Тема 9. Діагностика стресу, травми та посттравматичних станів

План лекції

9.1. Травматична подія й різні посттравматичні стани: гостра стресова реакція, ПТСР, складна травма, дисоціація

9.2. Інструменти: скринінг PCL-5 та IES-R, клінічне інтерв'ю CAPS-5, шкали дисоціації й несприятливого дитячого досвіду

9.3. Безпека обстеження, динаміка симптомів і результат для плану допомоги

Література: [6, 14, 24, 25, 26]

9.1. Травматична подія й різні посттравматичні стани: гостра стресова реакція, ПТСР, складна травма, дисоціація

Психічна травма виникає внаслідок події, що поєднує реальну або потенційну загрозу життю, тяжку травму чи сексуальне насильство. Діагностичні системи (DSM-5, МКХ-11) визначають травматичну подію як вплив реальної або очікуваної смерті, тяжкого поранення, сексуального насильства: безпосереднє переживання, свідчення подій з іншими, дізнання про насильницьку смерть чи травму близьких або повторний вплив огидних деталей (типово для рятувальників і військових медиків) [14]. Подія є необхідною, але не достатньою умовою для розладу: більшість людей після травматичного досвіду не розвивають ПТСР, а частка осіб із розладом залежить від типу події та вибірки (серед осіб із бойовим досвідом приблизно 10–20 % за різними оцінками, а у рятувальників, поліцейських і цивільних, які пережили катастрофи чи насильство, частка залежить від тяжкості й тривалості впливу). За траєкторіями розрізняють стійкість (стабільне функціонування), відновлення (тимчасове порушення з поверненням до норми), хронічний перебіг і відтермінований початок (повна симптоматика виявляється пізніше).

Спектр посттравматичних станів містить кілька діагностичних одиниць. Гостра стресова реакція – тимчасовий стан, що виникає одразу після події й зазвичай минає протягом годин чи днів. У МКХ-11 вона не є розладом, а нормативною реакцією, яка може потребувати допомоги. Гострий стресовий розлад за DSM-5 діагностують від трьох днів до одного місяця після події. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) діагностують за стійкості симптомів понад місяць. Розлад адаптації виникає у відповідь на стресор без обов'язкової відповідності критеріям ПТСР. Розлад тривалого горя пов'язаний із втратою близької людини.

Критерії ПТСР у міжнародних класифікаціях різняться. У МКХ-11 ПТСР визначають за трьома групами симптомів: повторне переживання травми «тут і тепер» (флешбеки, нічні жахи, що супроводжуються страхом), уникання думок, почуттів і нагадувань, стійке відчуття поточної загрози (гіперпильність, посилена реакція здригання). Складний (комплексний) ПТСР додатково містить порушення самоорганізації: афективну дисрегуляцію, стійке негативне уявлення про себе (відчуття неповноцінності, провини) та труднощі у стосунках. Складний ПТСР зазвичай пов'язують із тривалою або повторною травматизацією, з якої важко вийти (насильство в сім'ї, торгівля людьми, полон, тривалі бойові дії, катастрофи з повторними загрозами) [26].

Натомість діагностичні критерії ПТСР за DSM-5 такі: A – вплив травматичної події (наведено вище); B – інтрузії (потрібен хоча б один із п'яти: нав'язливі спогади, кошмари, флешбеки, дистрес і фізіологічні реакції на нагадування); C – уникання (хоча б один із двох: думок і почуттів, зовнішніх нагадувань); D – негативні зміни когніцій і настрою (потрібні два із семи: амнезія щодо суттєвих аспектів події, стійкі негативні уявлення, спотворені звинувачення себе чи інших, стійкий негативний афективний стан, втрата інтересу, відчуженість, неспроможність відчувати позитивні емоції); E – зміни збудження й реактивності (потрібні два із шести: дратівливість і спалахи гніву, ризикована або саморуйнівна поведінка, гіперпильність, посилена реакція

здригання, порушення концентрації, порушення сну); F – тривалість понад один місяць; G – клінічно значущий дистрес або порушення функціонування; H – симптоми не пояснюються речовинами чи соматичним станом. Специфікатори: з дисоціативними симптомами (деперсоналізація, дереалізація), з відтермінованим проявом (повні критерії понад шість місяців після події).

Дисоціація – порушення інтеграції свідомості, пам'яті, ідентичності та сприйняття. Вона буває нормативною (відчуття нереальності під час події), адаптивною (відсторонення на момент загрози) або патологічною (стійка деперсоналізація, амнезія, дисоціативні розлади). Високий рівень перитравматичної дисоціації є фактором ризику розвитку ПТСР. Діагностику проводять за допомогою шкали дисоціативного досвіду (DES-II, параметри наведено нижче), структурованих інтерв'ю та клінічної оцінки.

Неперервна травматична реакція описує переживання за умов тривалої реальної загрози, коли травма не завершена («після» ще не настало). Для таких умов (обстріли, перебування в зоні бойових дій, служба на передовій, життя поблизу осередку небезпеки, постійна загроза насильства чи терористичних атак) класичні критерії ПТСР, що передбачають минулу подію, не завжди відповідають суті переживань. Українські дослідження валідизують шкали, спрямовані на оцінку неперервної травматичної реакції: зокрема, психометричні властивості переглянутої української версії шкали CTSR підтверджено під час війни [25].

Чинники ризику розвитку розладу: тяжкість і тривалість впливу, наявність поранень, втрати, моральні дилеми, попередня травматизація (несприятливий дитячий досвід), недостатня соціальна підтримка, коморбідні розлади, надмірне вживання алкоголю; захисні: підтримка побратимів, колег і близьких, відчуття сенсу, навички регуляції, своєчасна допомога. Ураховуються також чинники після події: ізоляція, стигма, конфлікти в сім'ї, труднощі повернення.

Особливості різних груп. У військових провідними є бойовий вплив, поранення й моральні дилеми; у рятувальників і медиків – повторна експозиція

до загибелі людей, зокрема дітей; у поліцейських – насильство та загроза власному життю під час затримань; у цивільних постраждалих – втрата житла й близьких, вимушене переселення, тривалі обстріли й теракти; у дітей – втрата батьків, насильство, розлука. Тому під час оцінки з'ясовують не лише наявність події, а й її тип, кількість, тривалість та роль особи (учасник, свідок, рятувальник).

Оцінювання стану після травми розпочинають із розмежування: що саме є реакцією, що розладом, а що наслідком іншого стану (контузії, депресії, ПТСР). Симптоми ПТСР значною мірою перекриваються з наслідками легкої черепно-мозкової травми (порушення сну, концентрації, дратівливість), з тривогою й депресією. Цей змішаний профіль потребує мультидисциплінарної оцінки.

Методики. PC-PTSD-5: п'ять питань про симптоми за місяць (кошмари чи спогади, уникання, постійне відчуття загрози чи настороженості, оніміння чи відчуженість, провина чи самозвинувачення); поріг – три й більше позитивних відповідей; використовується в первинній ланці.

DES-II: 28 тверджень про частоту дисоціативних переживань у відсотках часу (0–100 %); підсумок – середнє значення; поріг 30 % застосовують для скринінгу дисоціативних розладів; тривалість 10 хвилин; обмеження – не діагностує, чутлива до вираженої тривоги й ПТСР [14].

Український клінічний протокол. Протокол МОЗ України 2024 року (наказ № 1265 від 19.07.2024) розглядає гостру реакцію на стрес, ПТСР і порушення адаптації в одному документі. Його додатки містять скринінговий опитувальник на ПТСР, клінічне інтерв'ю CAPS-5, шкалу CATS для опікунів дітей віком 3–6 років та DASS-21. Розмежування розладу адаптації та нормативної реакції на стрес ускладнює те, що критерії розладу адаптації залишаються не зовсім чіткими.

9.2. Інструменти: скринінг PCL-5 та IES-R, клінічне інтерв'ю CAPS-5, шкали дисоціації й несприятливого дитячого досвіду

Оцінювання починають з виявлення травматичної події: контрольний перелік травматичних подій LEC-5 містить 16 типів подій (стихійне лихо; пожежа чи вибух; транспортна аварія; серйозний нещасний випадок на роботі, вдома чи під час відпочинку; небезпечний вплив речовин; фізичний напад; напад із зброєю; сексуальний напад; інший небажаний сексуальний досвід; бойові дії чи перебування у воєнній зоні; перебування в полоні; небезпечне для життя захворювання чи поранення; тяжкі людські страждання; раптова насильницька смерть; раптова випадкова смерть; заподіяння тяжкої шкоди чи смерті іншому) та відкриту категорію. Для кожного типу вказують форму переживання: подія сталася з особою; особа була свідком події; дізналася про неї з близького оточення; зіткнулася з нею через службові обов'язки; не впевнена, що подія відбулася; подія не стосується особи. Перелік не оцінює симптоми, проте визначає наявність критерію А та індексну подію для PCL-5 і CAPS-5.

Оцінювання стресового навантаження і гострих реакцій. Стрес розглядають як відповідь організму на вимоги, що перевищують наявні ресурси. Загальний адаптаційний синдром Г. Сельє описує фази тривоги, резистентності та виснаження. Трансактна модель Р. Лазаруса підкреслює роль когнітивної оцінки: ситуація сприймається як загроза, втрата або виклик залежно від співвідношення вимог і ресурсів. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10; С. Коен) містить 10 тверджень (відповіді 0–4, діапазон 0–40) і вимірює ступінь, до якого життєві обставини за останній місяць оцінено як непередбачувані, неконтрольовані та надмірні. Норм із клінічними порогами немає, тому шкалу застосовують переважно для порівняння груп і оцінки динаміки. Шкала соціальної переадаптації Т. Холмса й Р. Рея ранжує 43 життєві події за вагою в одиницях зміни життя. Сума понад 300 за рік пов'язується з

підвищеним ризиком хвороб. Для військових і працівників ризикових професій додатково оцінюють бойовий досвід і стійкість.

Для гострого періоду використовують шкалу гострого стресового розладу (ASDS, 19 пунктів) і анкету гострої стресової реакції Стенфорда (SASRQ, 30 пунктів) з вимірюванням дисоціації, інтрузій, уникання та збудження. Орієнтовні рішення ухвалюють у перші тижні, бо діагноз ПТСР до місяця не встановлюють. Скринінговий опитувальник травми (TSQ) складається з 10 пунктів «так/ні» про симптоми за останній тиждень. Шість і більше позитивних відповідей вказують на потребу в уточненні. Версії контрольного переліку за DSM-IV (військова PCL-M і цивільна PCL-C; 17 пунктів, діапазон 17–85) мають поріг близько 44–50 і пов’язані з критеріями попередньої класифікації. Для оцінки за DSM-5 використовують PCL-5.

Для дітей використовують шкали реакцій на травму за звітом дитини та батьків, переліки симптомів у вікових формах і спостереження [24].

Докладніше, PCL-5 – це контрольний перелік симптомів ПТСР за DSM-5, що містить 20 тверджень за чотирма кластерами. Відповіді оцінюють від 0 («зовсім ні») до 4 («надзвичайно») за останній місяць. Сумарний бал становить 0–80. Для первинного скринінгу прийнято поріг 31–33; для підвищеної специфічності – 38 і вище. Надійність висока (альфа 0,94–0,96, ретестова близько 0,82), валідність підтверджена порівнянням із клінічним інтерв’ю. Зміна на 5–10 балів і більше вважається надійною, а на 10–20 – клінічно значущою. Шкалу використовують у форматі самозвіту й для повторних вимірів.

Шкала впливу події IES-R (22 пункти, Д. Вайс і Ч. Марма) містить три субшкали: інтрузії (8 пунктів), уникання (8), гіперзбудження (6). Відповіді за останній тиждень оцінюють від 0 до 4. Поріг для ймовірного ПТСР зазвичай встановлюють на 33 бали (різні дослідження пропонують значення від 24 до 37). IES-R широко застосовують у дослідженнях реакції на катастрофи й у

скринінгу осіб після надзвичайних подій, але вона не охоплює всі критерії DSM-5 (наприклад, негативні зміни когніцій і настрою) [14].

На відміну від PCL-5, міжнародний опитувальник щодо травми (ITQ, 18 пунктів) розроблений для діагностики ПТСР і складного ПТСР за МКХ-11: оцінює три кластери ПТСР (повторне переживання, уникання, відчуття загрози), три кластери порушень самоорганізації (афективна дисрегуляція, негативна самооцінка, труднощі у стосунках) і функціональні порушення. Інструмент використовували у великих українських дослідженнях ПТСР та складного ПТСР у батьків під час війни: за такими дослідженнями поширеність ПТСР і складного ПТСР серед батьків в Україні істотно перевищує загальнопопуляційні показники [26]. Окреме дослідження охопило дітей і підлітків: у ньому застосовували опитування батьків щодо посттравматичних реакцій дітей.

Інструменти розподіляють за призначенням. Скринінг: PC-PTSD-5 (приблизно 5 хвилин), PCL-5 (5–10 хвилин), IES-R (10 хвилин). Оцінка тяжкості та моніторинг: PCL-5, IES-R. Діагностика за МКХ-11: ITQ (5–10 хвилин, охоплює складний ПТСР). Діагностика за DSM-5: CAPS-5 (45–60 хвилин). Типові значення надійності: PCL-5 – альфа 0,94–0,96, ITQ – 0,79–0,92 за субшкалами, субшкали IES-R – 0,79–0,90. Кожен інструмент відповідає на інше питання, тому в практиці їх комбінують за етапами: перший – PC-PTSD-5 або PCL-5, другий – ITQ за потреби розрізнення ПТСР і складного ПТСР, третій – CAPS-5 для підтвердження діагнозу.

Клінічно адміністрована шкала для DSM-5 (CAPS-5) вважається еталоном діагностики ПТСР. Структура: 30 пунктів; 20 симптомів критеріїв B–E; питання про початок, тривалість, дистрес, вплив на функціонування, загальну валідність і тяжкість; два дисоціативні симптоми (деперсоналізація й дереалізація) для специфікатора. Кожен симптом клініцист оцінює від 0 до 4 за частотою й інтенсивністю. Симптом вважають наявним за оцінки не менше 2. Сума 20 симптомів становить 0–80. Основний період оцінювання – минулий місяць (є

версії за останній тиждень та за все життя). Проведення займає 45–60 хвилин і потребує клінічної підготовки. Міжекспертна узгодженість щодо діагнозу висока (каппа близько 0,78). Використовують CAPS-5 для підтвердження діагнозу після скринінгу, у клінічних дослідженнях та експертизі.

Несприятливий дитячий досвід оцінюють опитувальником ACE. Кількість несприятливих подій (оцінка ACE) пов’язана з ризиком психічних і соматичних проблем у дорослому віці, зокрема розвитку ПТСР після нових травм. Інструмент слугує для планування допомоги, а не для діагнозу, і потребує безпечного формату, оскільки питання стосуються болісних тем.

Моральна травма (тривалий дистрес після дій чи свідчення дій, що порушують моральні переконання) оцінюється спеціальними шкалами (наприклад, шкала подій моральної травми, MIES) і структурованою бесідою. Вона перекривається з ПТСР, але визначається почуттям провини, сорому, гніву на себе або командування, втратою довіри, що потребує окремих підходів допомоги.

Моральна травма: українська адаптація. Поняття моральної травми запровадив у практику Дж. Шей на початку 1990-х років. Українську адаптацію короткої форми шкали симптомів моральної травми (MISS-M-SF; загальний бал від 10 до 100) виконано за процедурою ВООЗ на вибірці вчителів і студентів (n = 111). Дискримінантна валідність щодо PCL-5 (r = 0,04) і GAD-7 (r = 0,07) узгоджується з розрізненням моральної травми, ПТСР і тривоги, тому її оцінюють додатково до скринінгу ПТСР і тривоги. Водночас вибірку становили вчителі й студенти, тому для військових та інших груп потрібна окрема перевірка [6].

9.3. Безпека обстеження, динаміка симптомів і результат для плану допомоги

Безпека обстеження травми є пріоритетом. До початку діагностики: з’ясувати наявність безпосередньої загрози; забезпечити базові потреби;

домовитись про правила (можна зупинитися, пропустити питання); визначити, як особа справлятиметься, якщо стан погіршиться; переконатися, що після обстеження вона не залишиться самотньою зі своїми реакціями. Деталі травматичного досвіду не розпитують, якщо вони не потрібні для діагностичного рішення. Достатньо перевірити критерії за переліком симптомів.

Під час обстеження стежать за ознаками перевантаження: прискорене дихання, тремтіння, застигання, відсторонений погляд, плач, відмова відповідати. У разі їх появи – зупинка, стабілізація (заземлення, дихання, орієнтування «тут і тепер»), перегляд темпу. Не рекомендують застосовувати техніки, які глибоко занурюють у спогади без підготовленого супроводу, зокрема примусове відтворення подій у вигляді «дебрифінгу» одразу після травми для всіх без вибору.

Оцінювання у ранній період (перші дні) спрямоване на безпеку, базові потреби й виявлення осіб із високим ризиком (виражена дисоціація, суїцидальні ідеї, неможливість самообслуговування), а не на встановлення діагнозу ПТСР. Для діагнозу чекають щонайменше місяць, повторюючи оцінку в динаміці: відновлення сну, зниження інтрузій, повернення до діяльності є сприятливими ознаками, а наростання симптомів – підставою для допомоги.

Динаміка симптомів оцінюється за повторними вимірами: PCL-5 повторюють кожні 2–4 тижні під час терапії. IES-R використовують для відстеження перебігу після події. CAPS-5 застосовують до і після курсу лікування для оцінки ремісії (відсутність діагностичних критеріїв, зниження загальної тяжкості). Для різних траєкторій реакції (стійкість, відновлення, відтермінований початок, хронічність) фахівець визначає потребу в підтримці різного рівня [25].

Результат оцінки використовують для плану допомоги: за легкої симптоматики – психоедукація, навички саморегуляції, підтримка близьких і колег, спостереження; за помірної – травмофокусовані втручання

(травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, терапія тривалої експозиції, когнітивна терапія опрацювання, десенсибілізація й переробка рухами очей) за участі кваліфікованого терапевта; за тяжкої, зі складним ПТСР, дисоціацією, коморбідностями – мультидисциплінарний підхід з урахуванням медикаментозного лікування, стабілізації й безпеки. Клінічний протокол медичної допомоги регламентує алгоритми діагностики та лікування.

Помилки діагностики травми: вважати наявність симптомів доказом конкретної події; діагностувати ПТСР у перші дні; ігнорувати органічні причини симптомів; пропускати суїцидальний ризик; використовувати скринінг як діагноз; нехтувати культурними особливостями вираження дистресу; вимагати докладної розповіді про подію [14].

Методики. ACE: 10 питань «так/ні» про переживання до 18 років (фізичне, емоційне, сексуальне насильство; фізичне й емоційне нехтування; насильство над матір'ю; зловживання речовинами в родині; психічний розлад у члена родини; розлучення чи втрата батьків; ув'язнення члена родини); сума 0–10. Результат 4 і більше пов'язують зі значним підвищенням ризику проблем зі здоров'ям. Опитувальник використовується для планування допомоги, а не діагностики, і потребує безпечного формату.

Шкала перитравматичного дистресу (PDI): 13 пунктів про інтенсивність страху, безпорадності, провини, фізичних реакцій під час події й одразу після неї. Використовується для виявлення осіб із високим ризиком розладу, але має обмежену прогностичну точність і застосовується разом з іншими даними.

Шкала подій моральної травми (MIES): 9 пунктів про переживання порушення моральних цінностей (власні дії, бездіяльність, свідчення дій інших, зрада). Відповіді оцінюють від 1 до 6. Шкалу використовують для скринінгу й планування допомоги, але вона не є діагностичною.

Нейробіологічні й когнітивні механізми травми та їх значення для діагностики. Травматичний стрес активує мигдалеподібне тіло, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь і симпатичну нервову систему, що забезпечує

швидку мобілізацію. Тривале або надмірне збудження призводить до порушення регуляції цих систем, зниження контролю префронтальної кори й змін у функціонуванні гіпокампа, що відображається на пам’яті про подію: фрагментарність, надмірна емоційна насиченість, труднощі впорядкування у часі.

Когнітивні моделі посттравматичного розладу пояснюють збереження симптомів стійкими негативними оцінками події та її наслідків, порушенням інтеграції травматичної пам’яті в автобіографічну, стратегіями уникання, що підтримують відчуття загрози. Для діагностики це означає необхідність оцінювати не лише наявність симптомів, а й переконання про себе, інших і світ, провину, сором та стратегії уникання.

Додаткові інструменти: когніції, дистрес і гострі реакції. Опитувальник посттравматичних когніцій (PTCI) містить 33 твердження, оцінювані за семибальною шкалою (від 1 – «зовсім не згоден» до 7 – «повністю згоден»), і три субшкали: негативні когніції про себе (21 пункт), негативні когніції про світ (7 пунктів) і самозвинувачення (5 пунктів). Інструмент операціоналізує когнітивну модель ПТСР Ехлерса–Кларка: стійке відчуття поточної загрози формується тоді, коли травматичний досвід закодовано фрагментарно й оцінено надмірно негативно. Показники PTCI передбачають вираженість симптомів та відповідь на когнітивну терапію, тому їх використовують для вибору мішеней втручання.

Шкала травми Девідсона (DTS) складається з 17 пунктів за критеріями DSM-IV. Кожен симптом оцінюють окремо за частотою і тяжкістю від 0 до 4 за останній тиждень. Сумарний бал становить 0–136. Орієнтовна межа для клінічної виразності – 40 балів. Шкалу застосовують для моніторингу змін під час лікування, оскільки вона чутлива до динаміки. Для первинного діагностичного висновку вона не замінює структуроване інтерв’ю.

Скринінг SPRINT (8 пунктів) охоплює ядерні симптоми (повторне переживання, уникання, оніміння, гіперзбудження), біль і порушення

функціонування. Його застосовують у первинній ланці, коли часу на повний опитувальник немає. Результат трактують як підставу для поглибленого обстеження, а не як діагноз.

Опитувальник перитравматичної дисоціації (PDEQ, 10 пунктів) фіксує дисоціативні реакції під час події та одразу після неї: відчуття уповільнення часу, дереалізацію, «автоматичне» виконання дій. Високі показники прогнозують хронізацію ПТСР, що важливо для військових, рятувальників і цивільних постраждалих після гострого епізоду загрози.

Структуроване інтерв'ю для розладів дисоціативного спектра (SCID-D) і Багатошкальний опис дисоціації (MID) застосовують, коли DES-II виявляє високу ймовірність дисоціативного розладу (понад 30 балів). Перевагою інтерв'ю є розрізнення амнезії, деперсоналізації, дереалізації, сплутаності та зміни ідентичності.

Часові параметри та диференціація. Диференціація ПТСР від депресивного розладу ґрунтується на наявності специфічної інтрузивної симптоматики, пов'язаної зі змістом травми, і на ознаках уникання нагадувань; від тривожних розладів – на зв'язку страху зі спогадом, а не з майбутньою загрозою; від черепно-мозкової травми – на когнітивному профілі (порушення уваги й швидкості опрацювання за ЧМТ без травматичного змісту переживань); від психотичних розладів – на збереженій критичності до флешбеків.

Оцінка валідності відповіді охоплює перевірку невідповідності між самозвітом і поведінкою, кількість непослідовних пунктів, а в разі експертних питань – застосування шкал перебільшення симптомів і структурованих інтерв'ю. Самозвітні шкали травми чутливі до соціальної бажаності, тому для рішень про придатність до служби їх поєднують із клінічним інтерв'ю та зовнішніми джерелами.

Ключові поняття теми: *травматична подія; гостра стресова реакція; ПТСР і складний ПТСР; дисоціація; неперервна травматична реакція; PCL-5, IES-R, ITQ; CAPS-5; шкала дисоціативного досвіду (DES-II); несприятливий дитячий досвід (ACE); моральна травма; MISS-M-SF; клінічний протокол МОЗ.*

Питання для самоперевірки

1. Які посттравматичні стани розрізняють у клінічній діагностиці та чим вони відрізняються?

2. Які симптомні кластери становлять ПТСР за DSM-5 та МКХ-11? Чим складний ПТСР відрізняється від ПТСР?

3. Яку структуру має PCL-5 і які порогові значення використовують для скринінгу?

4. Чим IES-R, ITQ і CAPS-5 відрізняються за призначенням і форматом проведення?

5. Які правила безпеки застосовують під час обстеження травми?

6. Чому діагноз ПТСР не встановлюють у перші дні після події?

7. Як результати оцінки травми використовують для плану допомоги?

8. Чим моральна травма відрізняється від ПТСР і як її оцінюють за українською адаптацією MISS-M-SF?