитку симптомів екстремального стресу впродовж життя, тобто комплексного ПТСР» [1, с. 45].

У віці до 3 років (на довербальному рівні розвитку) дитина висловлює свої емоції плачем чи відхиленнями у поведінці. У присутності того, хто завдав йому шкоди, він плаче чи завмирає у стані надпильності. Якщо агресор не є членом сім'ї, дитина виявляє симптоми тривожної прихильності до рідних (чіпляється за них у присутності сторонніх, тривожиться або сердиться, якщо її розлучають з ними, боїться залишитися один) [32, с. 253]. Дитина також лякається у незнайомих ситуаціях. Депресивний стан може виражатися тривалим монотонним плачем, апатією, втратою інтересу до людей, іграшок тощо. Може порушитись координація рухів. Регресія у розвитку може виявлятися, наприклад, поверненням до ссання (коли дитина вже почала їсти тверду їжу), або втратою бажання ходити. Аутоагресія може виявлятися у вириванні собі волосся, дряпанням себе, кусанням нігтів до крові, завданням собі ударів; дитина може ударятися головою в стіну. Дитина може також поводитися агресивно по відношенню до дорослих або інших дітей. У дитини проявляються проблеми зі сном (кошмари, відмова спати без дорослих або у темряві, труднощі із засинанням, безсоння або часте пробудження вночі) [33, с. 313]. Прокинувшись, дитина може кричати і плакати, або мовчки дивитись у стелю (цей симптом слід вважати більш тривожним, ніж крики та плач). Дитина може відмовлятися від їжі чи навпаки, поглинати надмірну кількість їжі. У важких випадках може спостерігатися уповільнення фізичного розвитку, аж до карликовості.

Дитина від 3 до 6 років вже здатна розповісти про те, що з нею трапилося і про свої потреби, але їй важко висловити свої емоції. Посттравматичні дисоціативні симптоми можуть виявлятися формою мутизму [34, с. 209]. Специфічним для дітей симптомом посттравматичного розладу є відігравання травм у повторюваних іграх або малюнках, відхід у уявний світ, інтенсивна прихильність до перехідних об'єктів. Можуть з'явитися страхи, які мають зв'язку з травматичним подією (наприклад,

страх тварин, монстрів, незнайомих людей). Прокинувшись уночі, дитина боїться заснути. Регресія може виявлятися в енурезі, ссанні пальця, дитячому белькоті замість мови, надмірної залежності від старших, втрати самостійності, пошуку захисту. Розлади харчової поведінки можуть проявитися зниженням апетиту або підвищеним апетитом, з надмірною пристрастю до солодощів. Дитина може скаржитися на психогенні болі.

У віці від 6 до 12 років дитина може виявляти ті ж симптоми, що і діти молодшого віку. Однак він більш здатний зрозуміти всю тяжкість і передбачити можливі негативні наслідки. Найчастіше, ніж в дітей віком молодшого віку, виявляються депресивні симптоми. У цьому віці дитина вже здатна усвідомити свою безпорадність стосовно агресору або вважати себе винуватцем того, що сталося, із втратою самоповаги або почуттям провини [35, с. 202]. Частіше, ніж у молодших дітей, виявляється бажання помститися агресору. Це може виявлятися у агресивних діях, а й у символічній формі лише на рівні гри. Деякі діти під впливом травми швидше дорослішають, що проявляється у більшій самостійності чи швидшому інтелектуальному розвитку.

У підлітків посттравматичні симптоми загалом такі ж, як у дорослих. Підлітки частіше, ніж діти, виявляють симптоми депресії та генералізованої тривожності [36, с. 202]. Також частіше виявляються симптоми дисоціації (дисоціативні фуґи, відчуття сну наяву, відчуття роздвоєння особи або перебування поза своїм тілом, стан відстороненого спостереження за самим собою). Регресія проявляється у формі зниження інтелектуальних здібностей, із виникненням труднощів у навчанні. З іншого боку, песимізм щодо майбутнього зменшує мотивацію до навчання. Підліток має труднощі з прийняттям рішень. У підлітків частіше, ніж у дорослих, проявляється агресія, аутоагресія та самоушкодження (наприклад, нанесення собі порізів), антисоціальна або суїцидальна поведінка, схильність до ризику (вживання психоактивних речовин, незахищений секс, екстремальний спорт, небезпечне керування транспортними засобами тощо), провокативна поведінка [37, с. 202]. Проблеми зі сном частіше, ніж в інших вікових групах, виявляються надмірною сонливістю, що може бути формою регресії або

прагненням уникнути реальності. Також частіше, ніж у інших групах, спостерігається анорексія чи булімія, що може призвести до виснаження чи ожиріння. Передбачається, що іноді дівчат це може бути захисною формою поведінки після пережитого сексуального насильства, оскільки дівчина боїться бути сексуально привабливою.

Узагальнені вікові маркери проявів ПТСР для фахівців, що працюють з дітьми:

Дошкільний вік:

- можуть не розуміти, що з ними відбувається;
- виражати страх через ігри, малюнки;
- поява енурезу, енкопрезу.

Молодший шкільний вік:

- скарги на фізичні симптоми;
- проблеми з навчанням;
- складнощі стосунків з однолітками.

Підлітковий вік:

- самозвинувачення;
- ризикована поведінка;
- зловживання психоактивними речовинами.

В кожній віковій категорії може відбуватися регрес поведінки до попереднього віку.

Висновки до першого розділу

Хоча травматичний характер події має важливе значення, але для розвитку ПТСР у дітей, має значення не стільки травмуюча сила події, скільки сприйняття дитиною цієї події як травмуючу [38, с. 27]. Діти можуть сприймати події не так, як дорослі, і те, що може здатися дорослому незначним, може бути глибоко травмуючим для дитини. На таке сприйняття можуть впливати різні фактори, включаючи попередній досвід дитини, систему підтримки та механізми подолання [21, с. 1048]. Тому вкрай важливо враховувати не лише об'єктивну тяжкість події, а

й суб'єктивні переживання дитини. Крім того, неможливо переоцінити важливість виховання та готовності протистояти потенційно травматичним факторам у розвитку ПТСР. Підтримуюче та сприятливе середовище може допомогти дітям пережити та впоратися з травматичним досвідом, зменшуючи ймовірність розвитку ПТСР [27, с. 748]. Навчання дітей здоровим механізмам подолання та стійкості також може збільшити їхню здатність протистояти складним ситуаціям, не перенапружуючись.

Враховуючи складність самої проблеми посттравматичного стресового розладу у дітей, які переживають війну, є всі підстави припускати, що не всі діти з групи ризику потрапляють у сферу уваги спеціалістів та отримують необхідну допомогу. Для забезпечення ефективної допомоги та підтримки тим, хто стикається з цим розладом у дитинстві, важливо вчасно розпізнати симптоми ПТСР і надати їм відповідний нагляд та лікування. Дослідження перебігу ПТСР у дітей в Україні може надати цінну інформацію про специфічні психологічні особливості, з якими стикаються ці діти. Розуміння особливостей виявлення та перебігу ПТСР у дітей є важливим не тільки для педіатрів та медичних працівників, особливо в первинній ланці амбулаторного спостереження, але й для батьків і вчителів, всіх, хто стикається з дітьми.

РОЗДІЛ II.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ПТСР У ДІТЕЙ В УМОВАХ АМБУЛАТОРНОГО НАГЛЯДУ

2.1. Діагностика ПТСР.

Діагностика ПТСР має бути комплексною, своєчасною та всебічною! Люди з ПТСР можуть звертатися з різними проблемами, такими як розлади настрою, гнів, проблеми у відносинах, поганий сон, сексуальна дисфункція або фізичні скарги на здоров'я, наприклад головний біль, шлунково-кишкові проблеми, ревматичні болі і шкірні захворювання, без необхідності висловлювання травматичного досвіду лікарю чи професіоналу в області психічного здоров'я [15, с. 12]. Дослідження показало, що лише 11% пацієнтів з ПТСР отримали відповідний діагноз у медичній документації, можливо через уникнення розмов про це у зв'язку з характерними для ПТСР симптомами [21, с. 1048]. Більше того, соціальна стигма, пов'язана з проблемами психічного здоров'я, та страх дискримінації можуть ускладнити пошук допомоги для тих, хто стикається з подібними симптомами [34, с. 209]. Крім того, стигма, пов'язана з деякими формами травматичних подій, таких як сексуальне насильство, може заважати людині розповісти про свій досвід [6, с. 30]. Практикуючий лікар повинен бути уважним у цих питаннях під час скринінгу на ПТСР та враховувати це при виборі межових значень для самозвітних інструментів [27, с. 748]. Ця проблема підкреслює важливість наявності емпіричного встановлення оптимальних показників у різних популяціях та інформування лікарів про належне використання таких інструментів. Самозвіти повинні використовуватися як засоби, що допомагають зорієнтуватися, а не як категоричний діагностичний інструмент [36, с. 202]. Для кращого розуміння корінів існуючих проблем, лікар повинен систематично запитувати про можливі стресові або травматичні події, що відбулися нещодавно або в минулому. Якщо виникає підозра на наявність травматичного досвіду, лікар може скористатися чек-листом травматичних подій. Якщо пацієнт вказує на будь-які події з чек-листа, рекомендується провести коротке обстеження на предмет ПТСР. Поклінічні

працівники повинні також враховувати потенційні трансгенераційні ефекти травми, особливо серед груп з високим ризиком, таких як діти ветеранів або виживші особи [27, с. 748].

Проведення скринінгу на ПТСР в умовах надання первинної медичної допомоги: Чи мали Ви колись у Вашому житті досвід, який був настільки страшним, жахливим або засмучуючим, що в минулому місяці Ви:

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

Поточні дослідження припускають, що пацієнт, який відповідає "Так" на два або кілька елементів, повинен продовжувати проходити діагностику на виявлення симптомів психотравми [35, с. 202]. Скринінг повинен проводитися в контексті системи обслуговування, яка включає належне надання послуг для тих, хто потребує допомоги. Будь-яка особа, яка отримала позитивні результати внаслідок проведення скринінгу, має отримати ретельне комплексне діагностичне обстеження [18, с. 45].

Для вирішення завдань експрес-діагностики українським дослідником, психологом О.А. Бліновим був розроблений авторський опитувальник скринінгу ОС ПТСР. У роботі з постраждалими внаслідок дії травматичного стресу він звертає першочергову увагу на емоційний стан, у якому знаходиться людина, а також термін часу після критичного інциденту, важкість захворювання, гостроту протікання і тривалість проявів наслідків травматичного стресу. Питання опитувальника відображають зміст критеріїв ПТСР згідно з DSM-V [18, с. 45]. Час для проведення процедури опитування та обробки результатів – до 2 хв.

Комплексна оцінка посттравматичного стресового розладу В даний час немає золотого стандарту, відповідно до якого можна зробити всебічну діагностичну оцінку цього розладу. ПТСР часто пов'язаний з дифузним і широким спектром

симптомів і порушень, крім того клінічні прояви можуть варіювати залежно від індивідуальних особливостей та обставин особистості [27, с. 748] Необхідно провести ретельну оцінку, що охоплює ПТСР і супутні діагнози, рівень життя і психосоціальний стан, походження травми, загальний психічний стан (відзначити ступінь супутніх патологій), фізичний стан, вживання препаратів, сімейний стан, професійний та соціальний статус [21, с. 1048].

Таким чином, рекомендованою є комплексна оцінка, включаючи детальну історію як частину будь-якої детальної клінічної діагностики. Під час ПТСР та супутніх станів оцінка повинна включати історію психотравми в анамнезі, охоплюючи попередній психотравматичний досвід, а також "індекс" травматичної події (міра ризику або імовірності того, що певна подія може призвести до травми або шкоди для особи; цей показник використовується для оцінки ризику або потенційних наслідків небезпечних подій, таких як аварії, катастрофи, терористичні атаки тощо) [15, с. 12]. Немає необхідності отримувати деталі цього досвіду при першій зустрічі; достатнім є отримання загального уявлення про психотравматичну подію, впливу якої зазнала людина. Наполегливість в отриманні деталей на цій ранній стадії оцінки не лише може бути болісною для людини, але і може мати антитерапевтичний ефект [27, с. 748]. Подальше лікування ПТСР, ймовірно, включатиме подальше просування через докладний опис психотравмуючої події.

В якості частини оцінки мають бути розглянуті минулі і нинішні обставини життя, поточний і минулий стан психосоціального функціонування (минулий стан психосоціального функціонування є особливо важливим у тому разі, коли психотравма включає раннє сексуальне або фізичне насильство), наявність і протікання симптомів ПТСР та будь-які коморбідні розлади (в тому числі вживання психоактивних речовин) [30, с. 227]. Клініцисти також повинні враховувати потенціал трансгенеративного ефекту психотравм, особливо серед таких груп ризику, як діти ветеранів або людей, які пережили Голокост [30, с. 227]. Особливу увагу слід також приділяти питанням фізичного здоров'я. Вони можуть включати проблеми, пов'язані з каліцтвом, що виникло в результаті травматичного інциденту,

здоров'ям, зміни в поведінці у зв'язку з інцидентом, супутні або набуті фізичні проблеми зі здоров'ям і лікування, яке проводилося для будь-якої з даних проблем.

Також мають оцінюватись показники повноцінності якості життя, такі як задоволеність власним фізичним, соціальним статусом, станом навколишнього середовища та здоров'я, подружньою і сімейною ситуацією, станом професійного, правового і фінансового забезпечення [19, с. 45].. Важливою є точна оцінка мережі підтримки особистості, так як хороша соціальна підтримка на пряму пов'язана з процесом одужання. Важливо відмітити, що усвідомлення соціальної підтримки може бути більш тісно пов'язане з психічним здоров'ям і благополуччям серед тих, хто першим реагує на травмуючі події, ніж фактична соціальна підтримка [27, с. 748].

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

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

Комплексна оцінка і формулювання діагнозу не повинні зводитися до певних усталених висновків, а повинні бути постійним процесом. Протягом усього курсу лікування має застосовуватися підхід, заснований на співпраці з пацієнтом для контролю благополуччя і прогресу в лікуванні. Це стає особливо важливим, коли

лікування не допомагає людині відновитися. В цих умовах лікар повинен ретельно переглянути діагноз та звернути увагу на співіснуючі психосоціальні проблеми і провести більш ретельну оцінку особистості. Спільне обговорення висновків з людиною, з приділенням особливої уваги існуючим факторам та бар'єрам на шляху до вдосконалення, підвищує залученість і, швидше за все, підвищує результати лікування.

Оцінка психологічного стану після травматичної події має бути комплексною й охоплювати широкий спектр можливих проблем, окрім ПТСР. Це включає інші тривожні розлади, депресію, зловживання психоактивними речовинами. Важливо також дослідити стійкість та сильні сторони особистості, а також врахувати її реакції на попередні методи лікування.

Час, що минув з моменту травматичної події, відіграє істотну роль в оцінці та втручанні. Більшість людей можуть відчувати симптоми розладу протягом перших тижнів після травми, але протягом наступних трьох місяців ці реакції, як правило, послаблюються [27, с. 748].

В рамках належної клінічної практики, оцінка повинна проводитися в кілька етапів після травмуючого впливу, зокрема, якщо особа проявляє ознаки ознаки триваючих труднощів або психологічного виснаження.

Оцінка та моніторинг повинні супроводжувати весь процес лікування. Якщо адекватного прогресу не досягнуто, лікар має переглянути план лікування, дослідити можливі перешкоди та впровадити відповідні стратегії. За потреби, він може залучити до роботи інших фахівців. Ефективна комунікація та співпраця між усіма учасниками процесу є ключовими факторами успішного лікування.

Діагностичний інструментарій:

Для різних груп населення може виникнути необхідність у застосуванні різних процедур проведення діагностики [18, с. 45]. У програмах, відповідальних за надання допомоги біженцям, слід розглянути питання про застосування прийнятних в культурному відношенні процедур та матеріалів скринінгу для біженців і шукачів притулку з метою виявлення ризику розвитку ПТСР [27, с. 748].

Застосування неналежного діагностичного інструментарію може призвести до пере- або недооцінки проблеми [21, с. 1048].

Вибір діагностичного інструментарію повинен обумовлюватися наявністю і найкращої доказової бази фактичних даних, що засвідчують його ефективність, з метою відбору найбільш науково-обґрунтованого методу [21, с. 20]. Рекомендується, щоб лікар при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя керувався доступними схваленими методиками [33, с. 313]. У клінічних установах це може включати неструктуровані психіатричні інтерв'ю, структуроване клінічне інтерв'ю, опитувальники із самозвіту і (де можливо) розповіді важливих людей в житті пацієнта [34, с. 209]. Рекомендується, щоб лікар використовував методику самозвіту в якості основи для своєї оцінки результатів лікування з плином часу [36, с. 202].

У більшості клінічних установ неструктуровані клінічні інтерв'ю складаються зі стратегії первинної оцінки. Однак, оскільки посттравматичний стрес може бути пов'язаний з компенсаціями, в якийсь момент може виникнути необхідність об'єктивної оцінки, яка буде полягати в більш ретельній перевірці [30, с. 227]. Незалежно від контексту, клініцист повинен підтримувати баланс між наданням емпатичної підтримки постраждалій людині та отриманням достовірної та об'єктивної інформації [27, с. 748].

Психометричні методи

Структуроване клінічне інтерв'ю: Спеціальні опитувальники та тести можуть бути корисними для уточнення діагнозу та оцінки інтенсивності симптомів ПТСР (SCID: [36, с.202]). Клінічне діагностичне інтерв'ю (SCID), що складається з кількох діагностичних модулів (блоків питань) для діагностики відповідно до критеріїв DSM-V. Можна працювати окремо з модулем ПТСР.

Структуроване клінічне інтерв'ю надає оптимальні стратегії для створення надійного клінічного діагнозу і вказівку на тяжкість симптомів. Для грамотного, добре підготовленого лікаря ці заходи поєднують стандартизований та об'єктивний інструмент з елементом клінічного судження [27, с. 748]. Питання безпосередньо

зосереджені на симптомах ПТСР і об'єктивна шкала визначає, чи кожен з них є досить сильним, щоб відповідати критеріям [18, с. 45].

Шкала клінічної діагностики, за якою оцінює клініцист, CAPS (Clinical administered PTSD Scale) є психометричним надійним приладом, призначеним для подолання багатьох інших обмежень структурованих інтерв'ю ПТСР [37, с. 148]. Шкала клінічної діагностики CAPS-5 - це структуроване інтерв'ю з 30 пунктів, яке зазвичай застосовується додатково до SCID, і може бути використана для уточнення рівня симптомів ПТСР і частоти їх прояву. Також допомагає оцінити достовірність отриманої інформації. Вимірює загальну інтенсивність симптоматики, частоту та інтенсивність окремих симптомів, ступінь їх впливу на соціальну та професійну активність пацієнта, а також ступінь покращення стану при повторному вимірі.

В той час як CAPS настійно рекомендується для використання в наукових дослідженнях, вона є дещо складною для використання в рутинній клінічній практиці. Кілька інших добре перевірених структурованих інтерв'ю ПТСР, які коротші і простіші для проведення, доречні в даному контексті. Два, що настійно рекомендуються, включають «Шкалу інтерв'ю симптомів ПТСР» (PSS-I) і «Структуроване інтерв'ю для ПТСР» (SIP) (дивись додаток 1).

Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події (Impact of Event Scale - Revised - IOES R), яка широко застосовується в дослідженнях ПТСР і заснована на велику кількість спостережень різних стресових реакцій [38, с. 27]. Вимірює три типи реакцій на травматичний стрес: • нав'язливих переживань (інтрузії); • уникнення; • фізіологічної збудливості.

Опитувальник для оцінки вираженості психопатологічної симптоматики SCL 90 R (шкала Дерогатису), який добре диференціює пацієнтів, які страждають на ПТСР [41, с. 727].

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій існує у «військовому» (для учасників бойових дій) та «громадянському» варіантах. Вимірює симптоми вторгнення (інтрузії), уникнення, фізіологічної збудливості, почуття провини та суїцидальності (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) [41, с. 727].

Шкала дисоціації (Dissociative Experience Scale - DES) для оцінки інтенсивності дисоціативних симптомів [41, с. 727].

Шкала базових переконань (World Assumption Scale Was) – вимірює вплив психотравми на базові переконання пацієнта, такі як: • доброта навколишнього світу (BW, benevolence of world); • доброзичливість людей (BP, benevolence of people); • справедливість світу (J, justice); • контрольованість світу (C, control); • випадковість як принцип розподілу подій, що відбуваються (R, randomness); • цінність свого «Я» (SW, self-worth); • ступінь самоконтролю (SC, self-control); • ступінь удачі, чи везіння [41, с. 727]..

Якщо результати тесту сильно занижені, це слід взяти до уваги під час психотерапії [42, с. 165].

Опитувальник посттравматичних переконань (The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)) дозволяє виявити суб'єктивні відчуття індивіда, який страждає на ПТСР [2, с. 20].

Особистісний профіль кризи А. Е. Тараса (2003) вимірює психологічну і фізіологічну реакцію пацієнта на кризу, що переживається.

Опитувальник особистісної та соціальної ідентичності А. Урбановича (1998, 2001), який дозволяє виявити перші ознаки розладу людини із собою та зі своїм соціальним оточенням у наступних сферах: професійна діяльність, матеріальне становище, внутрішній світ, здоров'я, сім'я, оточуючі, майбутнє, суспільство.

Що ж до можливого симулювання, то, за даними досліджень, задовільні результати дає Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (MMPI), що включає «шкалу брехні» і «шкалу корекції» (виявлення аггравації і симуляції симптомів) [43, с. 727]. Необхідно також звернути увагу на такі можливі ознаки симулювання: • скарги на всі можливі проблеми, які можуть бути пов'язані з ПТСР; • згадка великої кількості флешбеків за відсутності симптомів уникнення [44, с. 560]..

Існує програма, що розпізнає ПТСР за характеристиками голосу пацієнта, зокрема за менш виразною мовою та за «неживим» металевим тембром.

Передбачається, що ПТСР викликає негативні зміни в зонах мозку, які відповідають за емоції та м'язовий тонус, що впливає на тональність голосу [35, с. 202].

Опитувальники із самозвіту: Існує багато методів самозвітування для оцінки симптомів ПТСР, як для загальних, так і конкретних груп населення. Найкращі шкали психометрично надійні та не нав'язливі [27, с. 748]. Хоча такі шкали дають дійсну оцінку симптомів без впливу інтерв'юера, вони можуть бути схильні до перебільшення або применшення симптомів. Їх діагностична точність обмежена, тому їх не рекомендується використовувати як єдиний метод діагностики [21, с. 1048]. Шкали самозвітування краще використовувати як корисний інструмент скринінгу перед більш детальними інтерв'ю або для оцінки динаміки симптомів під час лікування.

Деякі шкали, такі як Шкала впливу подій (IES), використовуються вже протягом десятиліть і досі популярні серед клініцистів і дослідників [38, с. 27]. Однак діагностичні критерії ПТСР еволюціонували, і зараз рекомендуються більш нові шкали, які відповідають цим критеріям. Одним з прикладів є Контрольний перелік симптомів ПТСР (PCL-5), який оцінює 17 симптомів ПТСР по DSM-V [37, с. 148]. Він заповнюється за кілька хвилин і дає надійні психометричні дані. Рекомендована діагностична точка відсікання - 50 балів, але оптимальне значення може варіюватися залежно від типу травми та умов.

Існують також інші шкали, такі як версія самозвіту шкали симптомів ПТСР (PSS-SR) аналогічна PCL, в той час як «Травматична шкала Девідсона» (DTS) дозволяє оцінювати частоту та інтенсивність [40, с. 727]. У кінцевому аналізі, напевно, залишається невеликий вибір між цими шкалами; будь-яка є корисним доповненням для клініцистів і дослідників. Проте, варто зазначити, що PCL є однією з небагатьох безкоштовних шкал для клініцистів всього світу.

Окрім вимірювання симптомів, важливим є використання більш широкого інструмента оцінки якості життя, який може вимірювати прогрес в одужанні та реабілітації (WHOQOL [43, с. 24]). Одним з найпоширеніших інструментів такого типу є коротка форма Інструменту ВООЗ з оцінки якості життя (WHOQOL-Bref).

Цей інструмент має крос-культурну застосовність та хороші психометричні властивості [44, с. 220].

Хоча психоемоційна стійкість часто розглядається як результат впливу травматичної події, існує дуже мало емпіричних досліджень, які б підтверджували її існування [45, с. 227]. Натомість, показники адаптивних результатів, як правило, описуються як доказ психоемоційної стійкості, зокрема, в сфері соціальної та психологічної компетентності [46, с. 543].

До існуючих методів вимірювання психоемоційної стійкості належать «Шкала стійкості» (Resilience Scale) [47, с. 165] та «Шкала стійкості Коннора-Девідсона» (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) [48, с. 76]. Хоча ці методи показали перспективність, наразі не існує достатньо даних для визначення оптимального або рекомендованого методу вимірювання психоемоційної стійкості [49, с. 8].

Особливості діагностики ПТСР: Як уже зазначалось, не завжди пацієнт із ПТСР при зверненні за допомогою згадує про вищеописані симптоми і про травму, наприклад, через почуття провини, сорому або бажання не думати про тяжкі спогади. Також пацієнт може не бачити зв'язок між симптомами та подією або недооцінювати серйозність пережитої психологічної травми. З цієї причини при підозрі на ПТСР слід тактовно розпитати пацієнта про ті травмуючі події, що мали місце в минулому. Також слід звернути увагу на симптоми, характерні для ПТСР:

відтворення минулих подій у кошмарних снах. При ПТСР під час сну пацієнт може здійснювати різні рухи, а при пробудженні від жахіття може бути збуджений, зляканий, він може кричати, нападати на свого партнера в ліжку або стискати його;

зміни у поведінці після травмуючої події (наприклад, соціальне уникнення, відчуження, агресивність, адикції, суїцидальні тенденції);

психосоматичні симптоми, що з'явилися після події (головний біль, м'язова напруга, стомлюваність, проблеми з диханням і т.д.).

У дослідницьких умовах можна додати психофізіологічні показники, що оцінюють активність симпатичної нервової системи за допомогою таких заходів, як частота серцевих скорочень, м'язова напруга, кров'яний тиск та потовиділення, і це

може забезпечити додаткову ступінь об'єктивності, хоча це рідко буває практичним в клінічних умовах [27, с. 748].

Всі пацієнти, особливо старечого віку, повинні пройти обстеження психічного стану (MSE) [17, с. 1048]. Це стосується компетенції лікарів психіатричного профілю. Всі пацієнти з ПТСР мають бути оцінені з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінки (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічного здоров'я та токсикоманії, супутні захворювання (токсикоманія). Тому для уточнення діагнозу пацієнта необхідно направити до відповідного фахівця.

Весь сучасний рекомендований перелік опитувальників що радять фахівці дивись у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

«Загально використовувані інструменти оцінки» [93. с. 42].

Інструмент	Кількість пунктів	Опис	Психометричні характеристики
Опитувальники			
Шкала ПТСР, за якою оцінює клініцист – Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)	34 (+10)	Вважається «золотим стандартом» оцінки ПТСР, хоча дещо складна для використання в клінічній практиці. Кожен симптом ПТСР по DSM-IV оцінюється за інтенсивністю і частотою, і, де це можливо, визначається поведінково. На додаток до 17 основних пунктів є додаткові питання, що оцінюють провину (4 питання) і дисоціацію (6 питань).	Відмінна надійність і достовірність.
Шкала посттравматичного стресу – Опитувальник – PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I)	17	Надає єдину оцінку тяжкості (від 0-3) для кожного симптому ПТСР, отримуючи загальний бал тяжкості ПТСР, а також бали для повторного переживання, уникнення та збудження. Більш короткий час оцінки, ніж CAPS, особливо для пацієнтів зі значними симптомами ПТСР.	Гарна надійність повторного тестування (від 0,66 до 0,80) протягом 1 місяця і висока міжекспертна надійність (від 0,93 до 0,97). PSS-I сильно корелює з CAPS (0,87)
Структуроване інтерв'ю щодо ПТСР (SIP)	17 (+2)	Оцінює 17 симптомів ПТСР з двома додатковими питаннями оцінки провини. Кожен елемент оцінюється від 0-4 і надає єдину оцінку частоти, тяжкості і функціонального погіршення.	Гарна внутрішня узгодженість (0,80). Висока надійність повторного тестування (0,89) і

			міжекспертна надійність (0,90)
Засоби самозвітування			
Шкала впливу подій – переглянута – Impact of Event Scale – Revised (IES-R)	22	Не відповідає безпосередньо критеріям DSM-IV щодо ПТСР, тому не забезпечує пряму інформацію про діагноз ПТСР або тяжкість.	Висока внутрішня узгодженість (від 0,84 до 0,92) і ретестова надійність від хорошої до відмінної (від 0,51 до 0,94).
Контрольний перелік симптомів ПТСР – PTSD Checklist (PCL)	17	Оцінює 17 симптомів ПТСР по DSM-IV, кожен за п'ятибальною шкалою від «зовсім не заважає» до «надзвичайно заважає». Окремі форми є для військових, цивільних і специфічних стресорів. Існує помітна різниця в рекомендованих показниках відсікання; наприклад, точка відсікання 50 рекомендується для ветеранів бойових дій, в той час як більш низькі точки відсікання 30-37 рекомендуються для використання у цивільних групах у закладах первинної медичної допомоги	Висока надійність повторного тестування протягом 2-3 днів. Внутрішня узгодженість дуже висока для кожного з кластерів симптомів DSM-IV, а також для повної шкали 17 пунктів. PCL має високий рівень достовірності при порівнянні з CAPS.
Посттравматична діагностична шкала – Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)	49	На додаток до вимірювання ступеня тяжкості симптомів ПТСР (критерії B, C та D), PDS також цікавиться досвідом травматичної події Критерію А, тривалістю симптомів (критерій Е) і наслідками симптомів на повсякденну діяльність (критерій F).	Відмінна внутрішня узгодженість (від 0,84 до 0,92) і надійність повторного тестування (від 0,77 до 0,85). PDS має чутливість 0,89 і специфічність 0,75.
Шкала симптомів ПТСР – PTSD Symptom Scale (PSS-SR)	17	PSS-SR була попередником PDS. Вона складається з тих же 17 пунктів, що і PSS-I (див «Опитувальники» вище), хоча деякі елементи повторно сформульовані для ясності. Як і у варіанті інтерв'ю, тяжкість кожного симптому оцінюється від 0 до 3.	Внутрішня узгодженість від хорошої до відмінної (від 0,78 до 0,91) і ретестова надійність від поганої до прийнятної (від 0,56 до 0,74). PSS-SR демонструє прийнятну кореляцію з PSS-I (0,73).
Травматична шкала Девідсона – Davidson Trauma Scale (DTS)	34	Кожен симптом ПТСР оцінюється за п'ятибальною шкалою щодо частоти (від «немає» до «кожен день») і тяжкості (від «незначна» до «надзвичайна»).	Відмінна внутрішня узгодженість (від 0,83 до 0,93). Кореляція між касетних кластерів симптомів по DTS і CAPS варіюється від 0,53 (уникнення) до 0,73 (збудження).
Детальна оцінка посттравматичного стресу – Detailed	105	Містить докладну інформацію про історію впливу травми на індивіда, а також його безпосередню реакцію, стійкі	Ймовірний діагноз ПТСР по DSM-IV, згенерований DAPS,

Assessment of Posttraumatic Stress (DAPS)		психологічні посттравматичні симптоми стресу і рівень посттравматичного порушення в контексті конкретної травматичної події.	має хорошу чутливість (0,88) і специфічність (0,86) в порівнянні з CAPS.
Анкета симптомів травми – Trauma Symptom Inventory (TSI)	100	Кожен пункт симптомів оцінюється за його частотою протягом попередніх шести місяців, використовуючи шкалу з чотирма пунктами в межах від 0 («ніколи») до 3 («часто»). TSI не встановлює діагнози DSM-IV; замість цього вона оцінює відносний рівень різних форм посттравматичного дистресу.	Відмінна внутрішня узгодженість (від 0,84 до 0,87) і помірна достовірність. Дійсність коваріює, як і очікувалося з подібними масштабами від інших заходів.
Гарвардська анкета травми – Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)	Різні	Перехресна оцінка травми і ПТСР. Доступні кілька версій. HTQ оцінює вплив широкого спектра травматичних подій, симптоми ПТСР по DSM-IV, специфічні для культури і соціального функціонування симптоми. Вона також просить респондентів надати суб'єктивний опис найбільш травматичної події, яку вони зазнали.	Змінюються залежно від використовуваної версії.

2.2. Особливості діагностики ПТСР у дітей.

Зазначимо, що багато питань щодо скринінгу, оцінки та діагностики, які були висвітлені у попередньому розділі щодо дорослих, є актуальними й для дітей та підлітків (American Psychiatric Association, 2013) [17, с. 45]. Більш того, директорка ГО "Центр соціально-культурного розвитку", Наталія Шайхутдінова, вважає, «...що, якщо в родині батьки мають посттравматичний синдром, то він обов'язково буде і у дитини» [57, с. 12]. Але слід враховувати, що проведення скринінгу дітей потребує використання чутливого інструментарію, розробленого саме з метою діагностики дітей [56, с. 103]. Очевидно, що для внесення відповідних корекцій потрібно клінічне судження у випадку необхідності. Тому розглянемо певні конкретні питання, які слід враховувати під час роботи з даною віковою групою.

Довгі дослідження показали низький рівень згоди між батьками і дітьми, особливо коли йдеться про інтерналізацію симптомів [21, с. 217]. Багато досліджень вказують на те, що ця тенденція присутня не лише в разі впливу травми і симптомів посттравматичного стресу, але також у випадках, коли батьки мінімізують симптоми і травми, які перенесли їх діти та підлітки [27, с. 750]. Кого звертатися в разі низького рівня згоди між батьками і дітьми? Зазвичай в разі гострих наслідків травматичних подій служби екстреного реагування майже завжди

звертаються до батьків щодо благополуччя дитини, а не безпосередньо до неї [34, с. 211]. Навіть коли діти беруть участь у власній оцінці, клініцисти часто довіряють відповідям батьків, переконані, що вони будуть більш точними у своїх вказівках [36, с. 15]. У разі дошкільнят клініцисти зазвичай спираються лише на думки батьків. Схильність батьків не завжди повністю повідомляти про дитячі травми і симптоми посттравматичного стресового впливу викликає занепокоєння з низки причин:

- родинна та соціальна підтримка є важливими факторами у запобіганні переходу подій травматичного характеру до посттравматичних психічних розладів у дітей та підлітків, проте, якщо батьки навіть не усвідомлюють, що їхні діти могли бути постраждалими від травматичного впливу або не відчують певної турботи щодо цього, вони не зможуть надати належну допомогу [2, с. 25].

- необхідно пам'ятати, що батьки відіграють важливу роль у забезпеченні доступу своїх дітей до психологічної підтримки. Якщо вони не помічають проблему або не розуміють її важливості, вони ймовірно не будуть шукати допомоги для своїх дітей [33, с. 315].

- якщо батьки не мають інформації про можливість ПТП у своїх дітей, вони не можуть ефективно захистити їх, наприклад, від фізичного або сексуального насильства [56, с. 104].

Загальний висновок, який можна зробити з цитованої вище інформації, полягає в тому, що, навіть у віці дошкільного дитинства, важливо і необхідно отримувати інформацію від самої дитини, а не тільки від її батьків. Відомості від батьків про симптоми травм у дітей часто містять цінну інформацію про батьків і їх рівень посттравматичного стресу [27, с. 751].

Американська академія дитячої та підліткової психіатрії (AACAP) у своїх "Практичних параметрах" рекомендує включати питання про вплив травматичних подій (ПТП) до будь-якої психіатричної оцінки дітей та підлітків [36, с. 20]. Ця рекомендація ґрунтується на високому рівні травматизації дітей та підлітків, а також на важливості раннього виявлення симптомів. Адаптована клінічна настанова підкреслює, що "навіть якщо травма не є причиною для направлення, лікарі повинні регулярно запитувати дітей про травматичні події... і якщо такий

вплив буде мати місце, дитину слід обстежити на наявність симптомів ПТСР" [36, с. 21].

Раннє діагностування ПТСР у дітей та підлітків має вирішальне значення для їх психічного здоров'я. Важливо, щоб усі фахівці, які працюють з дітьми та підлітками, знали про необхідність скринінгу на ПТП. Це допоможе виявити дітей, які пережили травму, і надати їм необхідну допомогу [21, с. 218].

Згідно цієї рекомендації, коротко розглянемо роль скринінгу у виявленні дітей та підлітків із ризиком розвитку ПТСР після травматичного впливу. Враховуючи, що травма є ключовим фактором у діагностиці ПТСР, важливо зауважити, що не у всіх випадках дітей і підлітків із ПТП виникає ПТСР. Ідея застосування скринінгових інструментів для визначення ризику у цій категорії виглядає перспективною, оскільки це може допомогти виявити дітей, які зазнали травми та перебувають у групі ризику розвитку ПТСР, забезпечити їм раннє втручання та лікування [2, с. 26].

Проте, наразі існує небагато економічно ефективних та доступних інструментів скринінгу ПТСР у дітей. Тому рекомендовано проводити скринінг груп високого ризику, а не всього населення [49, с. 9]. Це може допомогти знизити ризик хибно позитивних результатів та оптимізувати ресурси.

Згідно Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», який був розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, рекомендовано: первинний скринінг проводити: «...лікарем загальної практики-сімейним лікарем, лікарем-педіатром, лікарем-психіатром дитячим на підставі безпосереднього медичного огляду, клінічних інтерв'ю з дитиною та її батьками, в разі потреби, з іншими особами з групи первинної підтримки з використанням науково-обґрунтованих методів оцінювання» [52, с. 42].

Серед інструментів скринінгу найчастіше використовуються опитувальники самозвіту:

- Індекс ПТСР реакцій для дітей / підлітків DSM – 5 (University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA PTSD-RI)) це анкета для виявлення травматичних подій і оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей шкільного віку та підлітків (UCLA PTSD-RI).
- Контрольний перелік травматичних подій, дитяча версія (The Trauma Exposure Symptom Inventory Child (TESI-C)) та опитувальник щодо симптомів впливу травми – повідомлення батьків (The Trauma Exposure Symptom Inventory – Parent Report (TESI-PR)) використовують для оцінювання особливостей психічної травматизації [2, с. 27].
- Дитяча шкала впливу подій Revised Child Impact of Events Scale (CRIES-8) Шкала Впливу Подій (Impact of Events Scale, IES) була розроблена у 1979 році для моніторингу таких симптомів ПТСР, як повторне переживання травматичних подій та поведінка уникнення спогадів про події та почуттів відносно них [38, с. 210]. Таким чином, оригінальна шкала містила 15 пунктів та дві субшкали: Інтрузії та Уникнення. Ця шкала (IES) спеціально не розроблялася для її використання з дітьми. Два незалежні великі дослідження з дітьми від 8 років [50, с. 339]; показали, що багато пунктів цієї шкали неправильно розуміються дітьми. На основі результатів цих досліджень було створено скорочену версію – Шкалу Впливу Подій для Дітей, яка мала 8 пунктів для дітей віком від 8 років, які уміють читати [50, с. 341];.
- Child Trauma Screening Questionnaire (CTSQ);
- Контрольний перелік соматичних симптомів дитячої поведінки (PTSD subscale of the Child Behaviour Checklist (CBCL)) - одна з найбільш широко використовуваних форм оцінки батьками, вчителями та безпосередньо самими дітьми проявів їх поведінки, яка часто використовуються додатково до спеціалізованих оцінок травматичних симптомів [39, с. 727];
- Дитячий опитувальник з ПТСР (Child PTSD Reaction Index (CPTSD-RI)) та його перегляд був розроблений для виявлення травматичного стресу серед

молоді. Також цей інструмент можна використовувати для відповідного вимірювання ефективності лікування та ефективнішого сортування молодих людей до відповідних служб [37, с. 1];

- Дитяча шкала симптомів ПТСР (Child PTSD Symptom Scale (CPSS) - призначений для оцінки інтенсивності ПТСР у дітей [2, с. 28];
- Батьківська анкета з метою оцінки травматичних переживань дітей.

Важливо пам'ятати, що скринінг не є діагностикою і остаточний діагноз ПТСР може встановити лише кваліфікований фахівець. Але цей спосіб експрес-опитування первинною амбулаторною ланкою може стати першим кроком на шляху до допомоги дітям та підліткам, які зазнали травми та перебувають у групі ризику розвитку ПТСР.

Наступний етап оцінювання впливу травми і симптомів на дітей та підлітків представляє собою складний процес, в порівнянні з діагностикою ПТСР у дорослих. Багато інструментів оцінки, що широко використовуються, можуть бути критично переглянуті через їхню недосконалість, а саме:

- вони представляють зменшення розширення заходів, спочатку розроблених для дорослих, які часто не були предметом систематичної психометричної оцінки у переглянутій формі;
- ці інструменти зазвичай не враховують аспекти розвитку, оскільки шкали часто призначені для широкого діапазону віку, наприклад від 8 до 16 років.
- відсутність різноманітних версій для різних інформантів також є проблемою. Потреба отримання інформації від дитини та батьків вже обговорювалася, проте багато з найбільш використовуваних критеріїв не мають паралельних версій, що ускладнює процес для медичних працівників.
- ці інструменти можуть потребувати інтенсивної підготовки для використання та є дуже часомірними (цей пункт стосується лише інтерв'ю).

Загалом, структуровані інтерв'ю, як правило, вважаються більш точними для діагностики ПТСР, ніж опитувальники, адже вони потребують підготовки та часу. Проте опитувальники можуть бути корисними для повторних оцінок протягом лікування. Тому шкала ПТСР для дітей і підлітків (CAPS-

СА) – найпоширеніше діагностичне інтерв'ю, яке оцінює клінічні прояви, пов'язані з психічною травмою, але воно більше підходить для досліджень і може бути складним для щоденної практики.

Діагностична оцінка дітей дошкільного віку (DIPA) – нове інтерв'ю для дітей дошкільного віку, яке може стати золотим стандартом в оцінці цієї вікової групи.

Специфічні проблеми виявлення у дітей та молоді які потрібно враховувати (рекомендації з належної практики):

- діти і підлітки, як правило, залежать від дорослих, які звернулися за допомогою дитині. Це означає, що однаково важливо залучати та підтримувати відповідну мотивацію дорослих продовжувати допомогу дитині або підлітку;
- разом с тим, рівень злагодженості між батьками/ особами, які здійснюють догляд, та дітьми щодо інтерналізації симптомів посттравматичних психічних проблем може бути дуже низьким;
- при будь-якому обстеженні на ПТСР практикуючі лікарі не повинні керуватись інформацією виключно від батьків чи опікунів про симптоми дитини – навіть якщо дитина дошкільного віку, необхідно окремо розпитати саму дитину чи молоду особу про симптоми ПТСР. У тих випадках, коли діагностики потребують дуже маленькі діти (у віці 0-3 роки), вона повинна включати оцінку поведінки дитини з приділенням особливої уваги стадії розвитку і рівню прив'язаності. Деякі симптоми ПТСР, такі як почуття укороченого майбутнього і нездатність згадати деякі аспекти травми, навряд чи корисно відслідковувати в цій віковій групі.
- питання про вплив ПТП, які найчастіше переживалися, повинні бути включені як стандартні в проведення будь-якої психіатричної оцінки дітей і підлітків. Якщо наявність такого впливу визначена, дитину слід обстежити на наявність симптомів ПТСР;
- оцінка дітей і підлітків повинна включати оцінку системи (зазвичай сім'ї), в якій вони живуть, так як їх симптоми будуть впливати і будуть перебувати під впливом того, що відбувається в системі;

- у дітей коло потенційних посттравматичних психічних проблем включає в себе поведінкові проблеми і проблеми із зосередженням уваги (такі як опозиційний розлад і синдром дефіциту уваги з гіперактивністю), а також тривожні розлади (такі як тривожні розлади сепарації та афективні розлади). Слід також запитувати дітей і / або їхніх батьків / опікунів про порушення або значні зміни сну;
- для дітей і підлітків застосування структурованого клінічного інтерв'ю користується більшою перевагою як спосіб діагностики, ніж опитувальник для постановки діагнозу.

У дитячих відділеннях невідкладної допомоги необхідно:

- інформувати батьків / опікунів, що у дітей, які були учасниками травматичної події, може розвинутися ПТСР;
- коротко описувати батькам / опікунам можливі симптоми (наприклад, порушення сну, нічні жахи, труднощі з концентрацією уваги і дратівливість);
- рекомендувати батькам / опікунам звернутись до лікаря дитини, якщо симптоми триватимуть більше 1 місяця.

Важливо зазначити, що жоден інструмент не є ідеальним для всіх дітей. Вибір методу оцінки залежить від віку дитини, тяжкості симптомів, наявності інших психічних розладів та цілей оцінки.

У таблиці 2.2. наведено основні відомості, що стосуються найбільш часто використовуваних і психометрично сильних інструментів оцінки.

Таблиця 2.2.

«Інструменти оцінки для дітей і підлітків» [93. с. 77]

Інструмент	Вік	Інтерв'ю/опитувальник	Опис	Психометричні характеристики
Психіатрична оцінка дітей дошкільного віку – Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)	2-5 років	Структуровані і діагностичні інтерв'ю осіб, які здійснюють догляд	Дозволяє діагностувати найбільш поширені дитячі психічні розлади (опозиційно-зухвалий розлад, SAD, дефіцит уваги з гіперактивністю, важкий депресивний розлад та ПТСР). Включає емпірично перевірені модифікації розвитку за критеріями ПТСР. Забезпечує вимір ступеня погіршення або інвалідності, спричинені симптомами.	Хороша надійність повторного тестування. Адекватні внутрішньокласові коефіцієнти для категорії ПТСР.

Діагностична оцінка дітей дошкільного віку - Diagnostic Infant Preschool Assessment (DIPA)	1-6 років	Структуровані і діагностичні інтерв'ю осіб, які здійснюють догляд	Перше інтерв'ю повинно бути оцінено з дитини у віці до 2 років. Дозволяє діагностувати більшість дитячих психічних розладів. Включає емпірично перевірені модифікації розвитку за критеріями ПТСР. Забезпечує оцінку дитячого дистресу і функціональних порушень, викликаних симптомами.	Прийнятна надійність і достовірність. Адекватна-відмінна достовірність тестування- повторного тестування.
Опитувальник щодо симптомів впливу травми – повідомлення батьків – переглянутий – The Trauma Exposure Symptom Inventory – Parent Report Revised (TESI-PRR)	0-6 років	Перелік заповнюють особи, які здійснюють догляд	Перелік ПТП, яким дитина може піддатися, наприклад, нещасні випадки, насильство, свідцтво насильства в сім'ї і громаді, тероризм. Особа, яка здійснює догляд, вказує вік дитини, коли відбулася подія і чи дитина має реакцію на кожну подію.	На даний час немає наявних психометричних даних.
Контрольний список симптомів травми маленьких дітей – Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)	3-12 років	Опитувальники заповнюють особи, які здійснюють догляд	Оцінює відповіді після травми. Представляє дев'ять клінічних шкал і загальну шкалу (за умови попереднього діагнозу ПТСР). Дані кількох шкал призначені для встановлення обґрунтованості звітів особи, які здійснюють догляд. Розроблено спеціально для травмованих дітей в цьому віковому діапазоні.	Встановлені норми і клінічні кінцеві точки, засновані на вибірці стандартизації (містить тільки невелику кількість 3-4-річних). Прийнята шкала внутрішньої узгодженості, помірна ковергентна і дискримінантна валідність щодо переліку симптомів травми, заповненого 8-12 річними. Відмінна одночасна валідність продемонстрована іншими вимірами, зробленими батьками.
Опитувальник щодо симптомів впливу травми – повідомлення батьків – The Trauma Exposure Symptom Inventory – Parent Report (TESI-PR)	3-18 років	Перелік заповнюють особи, які здійснюють догляд	Оригінальний вимір впливу травми. Особа, яка здійснює догляд, вказує, чи дитина зазнала будь-якої травми з діапазону подій (від випадкової травми до сексуального насильства). Особа, яка здійснює догляд, вказує вік своєї дитини при кожній події, а також реакції дитини у відповідь на травму.	Адекватна надійність тестування - повторного тестування.
Шкала для дітей і підлітків, за якою оцінює клініцист – The Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)	8-15 років	Опитувальники заповнює молода людина	Низхідна модифікація шкали ПТСР, за якою оцінює лікар (CAPS). Оцінює існуючі за життя впливи травм + частоту та інтенсивність симптомів ПТСР у зв'язку з цими подіями.	Виражені психометричні характеристики
Дитячий опитувальник з ПТСР –	7-18 років	Опитувальники заповнює	Оцінює наявність симптомів ПТСР щодо конкретних подій. Дозволяє діагностику по DSM-IV.	

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

2.3. Опис методики дослідження.

Для вирішення представлених завдань на різних етапах в магістерській роботі були використані такі методи:

Теоретичний аналіз, узагальнення та систематизація наукових знань. Емпіричні методи: аналітико-вибірковий, метод анкетування, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний метод.

Аналітико-вибірковий метод (аналіз наявної медичної документації баз даних медичного закладу) застосовувався *на першому етапі* рекрутингу дітей з метою виявлення дітей групи ризику (потенційно травмуюча подія в анамнезі) розвитку ПТСР та дітей, які зверталися до лікаря з повторюваними неконкретними проблемами з фізичним здоров'ям (згідно рекомендацій уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, затвердженого Наказом міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121), у віці від 7 до 18 років, для подальшого дослідження, зі всіх дітей що знаходяться на амбулаторному нагляді в окремому (Святошинському) районі міста Києва.

Соціально - демографічний метод складався із інтерв'ювання дітей та їх батьків. Збиралися загальні відомості щодо віку дитини, складу сім'ї, соціального статусу сім'ї, інформація щодо освіти батьків, дані щодо сімейного анамнезу захворювань. Дані заносилися в персоніфіковану карту дитини.

Критеріями включення в вибірку до дослідження на першому етапі були:

1. Вік дитини від 7 до 18 років на момент включення до дослідження.
2. Діти, що проживали в Святошинському районі Києва та прилеглих містах, районних центрах, населених пунктах і були свідками бойових дій чи знаходились в окупацій (м. Буча, м. Ірпінь, м. Ворзель, пгт. Бородянка, с. Мощін, Пуща Водиця тощо) в лютому-березні 2022 року і були свідками, що є ПТП (потенційно травмуюча подія).
3. Діти, які проживають у Святошинському районі, зараз переживають бомбардування/ їхні домівки потрапили під обстріл ракет або ударних

безпілотних літаючих апаратів/ були свідками попадання ракет або БПЛА в домівки поблизу.

4. Діти, які перебували в Україні та мають в анамнезі потенційно травмуючу подію і що знаходься на амбулаторному догляді та первинній ланці спостереження (сімейний лікарі, психологи, вчителі, батьки) в Україні та за кордоном.
5. Діти, які зверталися до лікаря з повторюваними неконкретними проблемами з фізичним здоров'ям.
6. Діти з неблагополучних сімей.

Таким чином, відповідна інформація збиралася з декількох джерел: медичних карток дітей, і/або зі слів батьків, вчителів, психологів. Всім дітям що відносились до групи ризику розвитку ПТСР було запропоновано взяти участь у магістерському дослідженні. До наступного етапу потрапили 30 дітей, батьки яких надали добровільної згоди на участь у дослідженні і при наявності добровільної згоди на участь у дослідженні від самої дитини за умови, якщо вона досягла віку 14 років.

На другому етапі дослідження був застосований метод анкетування. Обстеження дитини починалося з визначення типу травматичної події, що використовувалося як основа для подальшого вивчення наявності та тяжкості травматичних симптомів. Всіх дітей та їхніх батьків, які погодилися взяти участь у дослідженні, було опитано за допомогою модифікованого (співробітниками кафедри психіатрії та наркології НМУ імені О.О. Богомольця було додано 8 пунктів, які оцінювали безпосередньо травматичний досвід, пов'язаний з війною, та реакцію дитини на нього) скринінгу травматичних подій: «Контрольний перелік травматичних подій, дитяча версія» (2014 ©UCLA, укр. переклад Інститут психічного здоров'я УКУ) на наявність будь-яких травматичних подій нещодавно або в минулому, та опис прикладів таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо).

В одночасі за допомогою клініко-анамнестичного методу проводилось вивчення скарг, анамнезу життя, захворювання та психічного стану дітей та підлітків. Анамнез життя та захворювання дітей збирався за допомогою клінічної

бесіди з самими дітьми та їх батьками, аналізу наявної медичної документації, характеристики дитини зі школи. Загальний медичний огляд застосовувалися для оцінки психологічного стану дитина (проводився непомітно під час бесіди) та виявлення можливих поранень, фізичних ушкоджень, ознак фізичного та сексуального насильства.

Критеріями включення в вибірку до третього етапу дослідження (30 респондентів) були:

1. Наявність пережитого травматичного досвіду, що був прямим наслідком військових дій та/або побутового насильства.
2. Наявність добровільної згоди на участь у дослідженні від опікунів дитини.
3. Наявність добровільної згоди на участь у дослідженні від самої дитини за умови, якщо вона досягла віку 14 років.

На третьому етапі дослідження, після визначення наявності та типу травматичної події, у разі виявлення окремих симптомів для верифікації ПТСР проводилося опитування (психодіагностичний метод) за допомогою структурованого інтерв'ю. Інтерв'ю було адаптовано та перекладено українською мовою групою дослідників Інституту психічного здоров'я УКУ у 2014 році. Використовувалося інтерв'ю «Індекс ПТСР реакцій для дітей / підлітків DSM – V» ((University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA PTSD-RI)). Ця анкета рекомендована до використання для виявлення травматичних подій і оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу у дітей шкільного віку та підлітків.

На цьому етапі інформація також збиралася від кількох джерел – батьків та безпосередньо самих дітей. У разі наявності відмінностей у відповідях, як травматичні враховувалися всі події, що відповідали критеріям ПТСР у DSM – V, заявлені обома респондентами.

Методи статистичної обробки даних - Статистична обробка даних здійснювалася з використанням програмного забезпечення Microsoft excel.

2.4 Аналіз та інтерпретація результатів.

Дослідження проводилось у квітні – вересні 2024 р..

Вибірку дослідження на першому етапі склали 1325 дітей, віком 7 -18 років, що знаходилися на амбулаторному нагляді первинної ланці спостереження. До другого етапу було відібрано 30 респондентів згідно «Критеріїв» включення в дослідження. Психологічне дослідження у всіх випробуваних проводилося на другому етапі вибірки, коли фізичний стан постраждалих дозволяє їм взаємодіяти з психологом та виявляти основні психологічні наслідки травм.

Особливості травматизації у дітей. Для досягнення поставлених завдань у рамках дослідження було обстежено 30 дітей, які мають потенційно травмуючу подію в анамнезі, у віці від 7 до 18 років. Учасники були розподілені на дві групи залежно від статі. Середній вік учасників становив 12,9 років. Віковий розподіл учасників виглядає наступним чином: діти віком 7-10 років – 8 учасників; діти віком 11-14 років – 7 учасників; діти віком 15-18 років – 11 учасників. Цей віковий розподіл дозволяє детально аналізувати вплив травмуючих подій на різні вікові категорії дітей.

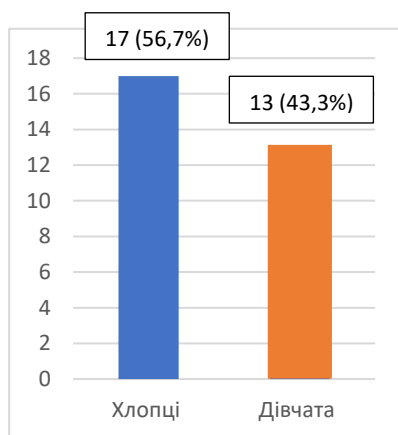


Рисунок 2.1. Розподіл дітей з потенційно травмуючою подією в анамнезі, включених до другою фази магістерського дослідження, за статтю.

Як видно з рисунку 2.1, у включених до другою фази дослідження дітей та підлітків спостерігався відмінний розподіл за статтю. з яких 13 (43,3%) були дівчатами, а 17 (56,7%) хлопцями.

Типи травмуючих подій. Для оцінки наявності, особливостей та важкості перенесених травматичних подій використовувався модифікований інструментарій травматичних подій «Контрольний перелік травматичних подій, дитяча версія» (2014 ©UCLA, укр. переклад Інститут психічного здоров'я УКУ).

Серед дітей, які зазнали травмуючих подій, було виявлено різноманітні типи травм, які можна класифікувати за частотою їх виникнення наступним чином:

Травматичні події пов'язані з військовими діями (війна): більшість учасників дослідження (29 дітей) стали свідками військових дій або бомбардувань, що залишило у них глибокий слід страху та тривоги. Результати аналізу кількості перенесених травматичних подій дивись таблицю 2.2.

Таблиця 2.2.

Розподіл кількості травматичних факторів пов'язаних з військовими діями.

Вид пережитої травматичної події, що пов'язана з військовими діями	Кількість дітей абс. (%)
Чи ти пережив/ла бомбардування?	29 (97%)
Чи ти жив/ла у бомбосховищі?	17 (57%)
Чи ти бачив/ла військові дії?	16 (53%)
Чи ти бачив/ла зруйноване помешкання знайомих внаслідок бойових дій?	16 (53%)
Чи ти бачив/ла важко поранених?	10 (33%)
Чи ти не мав/ла доступу до їжі внаслідок бойових дій?	9 (30%)
Чи ти бачив/ла власне помешкання зруйноване внаслідок бойових дій?	6 (20%)
Чи ти бачив/ла тіла вбитих внаслідок військових дій?	6 (20%)
Чи ти не мав/ла доступу до води внаслідок бойових дій?	3 (10%)

За результатами аналізу кількості перенесених травматичних подій, представлених в таблиці 2.2, встановлено, що більшість дітей зазнали впливу декількох пов'язаних з військовими діями травматичних факторів (в середньому 3,7), зокрема 97% пережили бомбардування, а 57% жили в бомбосховищах. Це може свідчити про серйозний вплив військових конфліктів на психічне та фізичне благополуччя дітей, що потребує термінового реагування та підтримки. Середня кількість перенесених травматичних на рівні $M=9,5$ травматичних подій.

Фізичне насильство: Цей вид травми був зафіксований у 25 дітей (83% від тих, хто пережив травмуючі події). Діти повідомляли про випадки побиття

(безпосередньо чи стали свідками) або жорстокого поводження в родині та школі, що призвело до тривалих емоційних наслідків.

Психологічне насильство: 20 дітей (67% від тих, хто пережив травмуючі події) зазначили, що стали жертвами психологічного насильства, яке проявлялося у формі знущань, приниження або емоційного тиску з боку однолітків або дорослих.

Смерть або втрата близької людини: 18 дітей (60% від тих, хто пережив травмуючі події) повідомили про втрату близьких, що викликало у них відчуття глибокого горя, тривоги та страху.

Нещасні випадки: 23 дитини (77% від тих, хто пережив травмуючі події) пережили нещасні випадки, які призвели до фізичних травм або серйозних психологічних переживань.

Висновки щодо наявності травмуючих подій: Згідно з даними дослідження, проведеного за допомогою модифікованого інструментарію травматичних подій «Контрольний перелік травматичних подій, дитяча версія», було виявлено, що діти, які зазнали травмуючих подій, пережили декілька (в середньому 9,5) різноманітних видів травмуючих подій, що вірогідно вплинуло на їхнє психічне та фізичне благополуччя (див. наступний розділ 2.4.2).

Серед типів травмуючих подій, найбільш поширеними виявились події, що пов'язані з військовими діями (29 дітей, 97%), 29 (97%) дітей стали свідками бомбардувань, а 57% жили в бомбосховищах, що свідчить про глибокий слід страху та тривоги, залишений цими подіями. Також зафіксовано високий рівень фізичного насильства, яке пережили 83% дітей, а 67% стали жертвами психологічного насильства. Втрата близьких торкнулася 60% дітей, викликавши глибокі емоційні переживання, тоді як 77% дітей пережили нещасні випадки.

Після визначення типу травматичної події та можливих пов'язаних з нею ситуацій, діти та підлітки були опитані за допомогою структурованого інтерв'ю на третьому етапі.

Поліморфізм клінічних проявів ПТСР у дітей та підлітків. Враховуючи те, що різні травматичні фактори можуть зумовлювати різну тяжкість травматизації, на третьому етапі дослідження, для верифікації ПТСР або з метою виявлення окремих симптомів психологічної травми, було проведено структуроване інтерв'ю. Оцінювання клінічних проявів у дітей та підлітків, включених у дослідження, проводилося з використанням клінічної шкали ПТСР у дітей та підлітків («Індекс ПТСР реакцій для дітей / підлітків DSM – V» ((University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA PTSD-RI)). Результати оцінювання представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Кількість (абс.,%) дітей у яких були виявленні «наявні» симптоми (3 або 4 бали) зі всіх кластерів DSM – V (B, C, D, E).

Діти з «наявними» симптомами всіх кластерів серед 30 респондентів.	з них у дівчат	з них у хлопців
6	2	4
20%	7%	13%

На основі наданих даних, представлених в таблиці 2.3, можна зробити кілька висновків. По-перше, виявлення «наявних» симптомів ПТСР у дітей та підлітків вказує на те, що травматичні фактори, які вони пережили, мають значний вплив на їх психологічний стан. З 30 респондентів 6 дітей (20%) продемонстрували симптоми, що свідчить про наявність проблем, які потребують уваги, що повністю відповідає та підтверджує результати світової статистики. По-друге, аналіз даних показує, що серед дітей з «наявними» симптомами ПТСР більше хлопців (4 з 6) порівняно з дівчатами (2 з 6). Це може свідчити про те, що хлопці можуть бути більш вразливими до певних типів травматизації або що їхні симптоми можуть бути більш вираженими.

Результати проведеного аналізу наявності симптомів з різних кластерів (ПТСР DSM – V) у дітей та підлітків, включених у дослідження, наведені в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Симптоматичний профіль ПТСР у дітей та підлітків: результати дослідження.

Назва кластерів симптомів ПТСР згідно критеріїв DSM-V	Кількість дітей (абс., %) у яких проявилися симптоми серед всіх респондентів (30 дітей)
Симптоми інтрузій (В кластер)	15 (50%)
Симптоми уникнення (С кластер)	8 (27%)
Симптоми погіршення когнітивного функціонування і настрою (D кластер)	18 (60%)
Симптоми афективного збудження (Е кластер)	17 (57 %)
Симптоми дисоціацій	2 (7%)
Жодного симптому не було виявлено	3 (10%)

На основі даних, наведених у таблиці 2.4, можна зробити кілька висновків щодо наявності симптомів ПТСР у дітей та підлітків, включених у дослідження.

По-перше, найбільша кількість респондентів виявила симптоми інтрузій (50%), що свідчить про значний вплив травматичних подій на їх психічний стан. Це може вказувати на те, що діти часто переживають повторні спогади або флешбеки, що є характерним для ПТСР.

По-друге, симптоми погіршення когнітивного функціонування і настрою (60%) та симптоми афективного збудження (57%) також виявилися поширеними серед респондентів. Це може свідчити про те, що травматичний досвід не лише впливає на емоційний стан дітей, але й негативно позначається на їхньому когнітивному функціонуванні, що може ускладнювати навчання та соціальну адаптацію.

Симптоми уникнення (27%) вказують на те, що частина дітей намагається уникати ситуацій, які нагадують про травматичний досвід, що може призводити до ізоляції та обмеження соціальних взаємодій.

Наявність дисоціативного підтипу перебігу ПТСР вивчився менш поширеними (7%), що може свідчити про те, що цей механізм захисту не є домінуючим серед дітей та підлітків, що зазнали психотравмуючої події.

Важливо також зазначити, що 10% респондентів не виявили жодних симптомів, що може свідчити про різні рівні стійкості до травматичних подій або про можливість наявності захисних факторів у цих дітей.

Загалом, результати свідчать про те, що тяжкість проявів ПТСР у дітей різних вікових груп суттєво не відрізнялися, переважав помірно-тяжкий перебіг.

Ці результати підкреслюють необхідність термінового реагування та підтримки для дітей, які пережили травмуючі події, зокрема в контексті військових конфліктів, а також важливість розробки програм психологічної реабілітації та соціальної підтримки для постраждалих дітей.

Висновки до другого розділу

У другому розділі магістерської роботи було детально розглянуто психологічні особливості діагностики та прояву посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у дітей в умовах амбулаторного нагляду. Діагностика ПТСР є складним і багатогранним процесом, що вимагає комплексного підходу, який враховує різноманітні аспекти психічного здоров'я, включаючи емоційні, поведінкові та фізичні симптоми. Важливим фактором, що ускладнює доступ дітей до необхідної психологічної допомоги, є соціальна стигма та страх дискримінації, що підкреслює необхідність створення безпечного середовища для відкритого обговорення травматичного досвіду.

У процесі дослідження було використано різноманітні діагностичні інструменти, такі як самозвіти, структуровані інтерв'ю та психометричні шкали, що підтверджує їхню ефективність у оцінці ПТСР. Однак самозвіти не повинні використовуватися як єдине джерело діагностики, оскільки інформація, отримана безпосередньо від дітей, має велике значення.

У ході дослідження було виявлено, що більшість дітей, які пережили травматичні події, демонструють симптоми ПТСР, зокрема виявлено високу частоту симптомів інтрузій, уникнення та афективного збудження. Також це дослідження підтвердило світову статистику, згідно з якою в середньому у 20% людей, що пережили потенційно травмуючу подію, діагностують ПТСР.

На основі отриманих даних рекомендовано термінове реагування та розробку програм психологічної реабілітації для дітей, які пережили травматичні події, особливо в умовах військового конфлікту. Таким чином, результати другого розділу підкреслюють важливість комплексного підходу до оцінки та лікування ПТСР у дітей, а також необхідність подальших досліджень у цій сфері для забезпечення ефективної підтримки дітей, які пережили травматичні події.

РОЗДІЛ III

АМБУЛАТОРНИЙ НАГЛЯД ЯК ФАКТОР ВИЯВЛЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ПТСР У ДІТЕЙ

3.1. Роль психологічного амбулаторного нагляду у виявленні та лікуванні постратравматичних стресових розладів у дітей.

Психологічний амбулаторний нагляд відіграє ключову роль у виявленні та лікуванні постратравматичних стресових розладів (ПТСР) у дітей, оскільки дозволяє забезпечити безперервний моніторинг психічного стану малечі, а також своєчасну і відповідну допомогу [80, с. 4]. Важливими аспектами цього процесу є вивчення клініко-психопатологічних особливостей прояву ПТСР у дітей та підлітків, дослідження ефективності діагностування, а також виявлення свідомості лікарів щодо симптомів та проявів цього розладу [93, с. 45].

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей прояву ПТСР у дітей є необхідним для розуміння специфіки симптоматики, що може варіюватися в залежності від віку, особистісних характеристик та контексту травматичного досвіду [34, с. 210]. Це знання допоможе лікарям краще орієнтуватися у симптомах, що можуть бути проявами ПТСР, і своєчасно реагувати на них.

Дослідження ефективності діагностування ПТСР у дітей в умовах амбулаторного нагляду є ще одним важливим аспектом. Вивчення свідомості та знань лікарів про симптоми та прояви ПТСР дозволяє виявити прогалини в їхній підготовці та підвищити рівень обізнаності щодо цієї проблеми [62, с. 12]. Це, в свою чергу, може призвести до покращення якості діагностики та лікування дітей з ПТСР.

Також важливо дослідити частоту своєчасного проактивного звернення батьків до лікаря зі скаргами, які є прямими ознаками ПТСР у дітей. Виявлення розбіжностей між кількістю знову діагностованих випадків і реальними зверненнями батьків може свідчити про недостатню обізнаність батьків щодо симптомів ПТСР або про їхнє небажання звертатися за допомогою [81, с. 5]. Активне застосування дитячих опитувальників впливу подій, таких що

рекомендовані та використовувались в цьому дослідженні, може суттєво підвищити точність оцінки присутності та важкості симптомів у дітей.

Порівняння ефективності та зручності різних діагностичних методик, що можуть використовувати лікарі в умовах амбулаторного нагляду, дозволить виявити найбільш ефективні інструменти для діагностики ПТСР у дітей. Це, в свою чергу, підвищить якість медичної допомоги та дозволить своєчасно виявляти дітей, які потребують підтримки.

Актуалізація проблеми ПТСР у дітей, а також ідентифікація фокусу уваги та пріоритетів у лікуванні лікарів амбулаторного нагляду є надзвичайно важливими. Спонування лікарів до більш активних дій у ранній діагностиці та своєчасному лікуванні ПТСР може суттєво покращити результати лікування.

Розробка рекомендацій для покращення своєчасної діагностики та лікування ПТСР у дітей в умовах амбулаторного нагляду, особливо в умовах війни, є важливим кроком до забезпечення психічного здоров'я дітей та підлітків. Це включає в себе створення навчальних матеріалів для батьків та медичних працівників щодо визнання та управління ПТСР у дітей та підлітків.

Батьки можуть не звертатися до лікаря своєчасно через схильність дітей замовчувати пережиту травму або не вербалізувати свої відчуття. Це може призвести до того, що зміни в поведінці дитини не пов'язуються з пережитими травмами, а вважаються погіршенням характеру. Прояви ПТСР можуть маскуватися під ознаки вікових криз або соматичних захворювань, що ускладнює їх виявлення.

Фокус уваги лікарів може бути спрямований на лікування соматичних хвороб, не помічаючи психологічні розлади у дитини. ПТСР може розвинутися навіть з мінімальної травми, яка може мати тривалий вплив і викликати серйозні зміни в організмі. Лікарі повинні враховувати не лише потужні травми, але й їхні наслідки, щоб забезпечити комплексний підхід до лікування дітей. Таким чином, важливо підвищити настороженість лікарів амбулаторного нагляду щодо можливих психологічних розладів у дітей, щоб забезпечити своєчасну допомогу.

У сучасних умовах, коли діти в Україні стикаються з наслідками війни та інших кризових ситуацій, важливість психологічної підтримки стає особливо актуальною. В Україні існує кілька програм, спрямованих на виявлення та лікування ПТСР у дітей, які варто проаналізувати. Програми, що реалізуються Міністерством охорони здоров'я України, такі як "Психологічна підтримка дітей, постраждалих від війни" [80, с. 6], "Психічне здоров'я в умовах війни" [86, с. 3] та "Діти в кризі", спрямовані на забезпечення необхідної допомоги цій вразливій категорії населення.

Програма "Психологічна підтримка дітей, постраждалих від війни" акцентує увагу на амбулаторному нагляді, використанні травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТКПТ) та проведенні групових сесій. Її основною метою є надання психологічної допомоги дітям, які пережили травматичні події, з акцентом на залучення батьків до процесу лікування. Це, у свою чергу, підвищує ефективність терапії [92, с. 46]. Програма також передбачає підвищення кваліфікації медичних працівників через тренінги та семінари, що забезпечують доступ до сучасних методів діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Програма "Психічне здоров'я в умовах війни" має схожі цілі, але зосереджується на більш широкому спектрі психічного здоров'я дітей і підлітків. Вона також включає елементи навчання батьків, що дозволяє їм краще розуміти симптоми ПТСР та надавати підтримку своїм дітям [34, с. 212]. Ця програма реалізується за підтримки міжнародних організацій, таких як ВООЗ та ЮНІСЕФ, і передбачає регулярні навчальні сесії для медичних працівників.

Програма "Діти в кризі" фокусується на терміновій психологічній допомозі дітям у кризових ситуаціях. Її мета - забезпечити швидку реакцію на потреби дітей через короткочасні психосоціальні втручання, що допомагають зменшити симптоми ПТСР. Ця програма також реалізується за підтримки міжнародних організацій та включає навчання батьків, але її короткостроковість може бути недоліком, якщо не супроводжується подальшою підтримкою [27, с. 752].

Усі три програми мають спільну мету - покращення психічного здоров'я дітей, але відрізняються за підходами та акцентами. Вони включають навчання медичних

працівників, забезпечують доступ до методичних матеріалів та електронних ресурсів, а також залучають батьків до процесу лікування. Однак, незважаючи на їхні переваги, існують і недоліки, такі як можливе недостатнє фінансування, що може обмежити реалізацію програм, недостатня мотивація лікарів до активної участі в налагодженні системи психічного здоров'я, а також нерівномірний доступ до ресурсів, що впливає на якість надання допомоги.

Аналіз існуючих програм свідчить про те, що психологічний амбулаторний нагляд є ключовим елементом у виявленні та лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей. Однак, незважаючи на їхню важливість, ці програми мають свої недоліки. Тому необхідно не лише вдосконалювати вже існуючі ініціативи, але й продовжувати їх розвиток, адаптуючи до специфічних потреб дітей, які пережили травму. Крім того, важливо забезпечити професійне навчання для фахівців у цій галузі та створити системи підтримки для батьків, щоб вони могли ефективно допомагати своїм дітям у процесі відновлення. Таким чином, ці програми є важливими кроками у забезпеченні психологічної підтримки дітей в Україні, але їх подальший розвиток вимагатиме адаптації до специфічних потреб дітей, які пережили травму, а також комплексного підходу до навчання фахівців і підтримки для батьків.

3.2. Ефективні методи та підходи до роботи з дітьми в умовах амбулаторного нагляду.

У дітей із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) спостерігається високий рівень поліморфізму психічних проявів, багато з яких перекриваються з іншими психічними розладами. Це обумовлює необхідність скринінгу таких дітей на наявність коморбідних розладів, зокрема депресій. Наявність ПТСР у дітей та підлітків виступає суттєвим фактором ризику подальшого розвитку депресій, що вимагає періодичного скринінгу дітей і підлітків з ПТСР на наявність коморбідного депресивного розладу. При терапії посттравматичного стресового розладу та коморбідної депресії в дітей та підлітків перевага у виборі терапії повинна віддаватися травмофокусованій когнітивно-поведінковій терапії (ТКПТ) при

субклінічних та легких формах коморбідної депресії. У випадках середньої та тяжкої коморбідної депресії доцільно застосовувати фармакотерапію, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗС), такі як флуоксетин, що може суттєво полегшити симптоми депресії та сприяти покращенню загального психічного стану дитини. Короткотривалі психосоціальні втручання слід розглядати як терапію вибору за умови відсутності доступу до медикаментозного лікування або при низькій комплаєнтності та відсутності інформованої згоди споживачів послуг і їх законних представників на психофармакотерапію та когнітивно-поведінкову терапію. Такі втручання можуть включати групову терапію, підтримуючі сесії з психологом, а також навчання навичкам емоційної регуляції, що зміцнює соціальну підтримку та розвиток адаптивних механізмів подолання стресу.

Практичні рекомендації для першої ланки амбулаторного дослідження

Рекомендації для педіатрів, вчителів і батьків щодо підтримки дітей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) є важливими кроками у забезпеченні їхнього психічного здоров'я та благополуччя.

Рекомендації для педіатрів:

Педіатри повинні регулярно проводити: (1) скринінг на наявність симптомів ПТСР у дітей, особливо в тих, хто пережив травматичні події. Використання адаптованих опитувальників може допомогти в цьому процесі [85, с. 4]. Активне (2) залучення батьків до процесу обстеження є важливим, оскільки педіатри повинні пояснювати батькам, які симптоми можуть свідчити про ПТСР, і заохочувати їх спостерігати за поведінкою та емоційним станом своїх дітей [93, с. 47]. (3) Мультидисциплінарний підхід є ще одним важливим аспектом, тому педіатри повинні співпрацювати з психологами, соціальними працівниками та іншими фахівцями, щоб забезпечити комплексний підхід до лікування дітей з ПТСР [52, с. 42]. Крім того, педіатри повинні бути (4) обізнані про сучасні методи лікування ПТСР і надавати інформацію для батьків про доступні ресурси та підтримку [79, с. 5]. Важливість (5) сімейної підтримки в процесі лікування і

відновлення дитини також не можна недооцінювати, тому педіатри повинні заохочувати батьків до участі в терапії.

Рекомендації для вчителів:

Вчителі, у свою чергу, повинні: (1) проводити спостереження за поведінкою учнів, бути уважними до змін, зокрема до симптомів, які можуть свідчити про ПТСР, таких як агресивність, соціальна ізоляція або труднощі з концентрацією (Інститут соціальної та політичної психології, 2022). (2) Створення підтримуючого та безпечного навчального середовища, де діти можуть відкрито ділитися своїми переживаннями без страху осуду, є важливим завданням. Вчителі повинні активно (3) співпрацювати з батьками, обговорюючи спостереження та рекомендації щодо підтримки дітей, щоб батьки знали про потенційні проблеми, з якими стикається їхня дитина в школі. (4) Впровадження програм, які допомагають дітям розвивати навички емоційної регуляції та стресостійкості, є важливим кроком у подоланні наслідків травми. У разі виявлення симптомів ПТСР в учнів, вчителі повинні знати, як і коли (5) залучати фахівців, таких як психологи або соціальні працівники, для надання додаткової підтримки.

Рекомендації для батьків:

Батьки також відіграють ключову роль у підтримці своїх дітей. Вони повинні: (1) уважно спостерігати за змінами в поведінці та емоційному стані своїх дітей, зокрема за симптомами, які можуть свідчити про ПТСР. Важливо (2) підтримувати відкритий діалог з дітьми про їхні переживання, створюючи безпечну атмосферу, де діти можуть висловлювати свої почуття та страхи. Батьки повинні бути готовими (3) шукати професійну допомогу, якщо помічають симптоми ПТСР у своїх дітей, включаючи консультації з педіатрами, психологами або соціальними працівниками. (4) Забезпечення стабільності і підтримки в житті дітей, що включає рутину, безпечне середовище та позитивні соціальні взаємодії, є важливим аспектом. Крім того, батьки повинні отримувати (5) інформацію про ПТСР, його симптоми та методи підтримки, щоб мати можливість краще зрозуміти та допомогти своїм дітям.

Ці рекомендації можуть допомогти педіатрам, вчителям і батькам у виявленні та підтримці дітей з ПТСР, забезпечуючи їм необхідну допомогу для відновлення і розвитку.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі підкреслюється важливість комплексного підходу до діагностики та лікування ПТСР у дітей в умовах амбулаторного нагляду. Вивчення клініко-психопатологічних особливостей прояву ПТСР, регулярний скринінг на наявність коморбідних розладів та своєчасне виявлення депресивних симптомів є ключовими елементами для ефективного лікування. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія та фармакотерапія повинні бути адаптовані до індивідуальних потреб кожної дитини, враховуючи ступінь тяжкості симптомів.

Короткотривалі психосоціальні втручання можуть стати важливим інструментом у випадках, коли традиційні методи лікування недоступні. Важливо, щоб лікарі, психологи та батьки працювали в тісній співпраці, щоб забезпечити дітям необхідну підтримку та допомогу. Це дозволить не лише поліпшити психічне здоров'я дітей, а й сприяти їхньому загальному благополуччю та адаптації в суспільстві.

ВИСНОВКИ

- 1. Складність діагностики ПТСР:** Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у дітей є складним і багатогранним процесом, що вимагає комплексного підходу. Діти різного віку сприймають і виражають емоції по-різному, тому важливо використовувати адаптовані інструменти, які відповідають їхньому віковому розвитку. Діагностичні інструменти повинні бути простими та зрозумілими для дітей, щоб забезпечити точність оцінки. Крім того, реакція на стрес може варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей, таких як темперамент і наявність підтримки. Клінічне інтерв'ю є важливим етапом, оскільки дозволяє фахівцям отримати детальну інформацію про переживання дитини в комфортній обстановці. Залучення самозвітних інструментів також є важливим для об'єктивної оцінки стану дитини. Для точності діагнозу необхідно залучати фахівців з різних галузей, що забезпечує комплексний підхід до оцінки психічного здоров'я дитини.
- 2. Важливість раннього виявлення:** Раннє виявлення симптомів ПТСР є критично важливим для запобігання розвитку серйозних психічних розладів. Багато дітей не звертаються за допомогою через соціальну стигму, що ускладнює доступ до підтримки. Активний скринінг у групах ризику дозволяє виявити дітей, які можуть страждати від наслідків травматичних подій. Вчасне виявлення симптомів дає можливість провести відповідні інтервенції, що суттєво покращують психічне здоров'я дітей і запобігають подальшим ускладненням. Це підкреслює важливість раннього виявлення як ключового фактора у забезпеченні психічного благополуччя дітей.
- 3. Роль батьків у процесі діагностики:** Батьки відіграють важливу роль у процесі діагностики ПТСР, оскільки можуть надати цінну інформацію про поведінку та емоційний стан своїх дітей. Вони часто є першими, хто помічає зміни в настрої та поведінці дитини після травматичних подій. Однак, покладаючись лише на їхню інформацію, можна отримати неповну картину, оскільки батьки можуть

недооцінювати серйозність симптомів. Залучення дітей до оцінки їхнього психічного стану є критично важливим для отримання точної інформації про їх переживання. Спілкування в безпечній обстановці дозволяє дітям відкрито ділитися своїми думками і почуттями, що допомагає фахівцям зрозуміти, як травма вплинула на дитину.

4. **Вплив травматичних подій:** Травматичні події, особливо пов'язані з військовими конфліктами, мають значний вплив на психічне здоров'я дітей. Дослідження показують, що діти, які пережили травму, можуть стикаються з різними викликами, які мають тривалі наслідки для їхнього емоційного та психічного благополуччя. Військові конфлікти можуть призводити до травматичних переживань, таких як бомбардування, втрати близьких та фізичне насильство, що викликає симптоми ПТСР. Діти, які пережили кілька травм, можуть мати більш виражені симптоми, що підкреслює необхідність раннього виявлення та своєчасного втручання для підтримки їхнього психічного здоров'я.
5. **Симптоми ПТСР у дітей:** Найбільш поширеними симптомами ПТСР у дітей є інтрузії та погіршення когнітивного функціонування. Інтрузії проявляються у вигляді повторних спогадів, кошмарів та флешбеків, що викликає сильний страх і тривогу. Погіршення когнітивного функціонування може проявлятися в труднощах з концентрацією уваги та пам'яттю, що негативно впливає на навчання та соціальні взаємодії. Травматичний досвід може також впливати на самооцінку дітей, призводячи до депресивних симптомів. Важливо враховувати, що ці симптоми можуть мати тривалий характер і впливати на всі сфери життя дитини, включаючи стосунки з родиною та однолітками.
6. **Необхідність комплексного лікування:** Комплексне лікування дітей з ПТСР є критично важливим для відновлення їх психічного здоров'я. Лікування повинно бути індивідуалізованим, оскільки кожна дитина має унікальний досвід травми та різні потреби. Мультидисциплінарний підхід, що включає психологів, психіатрів, соціальних працівників та терапевтів, дозволяє врахувати всі аспекти життя дитини. Сімейна терапія може покращити взаєморозуміння між членами

родини та забезпечити підтримку. Важливо використовувати різноманітні терапевтичні методи, адаптовані до віку та розвитку дитини, що допомагає їй виразити свої переживання та навчитися справлятися з емоціями.

7. Перспективи подальших досліджень: Подальші дослідження у сфері діагностики та лікування ПТСР у дітей є важливими для покращення якості медичної допомоги. Необхідно вивчити ефективність різних терапевтичних підходів та їх вплив на тривалі наслідки лікування. Дослідження повинні також зосередитися на впливі травматичних подій на розвиток дітей та культурних аспектах у лікуванні ПТСР. Це допоможе адаптувати терапію до потреб різних груп населення і розробити комплексні програми підтримки, враховуючи психічні, соціальні та освітні потреби дітей.

Таким чином, ці висновки підкреслюють важливість системного підходу до діагностики та лікування ПТСР у дітей, врахування багатьох факторів, що впливають на їх психічне здоров'я, та необхідність тісної співпраці між фахівцями та родинами для забезпечення ефективної підтримки та відновлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*.
2. Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). "Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information". *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
3. Gwendolyn Leick. (2002). *A Dictionary of Ancient Near Eastern History*.
4. K. W. H. (2010). "The Psychological Aspects of War in Ancient Mesopotamia". *Journal of Ancient History*.
5. Ben-Ezra, M. (2002). "The Odyssey and the Psychology of Trauma".
6. Shay, J. (2002). *Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming*.
7. Jones, E., & Wessely, S. (2005). "Shell Shock to PTSD: A History of Psychological Trauma in Warfare". *British Journal of Psychiatry*, 186, 1-4.
8. Da Costa, J. M. (1871). "On the Relation of the Heart to the Mind". *American Journal of Medical Sciences*.
9. Myers, C. S. (1940). *The Psychological Effects of War*.
10. Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*.
11. Makara-Studziska, M. (2012). "Post-Traumatic Stress Disorder: Historical and Theoretical Perspectives".
12. Ettinger, L., & Strom, A. (1973). "Psychological Effects of Concentration Camp Experiences".
13. Zarubina, N. (1990). "Psychiatric Consequences of the Afghan War".
14. Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror*.
15. Du, J., Diao, H., Zhou, X., Zhang, C., Chen, Y., Gao, Y., & Wang, Y. (2022). Post-traumatic stress disorder: a psychiatric disorder requiring urgent attention. *Med Rev*, 2(3), 219–243. doi: 10.1515/mr-2022-0012.
16. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. (2016). *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(10), CD012371.

- 17.American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).
- 18.WHO. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10).
- 19.WHO. (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). 11 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
- 20.Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., Peterson, E., & Schultz, L. (1991). "Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community". *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- 21.Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C., & Wittchen, H. U. (1995). "Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey". *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- 22.Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2009). "Lifetime Prevalence of Childhood Victimization in the United States: A Study of 2,000 Children". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(3), 249-256.
- 23.Sheikh, T. L., et al. (2014). "Prevalence of PTSD in Refugees: A Systematic Review". *Journal of Traumatic Stress*.
- 24.Sukiasyan, S. G., & Tadevosyan, M. Y. (2010). Post-traumatic stress disorders: Medical and socio-psychological problems in Armenia. *Psychiatric Journal*, (5), 59-69.
- 25.Ushakov, I. B., & Bubeev, Yu. A. (2005). "Post-Traumatic Stress Disorder in Combatants". *Military Medical Journal* c. 10-12.
- 26.Yehuda, R., et al. (2001). "Genetic Factors in the Development of PTSD". *Journal of Traumatic Stress*.
- 27.Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). "Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- 28.Duncan, J. J., & et al. (2009). "Neuroanatomical Correlates of PTSD". *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21(2), 148-157.

- 29.Hart, J. (2006). "The Brain's Response to Trauma". *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 560-561.
- 30.Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. S. (2005). Adolescent depressive symptoms as a precursor of adult depression: A longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(1), 27-34.
- 31.Kisiel, C. & Lyons, J. (2003). The impact of trauma on the development of children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(1), 17-34.
- 32.Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2003). The role of the caregiver in the development of PTSD in children. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 253-267.
- 33.Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children: Impact of the Trauma Narrative and Parent Involvement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(3), 313-320.
- 34.Yule, W., & Gold, S. (2000). Posttraumatic stress disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(2), 209-217.
- 35.Hawkins, S. S., et al. (2011). Adverse childhood experiences and adolescent substance use: A review of the literature. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 202-208.
- 36.First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 37.Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (2018). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*.
- 38.Horowitz, M. J., Wilner, N. R., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- 39.Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson.
- 40.Davidson, J. R. T., Foa, E. B., & Keane, T. M. (1997). *The Davidson Trauma Scale*.
- 41.Bernstein, D. P., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(5), 727-735.

42. Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Cann, A. (2007). Creating a culture of resilience: The role of posttraumatic growth.
43. WHOQOL Group. (1998). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 27(1), 24-56.
44. Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *Aging & Mental Health*, 8(3), 220-233.
45. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
46. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
47. Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
48. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
49. Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 8.
50. Dyregrov, A., Kuterovac, G. & Barath, A. (1996) Factor analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 339-350.
51. Пирогов, М. І. (1878). Польовий щоденник.
52. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги (УКПМД) (2020). Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад.
53. Блінов, О. А. (2020). Опитувальник скринінгу для ПТСР. Український журнал психоневрології.
54. Блінов, О. А. (2006). Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. Київ: НАОУ.
55. Блінов, О. А. (2017). Опитувальник бойового стресу. Психологічний часопис, No 5 (9).

56. Кінселла, Е. Л. & МакМахон, К. (2009). Вплив травми на розвиток дітей: сучасні дослідження та майбутні напрямки. *Перспективи розвитку дитини*, 3(2), 102-106.
57. Коріттко, А. (2023). Посттравматичний стрес у дітей та підлітків. Розпізнати, зрозуміти, вирішити. Книга для батьків.
58. Міністерство охорони здоров'я України. (н.д.). Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації».
59. Гільман, А., & Кулеша, Н. (2020). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії.
60. Безшейко, В. Г. (2016). Ефективність короткотривалих психологічних інтервенцій при посттравматичному стресовому розладі. *Архів психіатрії*, 1, 12–16.
61. Романчук, О. І. (2013). Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *Нейро News: психоневрологія и нейропсихиатрия*. Доступно за адресою: <http://neuronews.com.ua/article/586.html> (дата звернення: 19.04.2013).
62. Богомолець, О. В., Пінчук, І. Я., & Ладик-Бризгалова, А. К. (2016). Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій. *Архів психіатрії*, 2, 11–15.
63. Гайдабрус, А. В. (2019). Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 11, 19-24.
64. Гузенко, К. В. (2016). Риск развития психотических расстройств при боевой психической травме. *Архів психіатрії*, 2, 110.
65. Друзь, О. В., Гриневич, Є. Г., & Черненко, І. О. (2017). Полуструктуроване інтерв'ю для комплексної діагностики постстресових психічних розладів та

- принципи клініко-діагностичної процедури. Вісник морської медицини, 1, 114–122.
66. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., & Федан, О. В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 219 с.
 67. Марценковський, Д. І. (2020). Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків (клінічний поліморфізм, коморбідність, терапія, профілактика) (Doctoral dissertation).
 68. Марценковський, Д. І. (2017). Клінічний поліморфізм та коморбідність психічних розладів у дітей та підлітків, що постраждали від гібридної війни на сході України. Архів психіатрії, 23(2), 91-95.
 69. Нестеренко, М., & Марценковський, І. (н.д.). Жестокое обращение с детьми и запущенность: взгляд на проблему с позиций детской психиатрии. Видавничий дім «Здоров'я України».
 70. Волошин, П. В., Шестопалова, Л. Ф., Підкоритов, В. С., та ін. (2002). Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації. Харків.
 71. Сміт, П., Дирегров, Е., & Юле, В. (н.д.). Діти та війна: навчання технік зцілення. Інститут психіатрії, Лондон, Англія.
 72. Національний інститут клінічної майстерності Великобританії (NICE). (н.д.). Протокол з діагностики та терапії ПТСР. Онлайн-видання.
 73. Ялінь, А., Льовент, Б., & Кайя, Н. (н.д.). Робочий зошит для посібника «Діти та війна». Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ).
 74. Денисенко, М. М., Лакінський, Р. В., Шестопалова, Л. Ф., & Лінський, І. В. (2018). Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. Український вісник психоневрології, 26(2), 50–55.
 75. Посттравматичний стресовий розлад: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (2016). Мультидисциплінарна робоча група з опрацювання медико-технологічних документів зі стандартизації медичної

допомоги на засадах доказової медицини пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом.

76. Чорна, В. В., Серебреннікова, О. А., Коломієць, В. В., Гозак, С. В., Єлізарова, О. Т., Рибінський, М. В., Ангельська, В. Ю., & Павленко, Н. П. (2023). Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. Молодий вчений, No 12 (124), 28.
77. Чабан, О. С., Хаустова, О. О., & Омелянович, В. Ю. (2023). Психічні розлади воєнного часу. Київ: Видавничий дім «Медкнига», 232 с.
78. Чабан О. ПТСР – алгоритм виявлення та стратегії лікування. URL: http://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/04_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_2_PTSR_chastyna_1.pdf
79. Пінчук, І. Я., Петриченко О.О., Колодежний О.В. та ін. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес т порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. Архів Психіатрії. 2016. Т. 22. № 3. С. 12–15.
80. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). Звіт про стан психічного здоров'я в Україні у контексті війни. Київ: Міністерство охорони здоров'я України.
81. Державна служба статистики України. (2023). Статистичний щорічник України. Київ: Державна служба статистики України. <https://www.ukrstat.gov.ua/>
82. Інститут соціальної та політичної психології. (2022). Соціально-психологічні наслідки війни в Україні: результати опитувань. Київ: Інститут соціальної та політичної психології.
83. Український інститут соціальних досліджень. (2023). Дослідження впливу війни на психічне здоров'я дітей в Україні. <https://www.uisd.org.ua/>
84. Кравченко, О. (2022). Психічне здоров'я дітей в умовах війни: статистичні дані та рекомендації. Журнал психічного здоров'я, 1(2), 45-60.
85. Томас Вебер (2020). Травмафокус. Спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем.

- 86.ВООЗ в Україні. (2023). Психічне здоров'я в умовах конфлікту: статистика та рекомендації. <https://www.who.int/ukraine/>
87. Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції "Актуальні питання підготовки фахівців для сектору безпеки та оборони в умовах війни" 19 квітня 2024 року
- 88.ТИ ЯК Всеукраїнська програма ментального здоров'я за ініціативою Олени Зеленської
89. Львівський національний університет імені Івана Франка Юридичний факультет проблеми державотворення і захисту прав людини в Україні. https://law.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2024/02/maket_konferentsii_2024_02_07.pdf
- 90.Державна служба статистики України. (2023). Статистичний щорічник України. Київ: Державна служба статистики України. <https://www.ukrstat.gov.ua/>
- 91.Інститут соціальної та політичної психології. (2022). Соціально-психологічні наслідки війни в Україні: результати опитувань. Київ: Інститут соціальної та політичної психології.
- 92.Український інститут соціальних досліджень. (2023). Дослідження впливу війни на психічне здоров'я дітей в Україні. <https://www.uisd.org.ua/>
- 93.Кравченко, О. (2022). Психічне здоров'я дітей в умовах війни: статистичні дані та рекомендації. Журнал психічного здоров'я, 1(2), 45-60.
- 94.Мультидисциплінарна робоча група. Адаптована клінічна настанова. Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації: клінічна настанова, заснована на доказах. Міністерство охорони здоров'я України, с. 217.

ДОДАТКИ

Анкета для заповнення дитиною/підлітком

1.2.Д_Контрольний перелік травматичних подій, дитяча версія.

Ім'я дитини/підлітка _____ ID № _____ Вік: _____

Стать: Дівчина ☐ Хлопець ☐

Місто/Регіон (де зараз мешкає дитина): _____

Місто/Регіон (де мешкала дитина на момент травмуючої події): _____

Інтерв'юєр: _____ Дата ____/____/____ (Сесія № _____)

Клінічна історія травми. При створенні профілю клінічної історії травми використовуйте власні повідомлення дитини / підлітка, а також/або інформацію надану батьками, піклувальниками, та інші види належних даних. Для кожного з досвідів зазначте, чи були наявні зазначені деталі, чи була дитина / підліток *жертвою, свідком чи дізналася про травматичну подію**, а також вік, в якому відбулася травматична подія(ї). (Ця форма може оновлюватися протягом курсу лікування, коли з'являється нова інформація про історію травми а про наявність інших травм).*

Дізнатися про травматичну подію стосується **лише** непрямого впливу через інформацію про відразливі подробиці жорстокого нападу, вбивства, самогубства, серйозного нещасного випадку, що відбулися із близькою людиною / родичем. Це **не** стосується досвіду смерті близької людини від природних причин.

ІСТОРІЯ ТРАВМИ ЗА ВЛАСНИМИ СЛОВАМИ:

Під час інтерв'ю з дитиною / підлітком запитайте: Іноді з людиною можуть трапитися різні стресові страшні та насильницькі події, в наслідок яких хтось міг постраждати або загинути. Чи доводилося тобі коли-небудь бути свідком або пережити щось подібне?

Короткий опис події:

Прочитай список стресових речей, який поданий нижче і обведи ТАК для кожної з таких, яка КОЛИ-НЕБУДЬ з тобою траплялася. Обведи НІ, якщо таке ніколи з тобою не траплялось.

Не включай речі про які ти міг/могла лише чути від інших людей, чи з телебачення, новин чи фільмів. У відповідях зазначай тільки те, що відбувалось з тобою в реальному житті. Деякі запитання стосуються того, що траплялось з іншими, а ти це БАЧИВ/ЛА. А інші запитують, що траплялось саме з ТОБОЮ.

ПРИКЛАД:

а. Чи ти коли-небудь ходив/ла на футбол? (Обведи ТАК чи НІ)	Так	Ні
---	-----	----

Чи якісь з наступних подій КОЛИ-НЕБУДЬ траплялись з тобою (Обведіть Так чи Ні):

1. Чи ти потрапив/ла коли-небудь в серйозну аварію де зазнав/ла важких ушкоджень чи міг/могла померти?	Так	Ні
2. Чи ти коли-небудь був/ла свідком серйозної аварії, де хтось міг серйозно постраждати чи померти?	Так	Ні
3. Чи ти думав/ла про те, що хтось кого ти знаєш може серйозно ушкодитись через природну катастрофу таку, як ураган, повинь чи землетрус?	Так	Ні
4. Чи хтось з твоїх близьких був дуже хворим чи ушкодженим?	Так	Ні
5. Чи помирав хтось з твоїх близьких?	Так	Ні
6. Чи було у тебе серйозне захворювання чи ушкодження, або щось таке коли потрібно було терміново їхати в лікарню?	Так	Ні
7. Чи відлучали тебе від батьків чи близьких більш ніж на кілька днів без твого бажання?	Так	Ні
8. Чи на тебе коли-небудь нападав собака, чи інша тварина?	Так	Ні
9. Чи хтось тобі коли-небудь казав, що хоче тебе скривдити?	Так	Ні
10. Чи ти бачив/ла, що комусь іншому казали що збираються його скривдити?	Так	Ні
11. Чи тобі давали колись ляпаса, штовхали чи били?	Так	Ні
12. Чи ти бачив/ла що комусь давали ляпаса, штовхали чи били?	Так	Ні
13. Чи бувало таке, що тебе побили?	Так	Ні
14. Чи ти бачив/ла як побили когось іншого?	Так	Ні
15. Чи ти бачив/ла що на когось іншого нападали чи ранили ножом?	Так	Ні
16. Чи ти бачив/ла як хтось наставляв справжній пістолет на когось іншого?	Так	Ні
17. Чи ти бачив/ла як когось іншого підстрелили або застрелили із справжнього пістолета?	Так	Ні
*18. Чи тобі доводилося жити в місці, де навколо тебе відбувалася війна	Так	Ні
19. ОКРІМ описаних вище речей, чи ЩОСЬ ІНШЕ траплялося із тобою що було ДУЖЕ СТРАШНИМ АБО ГНІТЮЧИМ	Так	Ні

** Якщо ти відповів/ла "Так" на запитання № 18, яке оцінює безпосередньо травматичний досвід, пов'язаний з війною, будь ласка дай відповідь на уточнюючі запитання нижче:*

18.1 Чи ти пережив/ла бомбардування?	Так	Ні
18.2 Чи ти бачив/ла військові дії?	Так	Ні
18.3 Чи ти бачив/ла тіла вбитих внаслідок військових дій?	Так	Ні
18.4 Чи ти бачив/ла важко поранених?	Так	Ні
18.5 Чи ти бачив/ла власне помешкання зруйноване внаслідок бойових дій?	Так	Ні
18.6 Чи ти бачив/ла зруйноване помешкання знайомих внаслідок бойових дій?	Так	Ні
18.7 Чи ти жив/ла у бомбосховищі?	Так	Ні
18.8 Чи ти не мав/ла доступу до їжі внаслідок бойових дій?	Так	Ні
18.9 Чи ти не мав/ла доступу до води внаслідок бойових дій?	Так	Ні

Якщо ти відповів/ла "Так" лише на одне із питань у списку вище (від 1 до 19), внеси номер цього питання сюди: № _____.

Якщо відповів/ла "Так" на БІЛЬШ НІЖ ОДНЕ ЗАПИТАННЯ, обери те, що ТРИВОЖИТЬ ТЕБЕ ЗАРАЗ НАЙБІЛЬШЕ і впиши номер цього питання сюди: № _____.

Скільки приблизно тобі було років, коли ця неприємна подія сталася? _____.

Лікар-консультант: Дайте короткий опис події, що непокоїть найбільше (якщо відрізняється від № 1 описаного вище):

Анкета для заповнення батьками дитини/підлітка
1.2.Б_Контрольний перелік травматичних подій, дитяча версія.

Ім'я дитини/підлітка _____ ID № _____ Вік: _____

Стать: Дівчина ☐ Хлопець ☐

Місто/Регіон (де зараз мешкає дитина): _____

Місто/Регіон (де мешкала дитина на момент травмуючої події): _____

Інтерв'юер: _____ Дата ____/____/____ (Сесія № _____)

Клінічна історія травми. При створенні профілю клінічної історії травми використовуйте власні повідомлення дитини / підлітка, а також/або інформацію надану батьками, піклувальниками, та інші види належних даних. Для кожного з досвідів зазначте, чи були наявні зазначені деталі, чи була дитина / підліток *жертвою, свідком чи дізналася про травматичну подію**, а також вік, в якому відбулася травматична подія(ї). (Ця форма може оновлюватися протягом курсу лікування, коли з'являється нова інформація про історію травми а про наявність інших травм).*

Дізнатися про травматичну подію стосується лише непрямого впливу через інформацію про відразливі подробиці жорстокого нападу, вбивства, самогубства, серйозного нещасного випадку, що відбулися із близькою людиною / родичем. Це не стосується досвіду смерті близької людини від природних причин.

ІСТОРІЯ ТРАВМИ ЗА ВЛАСНИМИ СЛОВАМИ:

Під час інтерв'ю з батьками дитини / підлітка запитайте: Іноді з людиною можуть трапитися різні стресові страшні та насильницькі події, в наслідок яких хтось міг постраждати або загинути. Чи доводилося Вашій дитині коли-небудь бути свідком або пережити щось подібне? Короткий опис події:

Прочитайте список стресових речей, який поданий нижче і обведіть ТАК для кожної з таких, яка КОЛИ-НЕБУДЬ з траплялася з Вашою дитиною. Обведіть НІ, якщо таке ніколи не траплялось з Вашою дитиною.

Не включайте речі про які Ваша дитина лише могла чути від інших людей, чи з телебачення, новин чи фільмів. У відповідях зазначайте тільки те, що відбувалось з Вашою дитиною в реальному житті. Деякі запитання стосуються того, що траплялось з іншими, а Ваша дитина це БАЧИЛА. А інші запитують, що траплялось саме з ВАШОЮ ДИТИНОЮ.

ПРИКЛАД:

а. Чи Ваша дитина коли-небудь ходила на футбол? (обведіть ТАК чи НІ)	Так	Ні
--	-----	----

Чи якісь з наступних подій КОЛИ-НЕБУДЬ траплялись з Вашою дитиною (обведіть Так чи Ні).

1. Чи Ваша дитина потрапляла коли-небудь в серйозну аварію де зазнала важких ушкоджень чи могла померти?	Так	Ні
2. Чи Ваша дитина коли-небудь була свідком серйозної аварії, де хтось міг серйозно постраждати чи померти?	Так	Ні
3. Чи Ваша дитина коли-небудь казала, що вона думає про те, що хтось кого вона знає може серйозно ушкодитись через природну катастрофу таку, як ураган, повінь чи землетрус?	Так	Ні
4. Чи хтось з близьких Вашої дитини був дуже хворим чи ушкодженим?	Так	Ні
5. Чи помирав хтось з близьких Вашої дитини?	Так	Ні
6. Чи було у Вашої дитини серйозне захворювання чи ушкодження, або щось таке коли потрібно було терміново їхати в лікарню?	Так	Ні
7. Чи відлучали Вашу дитину від батьків чи близьких більш ніж на кілька днів без її бажання?	Так	Ні
8. Чи на Вашу дитину коли-небудь нападав собака, чи інша тварина?	Так	Ні
9. Чи хтось Вашій дитині коли-небудь казав, що хоче її скривдити?	Так	Ні
10. Чи Ваша дитина бачила, що комусь іншому казали що збираються його скривдити?	Так	Ні
11. Чи Вашій дитині давали колись ляпаса, штовхали чи били?	Так	Ні
12. Чи Ваша дитина бачила що комусь давали ляпаса, штовхали чи били?	Так	Ні
13. Чи бувало таке, що Вашу дитину побили?	Так	Ні
14. Чи Ваша дитина бачила як побили когось іншого?	Так	Ні
15. Чи Ваша дитина бачила що на когось іншого нападали чи ранили ножом?	Так	Ні
16. Чи Ваша дитина бачила як хтось наставляв справжній пістолет на когось іншого?	Так	Ні
17. Чи Ваша дитина бачила як когось іншого підстрілили або застрілили із справжнього пістолета?	Так	Ні
*18. Чи доводилося Вашій дитині жити в місці, де навколо неї відбувалася війна	Так	Ні
19. ОКРІМ описаних вище речей, чи ЩОСЬ ІНШЕ траплялося із Вашою дитиною що було ДУЖЕ СТРАШНИМ АБО ГНІТЮЧИМ?	Так	Ні

** Якщо Ви відповіли "Так" на запитання № 18, яке оцінює безпосередньо травматичний досвід Вашої дитини, пов'язаний з війною, будь ласка дайте відповідь на уточнюючі запитання нижче:*

18.1 Ваша дитина пережила бомбардування?	Так	Ні
18.2 Ваша дитина бачила військові дії?	Так	Ні
18.3 Ваша дитина бачила тіла вбитих внаслідок військових дій?	Так	Ні
18.4 Ваша дитина бачила важко поранених?	Так	Ні
18.5 Ваша дитина бачила власне помешкання зруйноване внаслідок бойових дій?	Так	Ні
18.6 Ваша дитина бачила зруйноване помешкання знайомих внаслідок бойових дій?	Так	Ні
18.7 Ваша дитина жила у бомбосховищі?	Так	Ні
18.8 Ваша дитина не мала доступу до їжі внаслідок бойових дій?	Так	Ні
18.9 Ваша дитина не мала доступу до води внаслідок бойових дій?	Так	Ні

Якщо Ви відповіли “Так” лише на одне із питань у списку вище (від 1 до 19), внесіть, будь ласка, номер цього питання сюди: № _____.

Якщо Ви відповіли “Так” на БІЛЬШ НІЖ ОДНЕ ЗАПИТАННЯ, оберіть те, що ТРИВОЖИТЬ ВАШУ ДИТИНУ ЗАРАЗ НАЙБІЛЬШЕ і впишіть номер цього питання сюди: № _____.

Скільки приблизно Вашій дитині було років, коли ця неприємна подія сталася? _____.

Лікар-консультант: Дайте короткий опис події, що непокоїть найбільше (якщо відрізняється від № 1 описаного вище):

2_Д_Індекс ПТСР реакцій для дітей / підлітків DSM – V

(2014 ©UCLA, укр. переклад Інститут психічного здоров'я УКУ).

Ось список проблем, які можуть виникати у людини, коли з нею сталося щось погане. Будь ласка, подумай про ту погану подію, що непокоїть тебе найбільше зараз. Навпроти кожної проблеми **ОБВЕДИ ОДНУ** цифру (0, 1, 2, 3 або 4), щоб показати, наскільки часто ця проблема виникала у тебе **протягом минулого місяця**, навіть якщо погана подія сталася з тобою давно. Аби допомогти собі визначити, наскільки часто тебе хвилювала певна проблема **протягом минулого місяця**, використовуй Шкалу оцінки частоти.

		Як багато часу протягом минулого місяця ...	Жодн ого	Зрідка	Час від часу	Часто	Дуже часто
1	E3	Я стережуся небезпеки або речей, які мене лякають (наприклад, озираюся через плече, навіть коли там нічого немає).	0	1	2	3	4
2	D2	У мене бувають думки типу: “Я поганий/а”	0	1	2	3	4
3	C2	Я намагаюся уникати людей, місць та речей, які нагадують мені про те, що сталося.	0	1	2	3	4
4	E1	Я легко засмучуюсь або в суперечки чи бійки.	0	1	2	3	4
5	B3	Я відчуваю, наче повертаюся в той момент, коли ця неприємна подія сталася зі мною, наче вона відбувається знову.	0	1	2	3	4
6	D4	Коли я думаю про ту подію, то відчуваю огиду, нудоту.	0	1	2	3	4
7	D5	Мені не хочеться нічим займатися з моїми друзями чи рідними, навіть тими речами, що колись мені подобались.	0	1	2	3	4
8	E5	Мені важко концентруватися, зосереджувати увагу.	0	1	2	3	4
9	D2	У мене бувають думки типу: “Світ навколо дуже небезпечний”.	0	1	2	3	4
10	B2	У мене бувають погані сни про те, що сталося, або інші страшні сни.	0	1	2	3	4
11	B4	Коли щось нагадує мені про те, що сталося, я дуже засмучуюсь або починаю боятися.	0	1	2	3	4
12	D7	Мені важко відчувати радість або любов.	0	1	2	3	4
13	C1	Я намагаюся не мати думок або почуттів щодо тієї події.	0	1	2	3	4
14	B5	Коли щось нагадує мені про ту подію, моє тіло сильно на це реагує, наприклад, серце починає битися дуже часто, починає боліти голова або живіт.	0	1	2	3	4
15	D3	Я дуже злюсь на когось за те, що ця погана подія сталася зі мною, за те, що її не зупинили або не допомогли мені після події.	0	1	2	3	4
16	D2	У мене бувають думки типу: “Я ніколи не зможу довіряти іншим людям”.	0	1	2	3	4
17	D6	Я почуваюся самотньо навіть коли я серед інших людей.	0	1	2	3	4

18	B1	Думки, образи чи звуки того, що відбувалося тоді з'являються у мене в голові, навіть коли я цього не хочу і засмучують мене.	0	1	2	3	4
19	D3	Я відчуваю, що в тому що сталося є моя провина.	0	1	2	3	4
20	E2	Я навмисне завдаю собі болю.	0	1	2	3	4
21	E6	Мені важко засинати, я часто прокидаюся або не можу потім заснути знову.	0	1	2	3	4
22	D4	Я відчуваю сором через те, що сталося.	0	1	2	3	4
23	D1	Мені важко пригадати певні важливі частини того, що сталося.	0	1	2	3	4
24	E4	Я легко лякаюся або нервуюся, коли чую різкий звук, або коли щось навколо відбувається несподівано.	0	1	2	3	4
25	D4	Я почуваюся переляканим /ною.	0	1	2	3	4
26	E2	Я роблю ризиковані або небезпечні речі, які можуть нашкодити мені чи комусь іншому.	0	1	2	3	4
27	D4	Мені хочеться комусь помститися за те, що сталося.	0	1	2	3	4
Із дисоціативними симптомами (Дисоціативний підтип)							
28	A1	Я почуваюся так, наче бачу себе і те, що я роблю, зі сторони (наче дивлюся кіно про себе).	0	1	2	3	4
29	A1	Я почуваюся роз'єднаним зі своїм тілом, наче я насправді не в ньому.	0	1	2	3	4
30	A2	Речі навколо мене виглядають дивно, інакше. Або наче в тумані.	0	1	2	3	4
31	A2	Речі навколо мене здаються мені нереальними. Наче я уві сні.	0	1	2	3	4

Шкала оцінки частоти

Як часто протягом

попереднього місяця виникала ця проблема?

0	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																											
Жодного	Зрідка	Час від часу	Часто	Дуже часто																																																																																																																																																																																																											
<table><tr><td>П</td><td>В</td><td>С</td><td>Ч</td><td>П</td><td>С</td><td>Н</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	П	В	С	Ч	П	С	Н																													<table><tr><td>П</td><td>В</td><td>С</td><td>Ч</td><td>П</td><td>С</td><td>Н</td></tr><tr><td></td><td>Х</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Х</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	П	В	С	Ч	П	С	Н		Х																			Х															<table><tr><td>П</td><td>В</td><td>С</td><td>Ч</td><td>П</td><td>С</td><td>Н</td></tr><tr><td></td><td></td><td>Х</td><td></td><td></td><td>Х</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Х</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>Х</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Х</td><td></td><td>Х</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	П	В	С	Ч	П	С	Н			Х			Х				Х								Х						Х		Х										<table><tr><td>П</td><td>В</td><td>С</td><td>Ч</td><td>П</td><td>С</td><td>Н</td></tr><tr><td></td><td>Х</td><td></td><td>Х</td><td></td><td>Х</td><td></td></tr><tr><td>Х</td><td></td><td>Х</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>Х</td><td></td><td>Х</td><td></td><td>Х</td><td></td></tr><tr><td>Х</td><td>Х</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	П	В	С	Ч	П	С	Н		Х		Х		Х		Х		Х						Х		Х		Х		Х	Х													<table><tr><td>П</td><td>В</td><td>С</td><td>Ч</td><td>П</td><td>С</td><td>Н</td></tr><tr><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td></tr><tr><td></td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>Х</td><td>Х</td><td></td><td>Х</td><td>Х</td><td></td></tr><tr><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td><td>Х</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	П	В	С	Ч	П	С	Н	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х		Х	Х	Х	Х				Х	Х		Х	Х		Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х							
П	В	С	Ч	П	С	Н																																																																																																																																																																																																									
П	В	С	Ч	П	С	Н																																																																																																																																																																																																									
	Х																																																																																																																																																																																																														
						Х																																																																																																																																																																																																									
П	В	С	Ч	П	С	Н																																																																																																																																																																																																									
		Х			Х																																																																																																																																																																																																										
		Х																																																																																																																																																																																																													
			Х																																																																																																																																																																																																												
		Х		Х																																																																																																																																																																																																											
П	В	С	Ч	П	С	Н																																																																																																																																																																																																									
	Х		Х		Х																																																																																																																																																																																																										
Х		Х																																																																																																																																																																																																													
	Х		Х		Х																																																																																																																																																																																																										
Х	Х																																																																																																																																																																																																														
П	В	С	Ч	П	С	Н																																																																																																																																																																																																									
Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х																																																																																																																																																																																																									
	Х	Х	Х	Х																																																																																																																																																																																																											
	Х	Х		Х	Х																																																																																																																																																																																																										
Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х																																																																																																																																																																																																									
Ніколи	1-2 рази на місяць	1-2 на тиждень	2-3 рази на тиждень	Майже кожного дня																																																																																																																																																																																																											

ЛИСТ ОЦІНКИ

№ Клієнта _____ Вік _____ Стать (обведіть): М Ж Дата _____
 Ім'я _____

Для пунктів 2, 9 та 16: вказуйте лише **найвищий показник** для DSM-5 Симптом D2; для пунктів 15 і 19: вказуйте лише **найвищий показник** для DSM-5 Симптом D3; для пунктів 6, 22, 25 та 27: вказуйте лише **найвищий показник** для DSM-5 Симптом D4; для пунктів 20 і 26: вказуйте лише **найвищий показник** для DSM-5 Симптом E2. В категорії В Всього: сума балів для симптомів B1-B5; В категорії С Всього: сума балів для симптомів C1 і C2; В категорії D Всього: сума балів для симптомів D1-D7; В категорії Е Всього: сума балів для симптомів E1-E6; PTSD-RI Загальний показник шкали: Сума балів в категоріях В, С, D та Е.

Пункт №	Симптом DSM-5	Бали (0-4)
18	B1	
10	B2	
5	B3	
11	B4	
14	B5	
СИМПТОМ КАТЕГОРІЇ В СУМАРНИЙ БАЛ: _____		
13	C1	
3	C2	
СИМПТОМ КАТЕГОРІЇ С СУМАРНИЙ БАЛ: _____		

Пункт №	Симптом DSM-5	Бали (0-4)
23	D1	
2*	D2	_____
9*	D2	
16*	D2	_____
15*	D3	
19*	D3	_____
6*	D4	
22*	D4	_____
25*	D4	
27*	D4	_____
7	D5	
17	D6	
12	D7	
СИМПТОМ КАТЕГОРІЇ D СУМАРНИЙ БАЛ: _____		

Пункт №	Симптом DSM-5	Бали (0-4)
4	E1	
20*	E2	_____
26*	E2	
1	E3	
24	E4	
8	E5	
21	E6	
СИМПТОМ КАТЕГОРІЇ Е СУМАРНИЙ БАЛ: _____		

Дисоціативні симптоми:

28. A1 _____
 29. A1 _____
 (відзначте найвищий бал для A1)
 30. A2 _____
 31. A2 _____
 (відзначте найвищий бал для A2)

PTSD-RI Загальний показник

ДІАГНОЗ DSM-5 ПТСР

- В: Наявний один чи більше симптомів категорії В ☐
 С: Наявний один чи більше симптомів категорії С ☐
 D: Наявний один чи більше симптомів категорії D ☐
 E: Наявний один чи більше симптомів категорії E ☐
 F: Тривалість симптомів більша за один місяць ☐
 G: Симптоми викликають клінічно значущий стрес або порушення ☐
Уточніть дисоціативний підтип:
 Наявні один чи більше дисоціативних симптомів ☐

Оцінка того, чи відповідає DSM-5 ПТСР критеріям типу В, С, D або Е
 Якщо симптом набирає 3 або 4 бали, оцініть його як "наявний". Для №№ 4, 10 та 26 оцінка 2 та вище є показником наявності. Після цього визначте, чи наявні один або більше симптомів категорії В, категорії С, категорії D та категорії Е. Якщо є наявні один чи більше дисоціативних симптомів, зазначте дисоціативний підтип.