

В.Г. Безшейко

**ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРОТКОТРИВАЛИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ  
 Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ  
 vitaliybezsh@gmail.com

**Актуальність.** Посттравматичний стресовий розлад є поширеною проблемою, яку виявляють у 10% осіб, що пережили травмуючу подію. Особливої актуальності для України вона набула останнім часом, враховуючи проведення АТО у східній частині нашої держави. Стрес в умовах бойових дій є сильною психотравмуючою подією як для військових, так і для мирних жителів, що перебувають у зоні АТО. Окрім того, вимушене переселення з тимчасово окупованих територій також потенційно може призводити до ПТСР, що збільшує кількість уразливих осіб більш ніж до 1 мільйона. Така ситуація зумовлює необхідність пошуку медико-психологічних методів, які були б ефективними при використанні у нашій популяції.

**Матеріали та методи.** Ми провели лікування 72 осіб із ПТСР, близько половини з них мали розлад, асоційований із перебуванням у зоні бойових дій. Усі пацієнти після підписання інформованої згоди були поділені на 2 рівні групи з призначенням стандартної допомоги або короткотривалої когнітивно-поведінкової терапії. Для оцінки стану до та після лікування використовували ряд валідних шкал, а саме CAPS-5 (Клінічна шкала оцінки ПТСР), PLC-5 (Контрольний список ПТСР), HADS (Госпітальна шкала тривоги та депресії) та SF-36 (Шкала якості життя).

**Результати.** Лікування привело до покращення стану пацієнтів у обох групах. Однак у групі когнітивно-біхевіоральної терапії зменшення кількості балів за шкалами CAPS-5, PLC-5, HADS та глобальної оцінки стану лікарем було достовірно більшим, ніж у групі стандартної терапії: для CAPS-5 – на 10,57 ( $p=0,001$ ), для глобальної оцінки стану – на 1,10 ( $p=0,002$ ), для PLC-5 – на 12,87 ( $<0,001$ ), для HADS тривога – на 3,77 ( $<0,001$ ), для HADS депресія – на 3,46 бала ( $p<0,001$ ). Що стосується якості життя, то у групі КБТ збільшення балів за шкалою SF-36 теж було достовірно більшим, ніж у групі контролю (більше балів – краща якість життя) – на 29,94 бала.

**Висновки.** Короткотривала когнітивно-біхевіоральна терапія є ефективною, порівняно зі стандартним лікуванням, у контексті покращення симптомів ПТСР, а також симптомів тривоги і депресії та якості життя у пацієнтів з ПТСР.

**Ключові слова:**  
 посттравматичний стресовий розлад, когнітивно-біхевіоральна терапія, психотерапія, стрес, лікування, бойові дії, якість життя.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є доволі поширеним психіатричним розладом, який виникає після пережитої сильної стресової події. У загальній популяції ПТСР реєструють у 4% осіб, при цьому у людей, які пережили травмуючі події, ризик виникнення цього розладу значно підвищується та, згідно з даними «WHO World Mental Health Surveys» (Дослідження психічного здоров'я, проведене ВООЗ), може сягати найбільших значень – 19% серед осіб, які пережили згвалтування (Kessler R.C. et al., 2014).

Згідно з результатами нещодавно проведеного в США дослідження за старими та новими критеріями Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), ПТСР розвивається у 10,6% осіб, які перенесли серйозну стре-

сову подію, за критеріями DSM-IV та у 9,4% – за критеріями DSM-V, при цьому у жінок розлад трапляється в середньому удвічі частіше (Kilpatrick D.G. et al., 2013). Слід зазначити, що ризик розвитку ПТСР варіює залежно від типу травмуючої події, різні дослідження наводять щодо цього різні дані. У таблиці 1 наведені результати дослідження, яке проводилось в ЄС, а саме у Німеччині.

Згідно з результатами дослідження, проведеного у Німеччині, найчастіше ПТСР виникає у осіб, які побували в зоні бойових дій, пережили збройний напад, дізнались про те, що у них тяжке соматичне захворювання, мали міжособистісний конфлікт. Що стосується останніх двох пунктів, у вказаному дослідженні вибірка пацієнтів, які пережили дані події, була порівняно малою, що могло

Таблиця 1. Ризик розвитку симптомів ПТСР у осіб, які пережили травмуючу подію, порівняно із загальною популяцією (modif. Lukaschek K. et al., 2013)

Подія	Відносний ризик для повного ПТСР		Відносний ризик для субпорогового ПТСР	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Тяжкий нещасний випадок	3,7	3,7	4,3	3,4
Стихійне лихо	1,7	1,0	1,7	2,3
Збройний напад без зґвалтування з відомим нападником	7,7	7,6	3,8	6,0
Збройний напад без зґвалтування із невідомим нападником	5,5	3,2	2,0	2,1
Зґвалтування із невідомим нападником	8,7	1,8	-	-
Бойові дії	8,4	7,7	2,8	2,8
Сексуальне насилля	3,4	2,3	2,6	2,5
Ув'язнення	5,5	-	1	-
Тортури	10,1	-	-	-
Захворювання, загрозливі для життя	4,3	8,0	5,2	6,9
Смерть близької людини	4,1	2,8	2,1	5,2
Міжособистісний конфлікт	32,2	-	16,8	13,1

вплинути на точність результатів, зокрема у бік їх збільшення (Lukaschek K. et al., 2013).

Однак у дослідженні, проведеному в Італії вченими з Університету Пізи сумісно з вченими Колумбійського університету, наведені дещо інші дані. Згідно з його результатами, найчастіше ПТСР реєструють у осіб в разі нещасних випадків (у 25,8%), неочікуваної смерті коханої людини (29,4%), фізичного насилля (9,9%) та бойових дій (6,9%) (Carmassi S. et al., 2014). Отже, згідно з результатами трьох вищезазначених досліджень, а саме мультинаціонального дослідження ВООЗ, німецького та італійського досліджень, ризик ПТСР залежить від травмуючої події; всі вони одноставно свідчать про високий психотравмуючий вплив перебування у зоні бойових дій, особливо полону та тортур. Слід зазначити, що ризик ПТСР після сексуального насилля, зґвалтування, нещасного випадку та міжособистісних конфліктів варіює залежно від вибірки та, найвірогідніше, пов'язаний з її культуральними особливостями.

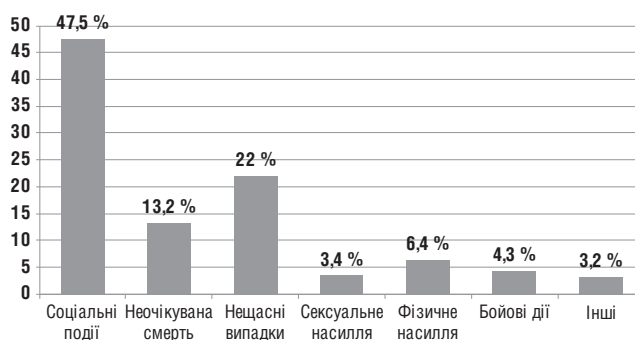
Окрім даних відносно ризику розвитку ПТСР, Carmassi та співавтори (2014) представили також відомості щодо структури цього розладу в контексті категорії травмуючої події. Згідно з ними, закладам охорони здоров'я найчастіше доводилось мати справу з ПТСР внаслідок соціальних подій (смерть близької людини, тяжке захворювання у дитини, випадковий свідок смерті іншої людини або важкого нещасного випадку тощо) (рисунки). Слід зазначити, що ці дані є актуальними для італійської популяції, тоді як для України на перше місце можуть вийти травматичні події, пов'язані з бойовими діями, з огляду на проведення АТО із залученням великої кількості військових, цивільних, які перебувають у зоні конфлікту та вимушених переселенців.

У США серед ветеранів війни у В'єтнамі частка осіб з ПТСР, згідно з результатами дослідження «National Vietnam Veterans Readjustment Study», набагато більша, ніж така, яка висвітлюється у Європейських дослідженнях. Так, симптоми ПТСР протягом життя виникли у 30,9% чоловіків та у 26% жінок, які побували в зоні активних бойових дій. На момент обстеження, на початку 90-х років, осіб, які все ще мали ПТСР, було 11,1% серед чоловіків та 7,8% серед жінок. Враховуючи високий

професійний рівень та досвід країни у наданні такого роду допомоги, велику кількість високопрофесійних центрів для ветеранів війни, ці дані видаються більш об'єктивними (Weiss D.S. et al., 1992).

Згідно з результатами досліджень, найефективнішими є психологічні методи лікування ПТСР. Найбільше вивченими у цьому контексті є травмофокусована когнітивно-біхевіоральна терапія (ТФ-КБТ) з експозицією до травмуючої події і десенсибілізація та переробка рухами очей. З одного боку, результатів проведених досліджень було достатньо для визнання ТФ-КБТ втручанням у якості терапії першої лінії для ПТСР, з іншого боку, результати нещодавно проведеного Кокранівського систематичного огляду з мета-аналізом засвідчили лише низьку якість існуючих доказів. ТФ-КБТ, згідно зі шкалою якості клінічних доказів «GRADE», отримала «дуже низький» рівень, що свідчить про необхідність проведення більшої кількості досліджень для встановлення точної ефективності вказаного методу (табл. 2).

Згідно з отриманими даними, травмофокусована КБТ дозволяла значно поліпшити стан пацієнта, але при цьому й вірогідність дострокового припинення лікування при цих психологічних інтервенціях була також вищою. Однією з можливих причин цього є тривалість такої терапії, яка складається з 15–20 сесій – далеко не всі пацієнти фізично можуть стільки разів відвідувати психотерапевта. Крім того, ТФ-КБТ, окрім когнітивної



Рисунки. Травматичні події як причини ПТСР за категоріями (у %) (modif. Carmassi et al., 2014)

Таблиця 2. Ефективність травмофокусованої КБТ при ПТСР згідно з даними Кокранівського систематичного аналізу існуючих досліджень

Параметри	Порівняння методів		Відносний ефект (95% довірчий інтервал)	Кількість учасників (дослідження)	Якість доказів, шкала «GRADE»
	Контроль	ТФ-КБТ			
Тяжкість симптомів за оцінкою лікаря (наприклад шкала CAPS)		Кількість набраних пацієнтами балів була на 1,62 стандартних відхилення менша, ніж у контролі		1256 (28 досліджень)	Дуже низький
Дострокове припинення лікування	130 на кожну 1000	189 на кожну 1000	1,64 (95% 1,30–2,06)	1756 (33 дослідження)	Дуже низький

реструктуризації, включає також проведення експозиції до травмуючої події, що може підвищувати ризик ретравматизації (Bisson J.I. et al., 2013).

З огляду на це було вирішено провести дослідження з оцінки ефективності короткотривалої КБТ, яка не включає експозиції до травмуючої події. Його проведення дозволить визначити доцільність використання доволі простої методики. Її перевагами, окрім малої тривалості, є простота її навчання для психологів або лікарів та відсутність необхідності проходження спеціальних багаторічних курсів, достатнім є засвоєння базових знань. Окрім того, наразі не встановлена ефективність психологічних інтервенцій при постстресових станах для української популяції, зокрема для осіб, які побували у зоні бойових дій. З огляду на культуральні особливості, ефективність методики у країнах ЄС та США не є гарантом її ефективності у нашій країні, що потребує додаткового дослідження. Також слід зауважити, що реабілітація військовослужбовців в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни МОЗ України за державний рахунок триває 1 місяць, а цього часу може бути достатньо тільки для проведення короткотривалої КБТ, але аж ніяк не стандартної ТФ-КБТ. Результати нашого пілотного дослідження продемонстрували ефективність цього методу (В.Г. Безшейко, 2015).

### Матеріали та методи дослідження

Ми обстежили 72 пацієнти із встановленим діагнозом ПТСР, які дали інформовану згоду на участь у дослідженні (друга половина 2013–2016 рр.). Пацієнти були поділені випадковим чином (рандомізовані) на дві рівні групи з призначенням стандартної терапії (СТ) (n=36) або короткотривалої модифікованої КБТ (n=36). Стандартна терапія включала призначення фармацевтичних препаратів (в основному антидепресантів) та проведення психологічних консультацій з використанням елементів раціональної терапії або психоосвіти.

Короткотривала КБТ була спеціально модифікована нами для терапії ПТСР. На відміну від ТФ-КБТ вона не включала стандартної експозиції до травмуючої події у вигляді усної або письмової розповіді про ситуацію з поступовою десенсибілізацією до неї. Короткотривала КБТ включала психоосвіту основам методу (формула АВС, ірраціональні переконання), когнітивну реконструкцію за допомогою сократівських запитань, логічного спростовування переконань, спростовування абсурдом та аверсивним протиобумовленням, а також навчання технікам релаксації, наприклад прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном. Весь курс ліку-

вання після включення у дослідження тривав близько 6 тижнів для обох груп, відповідно в групі КБТ психотерапевтичні сесії проводились 1 раз на тиждень (усього 6).

Для оцінки стану пацієнтів на початку та в кінці курсу лікування ми використовували спеціально розроблену карту, яка складалась з таких методик:

- Контрольний список симптомів ПТСР для DMS-V (PSTD Checklist for DSM-V), перекладений та адаптований нами.
- Клінічна шкала за ПТСР згідно з критеріями DSM-V (CAPS-5), перекладена та адаптована нами.
- Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale).
- Шкала якості життя SF-36.

Результати обстеження заносили у базу даних, яку використовували для аналізу ефективності лікування. Статистичну обробку проводили за допомогою програми SPSS 2 для Windows. Для порівняння достовірності міжгрупової різниці за набраними балами ми використовували метод ANOVA (дисперсійний аналіз).

### Результати та їх обговорення

У 30 із 72 обстежених ПТСР був асоційований із перебуванням у зоні бойових дій, у інших 42 осіб – виник з різних причин (свідок нещасного випадку із загибеллю людини, транспортна аварія, згвалтування або жертва збройного нападу). На момент включення в дослідження стан обстежених відповідав усім критеріям ПТСР за ICD-10 та DSM-V.

Жінки складали 43% обстежених (31 особа), вік коливався в межах 19–51 року, причому середній вік був досить молодим – 28 років (стандартне відхилення (СВ) – 8,371). Середній вік, гендерний розподіл та кількість набраних балів за оціночними шкалами між групами достовірно не відрізнялись.

У групі КБТ перед початком терапії середня кількість балів за шкалою PCL-5 склала 44,4 пункти, за CAPS-5 – 43,0 пункти, за субшкалою HADS тривоги – 8,5, за субшкалою HADS депресії – 6,6; за глобальною оцінкою стану лікарем – 2,43 та за SF-36 – 95,4 бала. Після 6 тижнів лікування за всіма шкалами в цій групі спостерігалось достовірне покращення (p<0,001): за шкалою CAPS-5 – на 18,6 (95% довірчий інтервал (ДІ) 14,9–22,3), за PCL-5 – на 20,1 (95% ДІ 15,9–24,2), за HADS тривога – на 5,0 (95% ДІ 3,8–6,1), за HADS депресія – на 3,8 (95% ДІ 2,7–5,0), за глобальною оцінкою стану лікарем – на 1,5 (95% ДІ 1,1–1,8) та за SF-36 – на 32,2 бала (95% ДІ 26,3–38,1).

У групі стандартної терапії (СТ) перед її початком загальна кількість балів за шкалою PCL-5 склала 44,0

бали, за CAPS-5 – 45,0, за субшкалою HADS тривоги – 8,9, за субшкалою HADS депресії – 6,1, за глобальною оцінкою стану лікарем – 2,6, за SF-36 – 94,5 бала. Через 6 тижнів терапії відмічали достовірне покращення за всіма шкалами, крім глобальної оцінки стану лікарем, HADS депресії та SF-36: за шкалою CAPS – на 8,1 бала (95% ДІ 3,2–12,9;  $p=0,003$ ), за шкалою PCL-5 – на 7,2 бала (2,7–11,7;  $p=0,004$ ), за шкалою глобальної оцінки стану лікарем – на 0,4 бала (95% ДІ – 0,1...1,0;  $p=0,138$ ), за HADS тривоги – на 1,5 бала (95% ДІ 0,5–2,6;  $p=0,007$ ), за HADS депресії – на 0,4 бала (95% ДІ – 0,3...1,0;  $p=0,212$ ), за SF-36 – на 2,3 бала (95% ДІ – 2,9...7,4;  $p=0,362$ ).

Таблиця 3. Вихідні показники за шкалами, які використовували у дослідженні

Шкала (діапазон балів min-max)	Група КБТ (середня)*	Група СТ (середня)*
PLC-5 (0–80, менше – краще)	44,4	44,0
CAPS-5 (0–80, менше – краще)	43,0	45,0
HADS тривога (0–21, менше – краще)	8,5	8,9
HADS депресія (0–21, менше – краще)	6,6	6,1
Глобальна оцінка стану (0–4, менше – краще)	2,43	2,6
SF-36 (35–156, більше – краще)	95,4	94,5

Примітка. \* – всі показники між групами КБТ та стандартної терапії не мали достовірних міжгрупових відмінностей.

Згідно з отриманими результатами, у групі КБТ зменшення кількості балів за шкалами CAPS-5, PLC-5, HADS та глобальної оцінки стану лікарем було достовірно більшим, ніж у групі стандартної терапії, зокрема за CAPS-5 – на 10,57 ( $p=0,001$ ), за шкалою глобальної оцінки стану лікарем – на 1,1 ( $p=0,002$ ), за PLC-5 – на 12,87 ( $<0,001$ ), за HADS тривога – на 3,77 ( $<0,001$ ), за HADS

депресія – на 3,46 ( $p<0,001$ ). Збільшення балів за шкалою SF-36 в групі КБТ також було достовірно більшим, ніж у контролі (більше балів – краща якість життя) – на 29,94 ( $p<0,001$ ) (табл. 4).

При проведенні аналізу змін кількості балів за кожною субшкалою шкали CAPS-5 окремо було помічено, що в групі КБТ пацієнти мали достовірно кращі показники, порівняно зі стандартним лікуванням, за всіма субшкалами, крім критерію C, який належить до симптомів уникнення. За цією субшкалою міжгрупові відмінності у змінах під час лікування в групі КБТ мали лише тенденцію до покращення ( $p=0,088$ ).

## Висновки

Терапія як за допомогою стандартних інтервенцій, так і з використанням методики короткотривалої КБТ асоційована з покращенням стану пацієнтів. Однак використання методики короткотривалої КБТ приводило до більшого покращення симптоматики, ніж застосування фармакотерапії та психологічного консультування. Аналіз даних дозволив зробити наступні висновки:

- Короткотривала КБТ більшою мірою покращує симптоми ПТСР, ніж стандартне лікування, згідно з оцінкою стану за допомогою CAPS-5 та PCL-5;
- Короткотривала КБТ більшою мірою покращує симптоми тривоги та депресії у пацієнтів з ПТСР, порівняно зі стандартним лікуванням, згідно з оцінкою стану за допомогою шкали HADS;
- Короткотривала КБТ більшою мірою покращує якість життя пацієнтів з ПТСР, порівняно зі стандартною терапією, згідно з оцінкою стану за допомогою шкали SF-36.

Таблиця 4. Порівняння ефективності КБТ та стандартної терапії. Вказана достовірність різниці між змінами у кількості набраних балів за шкалами між вихідними та кінцевими показниками

Шкала	Група	Покращення стану: вихідні – кінцеві показники (бали)	95% довірчий інтервал	p (статистична значимість) різниці між групами
CAPS-5, критерій B	СТ	1,73	0,68 – 2,79	0,012
	КБТ	3,86	2,52 – 5,19	
CAPS-5, критерій C	СТ	1,20	0,38 – 2,02	0,088
	КБТ	2,07	1,41 – 2,73	
CAPS-5, критерій D	СТ	2,80	0,63 – 4,97	0,002
	КБТ	7,57	5,60 – 9,54	
CAPS-5, критерій E	СТ	2,27	0,86 – 3,68	0,008
	КБТ	5,14	3,51 – 6,77	
CAPS-5, всього	СТ	8,07	3,19 – 12,95	0,001
	КБТ	18,64	14,97 – 22,32	
Глобальна оцінка стану лікарем	СТ	0,40	-0,15...0,95	0,002
	КБТ	1,50	1,12 – 1,88	
PLC-5, всього	СТ	7,20	2,75 – 11,65	<0,001
	КБТ	20,07	15,93 – 24,21	
HADS тривога	СТ	1,33	0,29 – 2,37	<0,001
	КБТ	5,00	3,85 – 6,15	
HADS депресія	СТ	0,40	-0,26...1,06	<0,001
	КБТ	3,86	2,68 – 5,03	
SF-36, всього	СТ	-2,27	-7,43...2,89	<0,001
	КБТ	-32,21	-38,15...-26,28	

## Список використаної літератури

1. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys / R. C. Kessler, S. Rose, K. C. Koenen [et al.] // *World Psychiatry*. – 2014. – Vol. 13. – P. 265–274.
2. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-V Criteria / D. G. Kilpatrick, H. S. Resnick, M. E. Milanak [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 2013. – Vol. 26. – P. 537–547.
3. Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study / K. Lukaschek, J. Kruse, R. T. Emeny [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2013. – Vol. 48. – P. 525–532.
4. Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative / C. Carmassi, L. Dell'Osso, C. Manni [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 2014. – Vol. 59. – P. 77–84.
5. The Prevalence of Lifetime and Partial Post-Traumatic Stress Disorder in Vietnam Theater Veterans / D. S. Weiss, C. R. Marmar, W. E. Chlenger [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 1992. – Vol. 5 (3). – P. 365–376.
6. Безшейко В. Г. Ефективність короткострокової травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії у осіб з посттравматичним стресовим розладом, які побували в зоні бойових дій // *Ліку України Плюс*. – 2015. – № 4. – С. 111–115.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРАТКОСРОЧНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ В.Г. Безшейко

Актуальность. Посттравматическое стрессовое расстройство является распространенной проблемой, встречающейся у 10% лиц, переживших травмирующее событие. Особую актуальность для Украины она приобрела в последнее время, учитывая проведение АТО в восточной части Украины. Стресс в условиях боевых действий является сильным психотравмирующим событием как для военных, так и для мирных жителей, находящихся в зоне АТО. Кроме того, вынужденное переселение с временно оккупированных территорий также потенциально может привести к ПТСР, что увеличивает количество уязвимых лиц на более чем 1 миллион. Такая ситуация требует использования медико-психологических методов, которые были бы эффективными при использовании в нашей популяции.

Методы и материалы. Мы провели лечение 72 пациентов с ПТСР, около половины из которых имели ПТСР, ассоциированный с пребыванием в зоне боевых действий. Все пациенты после подписания информированного согласия были поделены на 2 равные группы с назначением стандартной терапии или краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии. Для оценки состояния перед лечением и после курса терапии мы использовали ряд валидных шкал, а именно CAPS-5 (Клиническая шкала оценки ПТСР), PLC-5 (Контрольный список ПТСР), HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) и SF-36 (Шкала качества жизни).

Результаты. Лечение в обеих группах приводило к улучшению состояния пациентов. Однако в группе КБТ уменьшение количества баллов по шкалам CAPS-5, PLC-5, HADS и глобальной оценки состояния врачом было достоверно больше, чем в группе стандартной терапии. Так, для CAPS-5 – на 10,57 ( $p = 0,001$ ), для глобальной оценки состояния – на 1,1 ( $p = 0,002$ ), для PLC-5 – на 12,87 ( $p < 0,001$ ), для HADS тревога – на 3,77 ( $p < 0,001$ ), для HADS депрессия – на 3,46 балла ( $p < 0,001$ ). Что касается качества жизни, то в группе КБТ увеличение баллов по шкале SF-36 также было достоверно больше, чем в группе контроля (больше баллов – более высокое качество жизни) – на 29,94 балла.

Выводы. Кратковременная КБТ является более эффективным методом, в сравнении со стандартной терапией в контексте улучшения симптомов ПТСР, а также симптомов тревоги и депрессии и качества жизни у пациентов с ПТСР.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, когнитивно-поведенческая терапия, психотерапия, стресс, лечение, боевые действия, качество жизни

### EFFECTIVENESS OF THE BRIEF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN PTSD V. Bezsheiko

Background. Posttraumatic stress disorder is a common problem, occurring in 10% of individuals who have experienced a traumatic event. PTSD recently acquired high relevance for Ukraine because of warfare in eastern Ukraine. War zone stress is a strong traumatic event for both military and civilian. In addition, the forced relocation from temporarily occupied territories also can potentially lead to PTSD, which increases the number of high risk individuals to over 1 million. This situation requires the use of medical and psychological techniques that would be effective in use on our population.

Methods. We conducted a randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of brief CBT in patients with PTSD. For these purpose we treated 72 people with PTSD, about half of whom had PTSD associated with war zone stress. All patients after signing informed consent were divided into two equal groups which were treated by standard care or short-term cognitive behavioral therapy. To assess the patients before and after the course of treatment we used the valid scales such as CAPS-5 (Clinician-administered PTSD scale for DSM-V), PLC-5 (PTSD Checklist for DSM-V), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) and SF-36 (Health Survey Short Form - 36).

Results. Treatment in both groups led to the statistically significant improvement. However, between group differences in improvement were in favor for CBT group. Thus, for CAPS-5 in CBT group score improvement was on 10.57 points better ( $p = 0.001$ ), for the global assessment of the state – 1.1 points ( $p = 0.002$ ), for PLC-5 – 12.87 points ( $p < 0.001$ ), for the HADS anxiety – 3.77 points ( $p < 0.001$ ) for the HADS depression – 3.46 points ( $p < 0.001$ ). Also in the CBT group SF-36 score improvement was significantly higher than in control on 29.94 points.

Conclusion. Short-term CBT is more effective compared with standard treatment in the context of improving the symptoms of PTSD, and anxiety and depression symptoms and quality of life in patients with PTSD.

**Key words:** Posttraumatic stress disorder, cognitive behavioral therapy, psychotherapy, stress, treatment, war zone, quality of life