УДК 616.863-036-06

В. Г. БЕЗШЕЙКО

ДІАГНОСТИКА ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ: ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Проведено систематизований огляд літератури для визначення найбільш оптимальних шкал для скринінгу, тяжкості стану та оцінки ефективності лікування військових та цивільних осіб, які перебували в зоні АТО і зазнали посттравматичних порушень, з метою розробки уніфікованої карти їх обстеження. Оцінка стану пацієнта за допомогою запропонованих шкал виявляє в нього важливі клінічні ознаки посттравматичних порушень, що значно пришвидшує процес прийняття клінічного рішення та підвищує якість надання допомоги.

Ключові слова: посттравматичні порушення, бойовий стрес, діагностика, клінічні шкали, зона АТО, військовослужбовці, переселенці.

Згідно із даними Мінсоцполітики, в Україні станом на жовтень 2015 р. зареєстровано 124 тис. військових осіб, які брали участь в АТО та перебували безпосередньо в зоні бойових дій. Кількість зареєстрованих вимушених переселенців вже сягає 1,5 млн осіб. Якщо орієнтуватися на досвід США та Ізраїлю, у понад 5% із цієї вибірки наслідком такої експозиції є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Окрім того, такі особи частіше стикаються з проблемами психічного здоров'я, ніж представники загальної популяції.

Так, нещодавно опублікований аналіз дослідження «National Vietnam Veterans Longitudinal Study» (Національне обстеження ветеранів війни у В'єтнамі) продемонструвало вражаючі результати. Серед осіб, що перебували в зоні бойових дій, розповсюдженість ПТСР за критеріями DSM-5 становила 11,2%, ще у 3,3% обстежених спостерігалися субпорогові симптоми [1]. Якщо «приміряти» ці дані на нашу популяцію, то кількість українських військових — учасників бойових дій із посттравматичними симптомами має становити 17,8 тис. осіб, у 13,9 тис. із них симптоми призводять до значного порушення у повсякденному, трудовому та соціальному функціонуванні.

Окрім ПТСР в американських військових визначено широку розповсюдженість депресивного розладу, який спостерігався у кожного третього (у 36,7%). Ще у 3,9% була алкогольна залежність. Найбільш вражаючим було те, що, коли мова в цьому дослідженні йшла про дані, зібрані через 40 років після закінчення війни, то розповсюдженість повноцінного ПТСР серед вижилих ветеранів дорівнювала 4,5%, ще у 10,8% випадків спостерігались субпорогові симптоми розладу. І це незважаючи на високу якість надання медичної та психологічної допомоги в США [1].

Те саме стосується й близьких родичів зазначених осіб: за даними обсерваційного дослідження A. J. Mansfield et al. (2010) дружини військових (які перебували в зоні бойових дій) частіше зверталися з приводу психічних проблем до лікарів, ніж інші жінки. За даними обстеження, у 250 тис. таких жінок частіше виявлялися депресивні, тривожні розлади, інсомнія, гостра реакція на стрес та порушення адаптації [2].

Серед вимушених переселенців, які перебували в зоні бойових дій, поширеність ПТСР навіть більша, ніж у військових. Примітним у цьому контексті є дослідження, проведене A. Eytan et al. (2004) на вибірці з 12 900 сімей із Косово. Після їх обстеження за допомогою Міжнародного нейропсихіатричного міні-інтерв'ю, Шкали медичних станів та Гарвардського опитувальника з травми було встановлено, що розповсюдженість ПТСР серед них становила 23,5%, тобто розлад спостерігався майже у кожного четвертого переселенця. Окрім того, було відзначено кумулятивний ефект травмуючих подій: що більше їх особа переживала, то вищим був ризик розвитку ПТСР [3].

ОСОБЛИВОСТІ СКРИНІНГУ ТА ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ СТАНУ

На теперішній час переважна більшість сучасних методик для діагностики посттравматичних станів орієнтована не на класифікацію ICD (Міжнародну класифікацію хвороб — 10), розроблену ВОЗ [4], а на DSM (Діагностичний та статистичний інструментарій для психічних розладів), що не дивно, якщо звернути увагу на кількість робіт за цією темою у країнах. У США Національним центром з ПТСР (National Center for PTSD), наприклад, було розроблено клінічне інтерв'ю для пацієнтів із ПТСР (CAPS) та опитувальник щодо симптомів ПТСР (PTSD Checklist). Відповідно діагностичні критерії, що в ці методики вкладаються, базуються саме на американській класифікації.

www.mps.kh.ua

© В. Г. БЕЗШЕЙКО, 2016

Як відомо, нещодавно був опублікований 5-й перегляд DSM [5], в якому діагностичні критерії для ПТСР суттєво змінилися. В глобальному контексті наразі замість чотирьох кластерів симптомів у DSM-4 з'явився ще й п'ятий — із включенням негативних думок, оціночних суджень, почуттів. Ці зміни були спровоковані поглядами спеціалістів у галузі когнітивно-поведінкової терапії — основного науково доведеного методу лікування постстресових порушень. Саме згідно з цією теорією в їх основі лежать негативні когніції (переконання та оцінка подій), що, у свою чергу, провокує розвиток негативних змін в емоціях. Такі зміни в діагностичних критеріях призвели до того, що не всі особи із ПТСР за критеріями DSM-4 відповідають критеріям DSM-5. Згідно із результатами нещодавніх досліджень відповідність критеріям за новою класифікацією зберігається у 80–90 % таких осіб.

Наразі для діагностики, скринінгу та оцінки тяжкості гострої реакції на стрес широко використовують клінічне інтерв'ю ASDI (Acute Stress Disorder Interview), яке складається із 15 пунктів, та створений на його основі опитувальник ASDS (Acute Stress Disorder Scale) із 15 запитаннями. І клінічне інтерв'ю, що заповнюється лікарем, і опитувальник, на який відповідає пацієнт, мають у своїй основі 5-бальну шкалу Лайкерта із градацією ступеня порушень. Це дає змогу використовувати їх не тільки для визначення наявності порушення, а і його тяжкості.

Нагадаємо, що принциповою відмінністю гострої реакції на стрес від ПТСР є час від експозиції до травмуючої події (≤ 1 місяця та ≥ 1 місяця відповідно). Окрім того, гостра реакція на стрес характеризується більш вираженими дисоціативними симптомами.

Для діагностики ПТСР зазвичай використовують клінічне інтерв'ю (Clinician-administered PTSD Scale) та опитувальник щодо симптомів ПТСР (PTSD Checklist). Ці методики за своєю структурою відповідають критеріям ПТСР згідно із класифікацією DSM-5: наявність травмуючої події, симптоми інтрузії, уникання, негативні когніції та емоції, надпильність, тривалість симптомів понад місяць та їх клінічна значущість. Оскільки вони побудовані за 5-бальною шкалою Лайкерта, є можливість оцінити тяжкість розладу. Але слід зазначити, що референтні значення для легкого, помірного та вираженого ступенів тяжкості в рамках досліджень ще не встановлено, оскільки ці методики для DSM-5 були розроблені у 2015 р.

Для оцінки наявності або вираженості стресових реакцій можуть також використовуватися Шкала життєвих подій (Life Events Checklist) та Шкала стресу Холмса — Paxe (Holmes and Rahe Stress Scale). Перша спрямована на визначення наявності стресових подій, які потенційно можуть спровокувати розвиток постстресових реакцій, а друга, окрім переліку таких подій, визначає їхню тяжкість, дає змогу визначити можливий ризик. При визначеній стресовій події використання цих шкал не надає додаткової діагностичної інформації.

Варто підкреслити високу коморбідність постстресових порушень із депресивними та тривожними розладами, тому існує необхідність їх додаткової оцінки в рамках валідних методик: Шкали Зунга для оцінки депресії (Zung Self-Rating Depression Scale), Шкали Бека для оцінки депресії та тривоги (Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory), Шкали Монтгомері — Асберга для оцінки депресії (Montgomery — Asberg Depression Rating Scale), Шкали Гамільтона для оцінки тривоги та депресії (Hamilton Anxiety Rating Scale, Hamilton Rating Scale for Depression) та Госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale).

У рамках терапії важливою є оцінка якості життя пацієнтів, оскільки низькі показники асоційюються із зниженням комплаєнсу та задоволеністю пацієнта лікуванням. Таке оцінювання допомагає визначити можливі мішені терапії. Наприклад, більшість методик дають змогу оцінити фізичне, соціальне, рольове, емоційне благополуччя пацієнта. Звичайно, якщо у пацієнта буде страждати насамперед соціальне благополуччя, то до стандартної когнітивно-поведінкової терапії доцільно додати тренінг із вироблення соціальних навичок або провести не індивідуальний, а груповий варіант психотерапевтичної роботи; при низькому фізичному благополуччі слід сконцентруватись на проблемах соматичного здоров'я або на покращанні функціонального стану пацієнта, а при виражених емоційних проблемах — на підвищенні емоційної регуляції психотерапевтичним або фармакологічним шляхом.

Зараз існує велика кількість шкал для оцінювання якості життя. Як відомо, при збільшенні кількості питань надійність методики збільшується. Але велика кількість запитань в опитувальнику може спантеличити пацієнта, який, втомившись, неуважно відповість на останні запитання чи взагалі відмовиться на них відповідати. На нашу думку, найкращим співвідношенням за кількістю запитань та повнотою охоплення поняття якості життя є шкали SF-36 (The Short Form-36) та WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Scale). Обидві методики мають високу валідність та надійність, визначені в рамках багатьох досліджень та містять субшкали для оцінки різних аспектів якості життя.

www.mps.kh.ua

СТВОРЕННЯ УНІФІКОВАНОЇ КАРТИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТАНАМИ

Наразі співробітники Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології сумісно із кафедрою психосоматичної медицини і психотерапії НМУ імені О. О. Богомольця розробили уніфіковану карту обстеження пацієнта із постстресовими порушеннями, яка містить оптимальний набір діагностичних методик. Карта створена з метою використання в дослідженні оцінки ефективності фармакологічного та психологічного лікування учасників бойових дій і вимушених переселенців із зазначеним розладом та розробки моделі менеджменту цієї групи пацієнтів.

Як відомо, надійність та валідність будь-якої шкали залежать від популяції та умов, в яких вона використовується [6]. Так, наприклад, надійність (reliability) опитувальника PTSD Checklist є високою згідно із результатами досліджень вибірки громадян США (ветеранів війни у В'єтнамі, жертв стихійних лих, терористичних атак тощо), але її валідність порівняно з населенням України може суттєво відрізнятись. У рамках нашого дослідження ми маємо визначити надійність адаптованих шкал та бальні зрізи для дихотомічного встановлення наявності або відсутності розладу з найбільш оптимальним співвідношення чутливості й специфічності.

ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС

Для проведення обстеження пацієнтів, які пережили травмуючу подію нещодавно (до одного місяця), ми використовували Шкалу гострої реакції на стрес (Acute Stress Disorder Scale, ASDS), яка складається з 19 питань. ASDS має форму опитувальника і була розроблена для діагностики гострої реакції на стрес й прогнозування розвитку ПТСР. Запитання, які лежать в її основі, відповідають діагностичним критеріям ПТСР згідно із DSM-4. Ці критерії включають такі пункти:

— експозиція до травматичної події — може бути у вигляді прямої участі у травмуючій події або як свідка. Реакція пацієнта при цьому повинна включати інтенсивний страх або відчуття безпорадності;

— наявність дисоціативних симптомів — гостра реакція на стрес діагностується при наявності трьох і більш симптомів: 1) суб'єктивне відчуття оніміння, відірваності або відсутність емоційної реакції; 2) редукція в усвідомленні оточуючого; 3) дереалізація; 4) деперсоналізація; 5) дисоціативна амнезія;

— психотравмуюча подія постійно переживається у вигляді рекурентних образів, думок, сновидінь, ілюзій та/або флешбеків, або виникає сильний дистрес при експозиції до стимулів, які нагадують про подію;

— помітне уникнення стимулів, які призводять до повторного згадування травматичних подій (думки, почуття, розмови, активність, місця, люди);

— помітні симптоми тривоги або надмірного збудження (труднощі із засинанням, роздратованість, зниження концентрації уваги, рухова невгамовність);

— симптоми призводять до порушення в соціальному, трудовому функціонуванні та інших важливих для індивіда активностях;

— симптоми тривають мінімум від двох днів і максимум до чотирьох тижнів. Загалом спостерігаються упродовж перших чотирьох тижнів після травмуючої події.

Згідно із результатами дослідження валідизації шкала ASDS має відносно велику сенситивність (95%) та специфічність (83%) для ідентифікації гострої реакції на стрес [7]. Ці дані базуються на дослідженні, в якому взяли участь 99 цивільних осіб із цим розладом, діагностованим за допомогою структурованого клінічного інтерв'ю. Для визначення контентної валідності автори методики при формуванні питань базувалися на чітких діагностичних критеріях і власному клінічному досвіді. Опитувальник із 19 запитань містить: 5 запитань — для оцінки дисоціативних симптомів, 4 — для повторного переживання, 4 — для уникнення, 6 — для виявлення симптомів надмірного збудження. Варіанти відповіді на кожне запитання включають шкалу Лайкерта від 1 (зовсім не турбує) до 5 балів (дуже сильно турбує). Загальний бал обчислюють простим додаванням усіх отриманих балів за кожним запитанням.

Конвергентна валідність шкали досліджувалась шляхом порівняння питань із існуючими методами оцінки дисоціації, повторного переживання, уникнення та надмірного збудження. Для цього за допомогою різних шкал обстежили вибірку із 99 осіб із ПТСР унаслідок дорожньо-транспортної пригоди та жертв збройних нападів. Для оцінки дисоціації використовували шкалу DES-T (Dissociative Experiences Scale — Taxon), симптомів повторного переживання та уникнення — шкалу IES (Intrusion and Avoidance Scales of Impact of Event Scale), надмірного збудження — шкалу BAI (Beck Anxiety Inventory). Загальні бали по субшкалах ASDS мали сильну кореляцію із балами за відповідними шкалами.

Надійність шкали оцінювалася за допомогою іншого дослідження на вибірці із 107 осіб із ПТСР унаслідок пожежі. Опитувальник ASDS пацієнти заповнювали 2 рази — на 19-й та 24-й дні після травмуючої події. Тест-ретестова надійність

www.mps.kh.ua

методики була дуже високою із кореляцією 0,94 за загальною кількістю балів між двома обстеженнями та 0,85–0,94 — за кількістю набраних балів за підшкалами. Предикторна валідність шкали також була високою, оскільки кількість набраних пацієнтами балів при повторному обстеженні після покращання стану сильно корелювала зі змінами у стані пацієнтів.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Для оцінки симптомів ПТСР ми використовували структуроване діагностичне інтерв'ю для ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale, CAPS-5) та Перелік симптомів ПТСР (PTSD Checklist, PCL-5), які базуються на критеріях ПТСР за DSM-5. Згідно із класифікацією симптоми розладу розділяють на шість критеріїв (A, B, C, D, E, F, G), які описують такі симптоми внаслідок експозиції до травмуючої події:

— наявність симптомів інтрузії, пов'язаних із травмуючою подією, включаючи: 1) рекурентні, некеровані та дистресорні спогади про травмуючу подію; 2) рекурентні дистресорні сновидіння, пов'язані із травмуючою подією; 3) дисоціативні реакції (наприклад флешбеки); 4) інтенсивну та/або пролонговану дистресорну реакцію після експозиції до внутрішніх/зовнішніх стимулів, образів, які нагадують про травмуючу подію (критерій B);

— постійне уникнення або намагання уникнути дистресорних спогадів, думок або почуттів, які нагадують про подію. Уникнення зовнішніх стимулів, які пробуджують спогади про подію, наприклад уникнення місць, людей, об'єктів, місць, ситуацій (критерій C);

— негативні зміни у когніціях та настрої, асоційовані з травматичною подією, включаючи: 1) неможливість згадати важливі аспекти травмуючої події (зазвичай через дисоціативну амнезію); 2) негативні думки та очікування щодо себе, інших та світу (наприклад, «нікому не можна довіряти», «світ — небезпечне місце» тощо); 3) постійні та дисфункціональні переконання про причини та наслідки травматичної події, які призводять до самозвинувачення або звинувачення інших; 4) постійні негативні емоційні стани (страх, тривога, депресія, злість); 5) значно зменшену зацікавленість або участь у видах діяльності, які раніше приносили задоволення; 6) почуття відстороненості від інших; 7) постійну нездатність відчувати позитивні емоції (радість, задоволення, любов) (критерій D);

— значні зміни у збудженні та реактивності, пов'язані з травматичною подією, включаючи роздратування, напади люті, самодеструктивну поведінку, надпильність, проблеми з концентрацією уваги, порушення сну (критерій E);

— тривалість симптомів понад місяць (критерій F);

— симптоми призводять до значного порушення соціального, трудового функціонування та інших важливих видів діяльності (критерій G).

Бланк CAPS-5 заповнюється клініцистом в рамках діагностичного інтерв'ю. Підраховується кількість балів за кожною підшкалою та загальна кількість балів за першими чотирма критеріями для встановлення загальної тяжкості розладу. Кожний пункт оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта, починаючи від 0 (критерій відсутній) і закінчуючи 4 балами (максимальна вираженість). Існує кілька версій CAPS-5 — за минулий тиждень, минулий місяць і найгірший місяць. У своєму дослідженні ми використовували версію клінічного інтерв'ю за «минулий тиждень».

CAPS-5 був розроблений Національним центром з ПТСР (США) у 1990 р. і наразі був використаний у понад 500 дослідженнях. Валідність, надійність та чутливість методики оцінювалась в рамках кількох досліджень. Так, коефіцієнт надійності між кластерами симптомів (повторного переживання, уникнення, надмірного збудження та емоційного оніміння) варіював від 0,92 до 0,99, коефіцієнт внутрішньої узгодженості альфа — у межах 0,73–0,85 для трьох кластерів симптомів. Показники CAPS-5 сильно корелювали із відповідними вимірами подібних шкал, включаючи Шкалу експозиції до бойових дій (Combat Exposure Scale, CES), Міссісіпську шкалу для бойового ПТСР (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) та Шкалу Кіна для ПТСР (Keane PTSD Scale) [8].

Шкалу PCL-5 теж розроблено згідно із оновленими критеріями DSM-5, але на відміну від CAPS-5 вона є опитувальником, який заповнює пацієнт. Цей опитувальник включає питання з чотирьох основних кластерів симптомів — інтрузії, уникнення, негативних когніцій та емоцій, надпильності та підвищеної реактивності. PCL-5 розроблений насамперед для скринінгу пацієнтів із ПТСР, моніторингу змін симптомів протягом та після лікування, виставлення попереднього діагнозу. Кожне із 20 питань PLC-5 оцінюється аналогічно питанням із CAPS-5, а саме згідно із шкалою Лайкерта, де 0 балів означає відсутність симптому, а 5 балів — його максимальну вираженість. Кожна зміна кількості балів за відповідним кластером симптомів за PLC-5 на одне стандартне відхилення відповідає зміні кількості балів за CAPS-5 на 0,75–0,82, що свідчить про високу кореляцію показників.

Згідно із дослідженнями з валідності попередньої редакції PCL [9] має сильну кореляцію із CAPS (r = 0,929, p < 0,0001). Чутливість шкали, якщо робити зріз по 50 балах, становить 0,778,

www.mps.kh.ua

а специфічність — 0,864 при загальній діагностичній ефективності 0,825. Якщо робити зріз по 44 балах, то статистична чутливість та специфічність становлять 0,944 та 0,864 відповідно при діагностичній ефективності 0,900. Це означає, що шкала дає змогу правильно ідентифікувати ПТСР у 17 із 18 пацієнтів. Внутрішня узгодженість (α Кронбаха) для всієї шкали — 0,939, що є доволі високим показником. Внутрішня узгодженість питань щодо окремих критеріїв дорівнює 0,935 для критерію B, 0,820 — для C та 0,839 — для D.

СУПРОВІДНІ КОМОРБІДНІ СТАНИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Для створення уніфікованої карти обстеження пацієнтів ми використали Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS) та коротку версію шкали якості життя SF-36. Актуальність застосування першої шкали для досліджуваної популяції полягає у частій коморбідності ПТСР із тривожними та депресивними розладами. За допомогою шкали SF-36 можна виявити широкий кластер інших проблем, пов'язаних із розладом, включаючи проблеми із фізичним, емоційним, соціальним благополуччям.

Шкала HADS складається із 12 запитань, за 6 із них оцінюються симптоми тривоги і ще за 6 — депресії. Валідність шкали досліджувалась у рамках багатьох досліджень. Згідно із їх оглядом [10] кореляція між двома підшкалами методики варіює між 0,40 та 0,74 (середня 0,56), що свідчить про середній та високий рівні взаємозв'язку. Коефіцієнт α Кронбаха для субшкали тривоги лежить у діапазоні 0,68–0,93 (середня 0,83), а для субшкали депресії — 0,67–0,90 (середня 0,82), що відображає добру внутрішню узгодженість. У більшості досліджень оптимальний баланс між сенситивністю та специфічністю досягався, коли наявність депресії чи тривоги визначали у випадках 8 и більше балів за відповідною субшкалою. При цьому показники специфічності та сенсивності становили близько 0,80, що відповідає таким самим при використанні більшості подібних методик (наприклад, Опитувальника загального стану здоров'я — GHQ). Кореляція між HADS та іншими методиками для оцінки тривоги і депресії, які часто використовуються, становила 0,49–0,83 пункту [10].

Опитувальник SF-36 складається із 36 питань, які згруповані у 8 субшкал, включаючи фізичне, соціальне функціонування, емоційний стан, рольову діяльність, загальне, психічне здоров'я, біль, життєздатність. У середньому пацієнт заповнює опитувальник за 15 хв, що є одним із недоліків, враховуючи велику загальну кількість шкал. Однак інформація, отримана за допомогою шкали, є надзвичайно цінною в контексті оцінки стану пацієнта та його покращання в процесі лікування і дає змогу значно глибше дослідити емоційні, соціальні та інші проблеми, пов'язані із ПТСР. Щодо досліджень внутрішня узгодженість питань у шкалі є високою — 0,53–0,95 пункту. Для всіх 8 субшкал α Кронбаха перевищує 0,7. Кореляція показників із відповідними вимірюваннями за допомогою інших шкал з якості життя, які часто використовуються, висока ($r > 0,5$) [11].

Таким чином, запропонована уніфікована карта обстеження пацієнта із постстресовими порушеннями включає такі шкали: ASDS, CAPS-5, PCL-5, HADS та SF-36. Опитувальник ASDS пропонується тільки тим пацієнтам, у яких від моменту експозиції до травмуючої події або закінчення експозиції минуло менше місяця, а CAPS-5 та PCL-5 — якщо минув місяць або більше, відповідно до критеріїв гострої реакції та посттравматичного стресового розладу.

Указані шкали вже тривалий час використовуються у закордонних дослідженнях для діагностики зазначених розладів, включаючи «золотий стандарт» — рандомізовані контрольовані дослідження. Їх використання дає змогу, по-перше, з високою чутливістю та специфічністю виокремити осіб із посттравматичними розладами, використовуючи запропоновані розробниками балові зрізи (тобто проводити скринінг), а по-друге, визначити тяжкість розладу та оцінити успішність лікування.

Варто зазначити, що включені шкали при попередньому узгодженні із власниками авторських прав дозволені до використання без додаткових платежів, окрім випадків проведення комерційних досліджень. Клінічне інтерв'ю CAPS-5 та опитувальник PLC-5 були розроблені Національним центром з ПТСР, США, відносно нещодавно. Нами було перекладено та адаптовано ці методики українською (оригінальний англомовний матеріал використовували з дозволу розробників). Оригінальна версія шкали SF-36 була розроблена корпорацією RAND, вона є дозволеною до використання та розміщена на сайті розробників без додаткових запитів. Використання у дослідженнях нової версії (SF-36 v2) потребує отримання ліцензії у розробників.

Ми плануємо застосувати зазначені методики в рамках уніфікованої шкали в нашому дослідженні, спрямованому на розробку моделі менеджменту ПТСР в учасників АТО та вимушених переселенців. З-поміж інших завдань ми плануємо провести валідизацію цих методик на нашій вибірці, оскільки в різних популяціях так звані «cut points», або мінімальна кількість балів для констатації наявності порушення, можуть різнитися. Це саме стосується й оцінки тяжкості розладу за шкалами CAPS-5 та PLC-5.

www.mps.kh.ua

Список літератури

1. Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam WarFindings from the National Vietnam Veterans Longitudinal Study / C. R. Marmar, W. Schlenger, C. Henn-Haase [et al.] // JAMA Psychiatry.— 2015.— Vol. 72 (9).— P. 875–881.
2. Deployment and the use of mental health services among U. S. Army wives / A. J. Mansfield, J. S. Kaufman, S. W. Marshall [et al.] // N. Engl. J. Med.— 2010.— Vol. 362 (2).— P. 101–109.
3. Determinants of postconflict symptoms in Abanian Kosovars / A. Eytan A., M. Gex-Fabry, L. Toskani [et al.] // J. Nerv. Ment. Dis.— 2004.— Vol. 192 (10).— P. 664–671.
4. ICD-10-CM 2016 Official Codes Book. World Health Organization / Practice Management Information Corporation (PMIC).— Los Angeles, 2015.— 1700 p.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. / American Psychiatric Association.— Arlington, 2015.— 991 p.
6. Treating Cronbach's Alpha Reliability Coefficients as Data in Counseling Research / J. E. Helms, K. T. Henze, L. T. Sass, V. A. Mifsud // The Counseling Psychologist.— 2006.— Vol. 34 (5).— P. 630–660.
7. *Bryant R. A.* Acute Stress Disorder Scale: A Self-Report Measure of Acute Stress Disorder / R. A. Bryant, M. L. Moulds, Guthrie R. M. // Psychological Assessment.— 2000.— Vol. 12 (1).— P. 61–68.
8. *Weathers F. W.* Clinical-administered PTSD scale: a review of the first ten years of research / F. W. Weathers, T. M. Keane, J. R. Davidson // Depression and Anxiety.— 2001.— Vol. 13 (3).— P. 132–156.
9. *Blanchard E. B.* Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) / E. B. Blanchard, J. Jones-Alexander, T. C. Buckley, C. A. Forneris // Behav. Res. Ther.— 1996.— Vol. 34 (8).— P. 669–673.
10. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature / I. Bjelland, A. A. Dahl, T. T. Haug, D. Neckelmann // J. Psychosom. Res.— 2002.— Vol. 52 (2).— P. 69–77.
11. *Failde I.* Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease / I. Failde, I. Ramos // J. Clin. Epidemiol.— 2000.— Vol. 53 (4).— P. 359–465.

ДИАГНОСТИКА ПОСТСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В. Г. БЕЗШЕЙКО

Проведен систематизированный обзор литературы для определения наиболее оптимальных шкал для скрининга, тяжести состояния и оценки эффективности лечения военных и гражданских лиц, находившихся в зоне АТО и получивших посттравматические нарушения, с целью разработки унифицированной карты их обследования. Оценка состояния пациента с помощью предложенных шкал обнаруживает у него важные клинические признаки посттравматических нарушений, что значительно ускоряет процесс принятия клинического решения и повышает качество оказания помощи.

Ключевые слова: посттравматические нарушения, боевой стресс, диагностика, клинические шкалы, зона АТО, военнослужащие, переселенцы.

DIAGNOSIS OF POST-STRESS DISORDERS: A LOOK AT THE PROBLEM

V. H. BEZSHEIKO

A systemic literature review to determine the most appropriate scales for screening, severity of the condition and effectiveness of treatment of military and civilians who were in the area of ATO and suffered posttraumatic disorders was performed to develop a unified report form of the examination. Assessment of the patient using the proposed scales finds important clinical signs of posttraumatic disorders, which greatly accelerates the process of clinical decision making and improves the quality of the care.

Key words: posttraumatic disorders, combat stress, diagnosis, clinical scales, zone of ATO, military, internally displaced persons.

Надійшла 28.12.2015

www.mps.kh.ua