



**ІНСТИТУТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНСЬКОГО КАТОЛИЦЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ**
ВИДАВНИЧА СЕРІЯ «ПСИХОЛОГІЯ. ПСИХІАТРІЯ. ПСИХОТЕРАПІЯ»



ПРОТОКОЛ

З ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ ПТСР

Національного інституту клінічної майстерності
Великобританії (NICE)

ОНЛАЙН-ВИДАННЯ

Issued:
March 2005
NICE clinical guideline 26
guidance.nice.org.uk/cg26

**ВИДАННЯ ЗДІЙСНЕНЕ У ПАРТНЕРСТВІ
З УКРАЇНСЬКИМ ІНСТИТУТОМ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ**



**ТА ФОНДОМ «ШВЕЙЦАРСЬКЕ БЮРО
СПІВРОБІТНИЦТВА В УКРАЇНІ»**

ЛЬВІВ 2015

ЗМІСТ

Передмова. <i>Олег Романчук</i>	4
Звернення щодо необхідності реформування засад регуляції надання спеціалізованих форм психотерапевтичної допомоги в Україні	7
Ключові положення рекомендацій	11
1. Рекомендації.....	13
1.1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	13
1.2. Симптоми ПТСР.....	13
1.3. Розпізнання ПТСР.....	14
1.4. Обстеження і узгодження плану допомоги	17
1.5. Підтримка сімей та опікунів	17
1.6. Практична підтримка та соціальні фактори	18
1.7. Мова і культура.....	18
1.8. Турбота про всіх людей із ПТСР	19
1.9. Терапевтичні втручання при ПТСР.....	20
1.10. План подолання наслідків надзвичайної ситуації.....	27
2. Зауваги щодо сфери застосування рекомендацій	28
3. Застосування у національній системі охорони здоров'я	29
3.1. Загальні зауваження.....	29
3.2 Аудит.....	29
4. Рекомендації щодо наукових досліджень	30
4.1. Керована самодопомога.....	30
4.2. Діти, підлітки та молодь	30
4.3. Травмофокусовані психологічні втручання в роботі з дорослими	30
4.4. Програма скринінгу.....	31
4.5. Травмофокусоване психологічне втручання та фармакологічне лікування ...	31

5. Інші версії цих рекомендацій.....	32
5.1 Повні рекомендації	32
5.2. Напрямки роботи NICE	32
5.3. Інформація для громадськості	32
6. Сполучені рекомендації NICE щодо коморбідних розладів	33
7. Дата перегляду	34
Додаток А: Схема класифікації	35
Додаток Б: Група з приготування рекомендацій.....	36
Додаток В: Оглядова комісія рекомендацій.....	38
Додаток Г: Технічні деталі критеріїв аудиту	39
Можливі цілі для аудиту	39
Люди, яких можна залучити до аудиту.....	39
Заходи, які можуть послужити основою для проведення аудиту.....	39
Підрахування комплаєнсу (наскільки реальна ситуація відповідає очікуванням)	42
Про ці рекомендації	44

ПЕРЕДМОВА

Війна в Україні актуалізувала проблему посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, показують, що поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій (як військові, так і мирні жителі), зростає вдвічі і сягає 15 – 20 %. Дослідження свідчать теж і про позитивну динаміку: велика частина осіб, що пережили психотравмуючу подію, не матиме жодних проблем із психічним здоров'ям; значна кількість людей із ПТСР одужає спонтанно. Тож важливо не перебільшувати проблему, але водночас і не мінімізувати її. Важливо теж бути свідомими, що у значної частини осіб, які пережили психотравмуючу подію, проблеми у сфері психічного здоров'я виникатимуть не одразу, а можуть з'явитися за якийсь час. Мусимо пам'ятати також, що ці проблеми можуть проявитися не лише як ПТСР, а й у формі інших розладів, зокрема: зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривожних розладів, порушення контролю злості та ін. Тож справді важливим є фахове обстеження та комплексний, індивідуальний підхід до пацієнта. І ще одне, про що нам важливо пам'ятати тоді, коли всі зусилля спрямовані на допомогу тим, хто пережив жахіття війни: психотравмуючих подій, на жаль, багато й у «мирній зоні»: насилля в родині, насилля в інституціях (як-от, в інтернатних закладах), кримінальні випадки, ДТП, різноманітні нещасні випадки, стихійні та техногенні лиха тощо. Пам'ятаймо, що ПТСР може тривати роками і десятиліттями після пережитих травм (скільки їх випало на долю України лише за останнє століття: Голодомор, дві світові війни, комуністичні репресії!). А особливістю цього розладу є те, що багато осіб, які потерпають від нього, намагаються не розповідати про своє страждання, а просто «забути» пережите, сподіваючись, що «все вилікує час». Утім, ми свідомі, що для багатьох випадків ПТСР одного часу замало – потрібні спеціалізовані, травмофокусовані форми психотерапевтичної допомоги, щоб допомогти зцілити «рани» минулого...

Усвідомлюючи більше проблему ПТСР, перед нашою фаховою спільнотою постає низка важливих питань, зокрема: якої допомоги потребують особи з ПТСР? Як організувати цю допомогу? Хто і де її надаватиме? Як сприяти виявленню ПТСР? Як мотивувати осіб, що потребують допомоги, звернутися за нею? Сподіваємося, що переклад та видання Протоколу з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE) буде корисним для нас в Україні у пошуку відповідей на ці питання в наших реаліях. NICE є організацією, яка працює на уряд Великобританії. До неї належать провідні експерти, які на основі аналізу всіх наявних якісних наукових досліджень формують рекомендації для національної системи охорони здоров'я Великобританії щодо допомоги особам

з тим чи тим розладом. Метою цих рекомендацій є насамперед пропозиція певного алгоритму діагностики розладу та допомоги особі, що є важливим як для фахівців, так і для користувачів послуг; вибір доказових форм допомоги; а також рекомендації для уряду до імплементації цих рекомендацій – адже не завжди те, що є доказовою формою допомоги, доступне і наявне. Оскільки у Великобританії національна система охорони здоров'я є безкоштовною, то уряд проводить ретельні економічні обрахунки, щоб державні кошти використовували справді ефективно і щоб застосовані методики були доказовими. В Україні цей досвід Великобританії дуже корисно вивчати, оскільки система охорони здоров'я у нас також державна. Ба більше, спорідненість полягає ще й у тому, що важливість економічного фактору в Україні є особливо актуальною з огляду на наші фінансові реалії.

Видання протоколів лікування психічних розладів у Великобританії та увага до потреби застосування доказових форм допомоги позначилася на розвитку самої британської системи. Оскільки у більшості протоколів лікування психічних розладів серед втручань першого вибору є специфічні форми психотерапевтичної допомоги (зокрема когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, інтерперсональна, майндфулнес-орієнтована терапія та ін. Детально з протоколами можна ознайомитися на сайті NICE: www.nice.org.uk), то усвідомлення дефіциту цих фахівців призвело до дієвої реакції уряду Великобританії. Тому він імплементує масштабний як за обсягом фінансування (400 млн фунтів на 2010 – 2014 роки), так і з позиції поставлених цілей (підготувати 6000 фахівців для національної системи охорони здоров'я компетентних у КПТ та інших специфічних доказових підходах – детальніше про цей проект див. <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/talking-therapies-a-four-year-plan-of-action.pdf>) проект IAPT – забезпечення населення різними видами психологічної терапії.

Це важливий приклад для нашої української національної системи охорони здоров'я, оскільки, повертаючись до проблеми допомоги особам із ПТСР, вивчаючи закордонні протоколи, розробляючи національні клінічні настанови, ми натрапляємо на рекомендацію, яку, на разі, дуже складно реалізувати в Україні: «при ПТСР втручаннями першого вибору є спеціалізовані види психотерапії: травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія та метод EMDR (десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей)». Тож для нас актуалізується не тільки проблема ПТСР, а й проблема загалом розвитку національної системи охорони психічного здоров'я і, зокрема, розвитку спеціалізованих форм психотерапевтичної допомоги. Саме тому ми додаємо після цієї передмови «Звернення щодо необхідності реформування засад регуляції надання спеціалізованих форм психотерапевтичної допомоги в Україні», у якому вказуємо на необхідні, на нашу думку, кроки для імплементації в Україні сучасних принципів надання спеціалізованих форм психотерапевтичної допомоги відповідно до сучасних міжнародних стандартів.

Утім, звісно, забезпечення доступності доказових форм психотерапії щодо ПТСР – це лише одна ланка ланцюжка. Нам потрібна значно ширша програма, яка передбачала би й просвітництво (для прикладу, див. просвітницький проект «Простір надії»: www.prostirnadii.org.ua), і роботу з організації кризових втручань та першої психологічної

допомоги, і профілактичну працю з метою розвитку стресостійкості та навичок само/взаємодопомоги; організацію системи скринінгу, раннього виявлення, скерування; організацію спеціалізованих програм і структур та багато іншого. Сподіваємося, що на взірець того, як травма може вести до мобілізації ресурсів та посттравматичного росту (коли у відповідь на досвід травми відбувається внутрішній ріст особи, зміцнення соціальних стосунків, увиразнення цінностей та ін.) людини, так наша професійна спільнота у відповідь на складні виклики сьогодення зможе мобілізувати свої ресурси, покращити співпрацю, зростати фахово та разом досягнути важливих змін задля психічного оздоровлення та благополуччя особи, родини, суспільства...

*Олег Романчук
директор Інституту психічного здоров'я
Українського Католицького Університету*

ЗВЕРНЕННЯ ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ РЕФОРМУВАННЯ ЗАСАД РЕГУЛЯЦІЇ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ФОРМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Зараз Україна переживає нелегкий час випробувань, які особливим чином загострюють наше усвідомлення важливості психічного здоров'я нації та потребу цілісної національної програми його охорони. Війна з її потужним психотравмуючим впливом показала, наскільки важливим є розвиток фахових, спеціалізованих програм допомоги особам із посттравматичним стресовим розладом. І в цьому керунку за останній час зроблено дуже багато: відбуваються конференції, просвітницькі кампанії, вишколюються фахівці, виходять друком книги, розробляються клінічні настанови до надання фахової допомоги. Втім, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є лише одним із багатьох інших психічних розладів, і нам потрібна якісна програма розвитку всієї сфери охорони психічного здоров'я, що потребує низки рішучих та добре продуманих реформ.

У цьому контексті хочемо звернути увагу громади, фахової спільноти, урядовців, що однією з ключових форм лікування психічних розладів є психотерапія. Психотерапія, як і медикаментозна терапія, це не один вид допомоги; вона передбачає багато різних методів (як-от, системна, гештальт, когнітивно-поведінкова, EMDR, психодинамічна та ін. Загалом на сьогодні виокремлюють близько 300 методів психотерапії). В еру доказової медицини ці методи проходять наукові клінічні дослідження, і на основі наявної чималої наукової бази ми можемо зробити висновки про необхідність застосування при специфічних психічних розладах тих чи тих специфічних методів психотерапії. Приміром, для лікування ПТСР основними втручаннями першого вибору міжнародні протоколи рекомендують травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію або метод EMDR (десенсибілізації та репроцесуалізації травми рухом очей).

Відповідно в Україні постає гостра потреба компетентних фахівців, які здатні надати професійну допомогу в межах тих чи тих спеціалізованих психотерапевтичних методів лікування. У міжнародній спільноті компетентність фахівця у тому чи тому психотерапевтичному підході підтверджує його акредитація у цьому методі. В Україні, на жаль, регуляція сфери психотерапевтичної допомоги разюче відрізняється від прийнятих міжнародних стандартів. Тому нам необхідні чіткі й конкретні реформи, інакше – як і з ринком «фальшивих» медикаментів – психотерапевтична освіта й допомога в Україні будуть знецінені й дискредитовані. Самі ж відмінності між

Україною та більшістю європейських країн у цій сфері є доволі широкі і стосуються щонайменше кількох рівнів:

- А). Хто надає психотерапевтичну допомогу (у західних країнах це здебільшого психологи з додатковою спеціалізованою освітою, в Україні ж, згідно з законодавством, – винятково лікарі-психотерапевти, а насправді теж переважно психологи «під прикриттям» термінів «психологічне консультування» і т.п.).
- Б). Види допомоги, яку надають фахівці (у західних країнах окремі фахівці володіють окремими методами на належному рівні. В Україні лікаря-психотерапевта вчать по програмі «усього по трохи», що на практиці може означати відсутність компетенції і неспроможність надати психотерапевтичну послугу за жодним з видів допомоги на належному рівні).
- В). Дотримання протоколів (у західних країнах при специфічних розладах рекомендують специфічні види психотерапевтичної допомоги згідно з протоколами. В Україні ж переважно керуються не так протоколами, як «симпатіями» фахівця до того чи того підходу чи теорії).
- Г). Захист якості психотерапевтичної допомоги (у західних країнах якість строго регулює лише процедура акредитації/реакредитації).
- Ґ). Контроль за акредитацією та стандартами компетентності, у тому числі за якістю освітніх програм (у західних країнах за це відповідають головним чином фахові асоціації) та ін.

Зважаючи на те, що спеціалізовані види психотерапевтичної допомоги відіграють ключову роль у терапії різних психічних розладів та на те, що їх рекомендують сучасні міжнародні протоколи, надзвичайно важливим є створення в Україні умов для повноцінного розвитку психотерапії. Тому, беручи за основу прийняті міжнародні стандарти у царині психічного здоров'я, ми пропонуємо наступні кроки у реформі регулювання сфери надання психотерапевтичної допомоги:

1. Спеціалізовані форми психотерапевтичної допомоги (для прикладу, КПТ, психодинамічна терапія, EMDR та ін.) треба надавати відповідно до міжнародних науково обґрунтованих протоколів лікування тих чи тих психічних розладів. Відповідно пріоритетом є напрацювання та затвердження національних клінічних настанов щодо лікування основних психічних розладів на основі даних сучасних досліджень та прийнятих міжнародних стандартів. Ці настанови мають стати регулятором у виборі першочергових втручань, зокрема психотерапевтичних.
2. Спеціалізовані форми психотерапевтичної допомоги мають надавати належно підготовлені й акредитовані фахівці різних професій, що працюють у сфері охорони психічного здоров'я і мають належну базову освіту (психолог, лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, соціальний працівник, медсестра психіатричного профілю

та ін.) та здобули додаткову спеціалізовану освіту і компетентність (підтверджену акредитацією) у специфічному психотерапевтичному підході. У цій сфері ми мусимо синхронізуватися з європейськими та міжнародними практиками, де не існує окремої спеціальності «психотерапевт», а фахівці різної базової підготовки у сфері психічного здоров'я за наявності додаткової спеціалізованої психотерапевтичної освіти у тому чи тому методі можуть надавати відповідний вид психотерапевтичної допомоги. У цьому контексті відповідно варто переглянути також суть спеціальності «лікар-психотерапевт» та стандарт підготовки, а також схожі суміжні спеціальності (для прикладу, лікар-психолог). Вартою уваги може бути також ідея «синхронізації» спеціалізації психологів (зараз в Україні існує низка підспеціалізацій: «практичний психолог», «медичний психолог», «лікар-психолог»). Натомість у більшості західних країн існує чітко окреслена спеціалізація «клінічний психолог», яка готує фахівців-психологів для праці у сфері охорони психічного здоров'я (як дорослих, так і дітей та підлітків) і яка, як правило, передбачає повноцінне навчання кількох обов'язкових доказових психотерапевтичних підходів, повноцінну інтернатуру з супервізованою клінічною практикою та ін.

3. Навчання спеціалізованих методів психотерапії має відбуватися винятково в межах акредитованих освітніх програм (не залежно чи вони є державні, чи приватні), що відповідають стандартам відповідних міжнародних/національних фахових товариств у певному методі психотерапії та яке проводять акредитовані відповідно до цих міжнародних стандартів викладачі/супервізори.
4. Акредитацію цих програм мають проводити відповідно до міжнародної практики спеціалізовані фахові професійні асоціації (українські/міжнародні; якщо українські, то такі, що є дійсними акредитованими членами відповідних міжнародних асоціацій).
5. Надавати спеціалізовані види психотерапії відповідно до сучасних стандартів якості того чи того методу можуть лише ті фахівці, які завершили навчання у такого роду освітній програмі (як правило, це тривалий процес, що передбачає теоретичну й практичну підготовку, супервізовану клінічну практику, оцінювання та інші компоненти) і яким на основі оцінювання їх компетентності присвоєна відповідна кваліфікація, яка підтверджена процедурою акредитації (у багатьох асоціаціях, що є членами європейських асоціацій, це підтверджується «євросертифікатом» у цьому методі). Відповідно, хто б не був замовником послуги спеціалізованої психотерапевтичної допомоги, – приватна особа, державний чи приватний медичний заклад, страхова компанія тощо – лише наявність акредитації (міжнародної/національної) у цьому підході може бути критерієм гарантії якісного надання цієї послуги і бути підставою до вибору фахівця для надання такого роду послуги.
6. Відповідні навчальні програми мають забезпечити процедуру продовження професійного розвитку, регулярної реакредитації відповідно до міжнародних стандартів цього психотерапевтичного підходу.

Звертаємося до всієї фахової психотерапевтичної спільноти, а також до урядовців, менеджерів сфери охорони здоров'я та психологічної допомоги з запрошенням до широкої дискусії щодо ідей реформування регуляції сфери надання психотерапевтичної допомоги, а також психотерапевтичної освіти та контролю її якості й відповідності сучасним міжнародним стандартам. Сподіваємося, що ці дискусії втіляться у швидкі, добре продумані реформи та законодавчі зміни, що базуються на актуальних міжнародних стандартах та вестимуть до розвитку якісної психотерапевтичної допомоги в Україні.

*Це звернення прийняте на пленарному засіданні
Третьої української науково-практичної конференції
з когнітивно-поведінкової терапії у смт Пилипець,
19 липня 2015 року (організатори конференції:
Українська асоціація когнітивно-поведінкової терапії,
Український інститут когнітивно-поведінкової терапії,
Інститут психічного здоров'я Українського
Католицького Університету).*

КЛЮЧОВІ ПОЛОЖЕННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ

Первинна реакція на травму

- Для людей, які пережили травматичну подію, індивідуальне короткотермінове втручання тривалістю в одну сесію (яке часто називають дебрифінгом), що зосереджене на травматичній події, не повинно бути загальноприйнятою практикою.
- Якщо симптоми помірно виражені і проявлялися не довше ніж 4 тижні після травматичної події, то шляхом подолання труднощів, яких зазнають люди з посттравматичним стресовим розладом, може бути амбулаторне спостереження за особою. Не пізніше одного місяця після звернення до фахівця треба провести наступну зустріч.

Травмофокусована психологічна терапія

- Травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію треба надавати людям, які страждають від важких посттравматичних симптомів або важкого ПТСР протягом першого місяця після травматичної події. Ці втручання, як правило, треба проводити індивідуально та амбулаторно.
- Усім людям із ПТСР треба пропонувати курс травмофокусованої психологічної терапії (травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію [КПТ] або десинсібілізацію та репроцесуалізацію за допомогою руху очей [EMDR]). Ці втручання, як правило, треба проводити індивідуально та амбулаторно.

Діти та підлітки

- Травмофокусовану КПТ треба надавати старшим дітям, які страждають від важких посттравматичних симптомів або важкого ПТСР, протягом першого місяця після травматичної події.
- Дітям і підліткам із ПТСР, включно з тими, які зазнали сексуального скривдження, необхідно запропонувати курс травмофокусованої КПТ, належним чином адаптований до їх віку, обставин та рівня розвитку.

Медикаментозна терапія для дорослих

- Медикаментозне лікування при ПТСР не застосовують як терапію першого вибору для дорослих (у загальній практиці чи у практиці професійного фахівця в галузі психічного здоров'я) замість травмофокусованої психологічної терапії.
- Застосування ліків (пароксетин або міртазапін для загального використання і амітриптилін або фенелзін на початку призначають тільки фахівці в галузі психічного здоров'я) можна вважати доречним для лікування ПТСР у дорослих, які відмовляються від травмофокусованої психологічної терапії¹.

Скринінг ПТСР

Щодо осіб, які перебувають у групі ризику розвитку ПТСР після пережитого лиха, відповідальним за координацію дій у надзвичайних ситуаціях можна рекомендувати застосування короткого інструменту для скринінгу ПТСР через один місяць після катастрофи.

¹ Пароксетин – єдиний на час публікації керівництва (березень, 2005) препарат, що застосовують при ПТСР, який є в переліку ліцензованих препаратів у Великобританії.

1. РЕКОМЕНДАЦІЇ

1.1. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)

Посттравматичний стресовий розлад розвивається після стресової події або ситуації винятково загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати сильне відчуття дистресу майже в кожній людині. Однак ПТСР не розвивається внаслідок ситуацій, які у повсякденній мові характеризують словом «стресові», наприклад: розлучення, втрата роботи або невдача на іспиті. ПТСР – це розлад, який може розвинути у людей усіх вікових категорій. ПТСР можуть зазнати близько 25-30% людей, що пережили травматичну подію.

1.2. СИМПТОМИ ПТСР

Найхарактернішим симптомом ПТСР є **повторне переживання симптомів**. Люди з ПТСР мимоволі знову переживають аспекти травматичної події в дуже яскравий спосіб, що викликає у них дистрес. Ідеться про флешбеки, під час яких людина діє або відчувається так, ніби подія повторюється; нічні жахи; тривожні інтрузивні образи, що виникають у свідомості мимоволі, або інші сенсорні враження від події. Нагадування про травматичну подію викликають сильний дистрес і/або фізіологічні реакції. У дітей симптоми повторного переживання можуть набувати форми повторного переживання досвіду, повторюваної гри або страшних снів без усвідомлення змісту.

Уникання згадок про травму є ще одним характерним симптомом ПТСР. Це стосується людей, ситуацій та обставин, що нагадують або пов'язані з травматичною подією. Люди з ПТСР часто намагаються виштовхнути зі своєї свідомості спогади про подію, не думати та не обговорювати її деталі, особливо найгірші моменти. З іншого боку, є люди, які забагато роздумують над питаннями, що заважають їм примиритися з подією (наприклад, про те, чому подія відбулася саме з ними, про те, як їй можна було б запобігти, або про можливу помсту).

Люди з ПТСР також відчувають симптоми **надмірного збудження**, включаючи гіпернастороженість щодо загрози, лякливість, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги і проблеми зі сном. Інші особи з ПТСР також скаржаться на симптоми **емоційного оніміння**. До них належать: відсутність здатності відчувати емоції, відчуття відсто-

ронення від інших людей, відмова від видів діяльності, які раніше були важливими, і втрата пам'яті стосовно важливих частин події.

Симптоми ПТСР часто розвиваються відразу після травматичної події, але в деяких людей (менше 15% всіх постраждалих) симптоми можуть з'явитися пізніше. Люди з ПТСР можуть не звертатися за допомогою протягом декількох місяців або й років після появи симптомів, незважаючи на значний дистрес, який вони відчують. Однак ПТСР є виліковним розладом навіть через багато років після травматичної події. Проте обстеження ПТСР може становити значні труднощі, оскільки багато людей ухиляються розповідати про свої проблеми, хоча скаржаться на дискомфорт.

1.3. РОЗПІЗНАННЯ ПТСР

Терапія ПТСР може бути ефективною лише тоді, коли проведена діагностика розладу. У деяких випадках, наприклад, після масштабної катастрофи, можна рекомендувати специфічні засоби для виявлення людей, схильних до розвитку розладу. Для більшості людей із ПТСР можливість розпізнати та ідентифікувати його з'являється під час звичайних медичних втручань, наприклад, після нападу або нещасливого випадку, коли потрібна фізіотерапія, або коли людина розповідає про насилля в сім'ї чи про сексуальне насильство, пережите в дитинстві. Ідентифікація ПТСР у дітей є значною трудностю, однак її можна вирішити, безпосередньо запитавши дітей про їхній досвід.

1.3.1. Розпізнання ПТСР у первинній ланці охорони здоров'я

ПТСР може проявлятися цілою низкою симптомів, які у дорослих найчастіше виражені у вигляді дуже яскравих, тривожних спогадів про подію або флешбеків (інтрузивні спогади або симптоми повторного переживання). Однак деколи найбільш вираженими симптомами може бути уникання ситуацій, пов'язаних із травмою, або уникання соціальних контактів загалом. При обстеженні та ідентифікації ПТСР важливо емпатично ставити конкретні запитання як про симптоми, так і про досвід травматичної події. ПТСР часто супроводжується низкою коморбідних розладів, таких як депресія. Часто ці проблеми зникають після терапії ПТСР. Але якщо цього не станеться або коморбідний розлад перешкоджає ефективному лікуванню ПТСР, варто розглянути можливість лікування цього розладу.

1.3.1.1. ПТСР може проявлятися цілою низкою симптомів (у тому числі повторним переживанням, уникненням, підвищеною збудливістю, депресією, емоційним онімінням, зловживанням наркотиками чи алкоголем, злістю), тому при обстеженні ПТСР членам команди первинної допомоги треба емпатично

запитувати пацієнтів, чи зазнали вони досвіду травми (навіть багато місяців або років тому) і наводити конкретні приклади травматичних подій (наприклад, напади, згвалтування, дорожньо-транспортні пригоди, сексуальне насильство в дитинстві та травматичні пологи).

- 1.3.1.2. Сімейні лікарі та інші члени команди первинної медичної допомоги повинні бути поінформовані про травми, пов'язані з розвитком ПТСР. Це можуть бути такі події, як згвалтування та дорожньо-транспортні пригоди, насильство в сім'ї або сексуальне насильство в дитинстві.
- 1.3.1.3. Пацієнтів, які мають незрозумілі фізичні симптоми та знову і знову звертаються до ланки первинної медичної допомоги, треба запитати, чи вони мали досвід травматичної події і навести конкретні приклади травматичних подій (наприклад, напади, згвалтування, дорожньо-транспортні пригоди, сексуальне насильство в дитинстві та травматичні пологи).
- 1.3.1.4. У процесі ідентифікації ПТСР члени команди первинної медичної допомоги повинні ставити дорослим конкретні запитання про повторне переживання подій (включаючи флешбеки і нічні жахи) чи надмірне збудження (включно з перебільшеною лякливістю або порушеннями сну). Обстежуючи дітей, особливо молодшого віку, варто ставити запитання дітям і/або батькам про порушення сну або про суттєві зміни у режимі сну.

1.3.2. Розпізнання ПТСР в умовах лікарні загального профілю

Багато людей, які звертаються по медичну допомогу до загального стаціонару, можливо, пережили травматичні події. Найчастіше таких осіб можна зустріти у відділеннях невідкладної допомоги, а також у ортопедичних клініках та в клініках пластичної хірургії. Для деяких людей із ПТСР ці відділення можуть бути основною точкою контакту з системою охорони здоров'я, а також єдиною можливістю для розпізнання та ідентифікації ПТСР, яку варто використати.

- 1.3.2.1. ПТСР може проявлятися цілою низкою симптомів (у тому числі повторним переживанням, уникненням, підвищеною збудливістю, депресією, емоційним онімінням і злістю), тому при обстеженні ПТСР члени команди вторинної ланки допомоги повинні емпатично запитувати пацієнтів із такими симптомами, чи вони зазнали досвіду травми і наводити конкретні приклади травматичних подій (наприклад, напади, згвалтування, дорожньо-транспортні пригоди, сексуальне насильство в дитинстві та травматичні пологи).

1.3.3. Скринінгове обстеження осіб, які пережили катастрофу, переселенців та людей, що шукають притулку

Багато людей, які пережили масштабну катастрофу, страждатимуть як від її короткотривалих, так і від її довготривалих наслідків. Хоча не рекомендується проводити дебрифінг в одну сесію, однак органам, відповідальним за підготування плану подолання наслідків катастрофи, слід розглянути можливість скринінгового обстеження усіх осіб, що пережили лихо. Крім того, більшість переселенців (люди, що приїхали до Великобританії із зони конфлікту в рамках програми, яку організувала Верховна комісія ООН у справах біженців) також постраждали внаслідок травматичних подій, і програма скринінгу може бути корисною.

- 1.3.3.1. Особам, що перебувають у групі високого ризику розвитку ПТСР після травматичних подій, можна порадити (через відповідальних за приготування плану подолання наслідків катастрофи) стандартне використання короткого скринінгового інструменту для виявлення ПТСР через місяць після трагедії.
- 1.3.3.2. Переселенцям та людям, що шукають притулку та перебувають у групі високого ризику розвитку ПТСР, можна порадити (через відповідальних за програму для біженців) стандартне використання короткого скринінгового інструменту для виявлення ПТСР у рамках первинного обстеження біженців у системі охорони здоров'я. Це має бути частиною будь-якого комплексного фізичного і психічного скринінгу.

1.3.4. Особливі труднощі розпізнання ПТСР у дітей

Діти, особливо до 8 років, можуть безпосередньо не скаржитися на такі симптоми ПТСР, як повторне переживання травми чи уникнення. Натомість діти можуть скаржитися на проблеми зі сном. Тому дуже важливо використати всі нагоди для виявлення ПТСР у дітей. Опитування дітей, а також батьків або опікунів, теж сприятиме розпізнанню ПТСР. ПТСР у дітей (до 30%) зазвичай виявляють під час відвідування відділення невідкладної допомоги при травматичних ушкодженнях. Працівники відділення невідкладної допомоги повинні інформувати батьків або опікунів про ризик розвитку ПТСР у їхньої дитини, а також консультувати дорослих стосовно подальших дій у разі розвитку симптомів.

- 1.3.4.1. Під час обстеження дитини чи підлітка на наявність ПТСР фахівці сфери охорони здоров'я повинні подбати про те, щоб особисто і безпосередньо запитати дитину чи підлітка про симптоми ПТСР. Спеціалісти не мають покладатися лише на інформацію від батьків або опікунів при будь-якому обстеженні.

- 1.3.4.2. Під час надання допомоги у відділенні невідкладної допомоги дитині, що пережила травматичну подію, працівники служби швидкої допомоги повинні інформувати батьків чи опікунів про можливість розвитку ПТСР, коротко описати можливі симптоми (наприклад, порушення сну, нічні жахи, порушення концентрації уваги та дратівливість) і запропонувати контактувати з сімейним лікарем, якщо симптоми триватимуть більше одного місяця.

1.4. ОБСТЕЖЕННЯ І УЗГОДЖЕННЯ ПЛАНУ ДОПОМОГИ

- 1.4.1. Сімейні лікарі повинні брати відповідальність за первинне обстеження та первинну координацію допомоги для людей із ПТСР, які звертаються у первинну ланку допомоги. Це також стосується визначення потреби невідкладного медичного або психіатричного обстеження.
- 1.4.2. Обстеження людей із ПТСР мають проводити компетентні особи. Обстеження має бути вичерпне і має зважати на фізичні, психологічні і соціальні потреби, а також оцінювати ризик.
- 1.4.3. Уподобання пацієнта повинні бути важливим фактором, що визначає вибір ефективних методів лікування (втручань). Людям із ПТСР треба надати вичерпну інформацію про характер цих втручань, щоб вони могли зробити усвідомлений вибір.
- 1.4.4. Якщо керівництво розподіляється між первинною і вторинною ланкою медичної допомоги, мають бути чіткі домовленості між окремими працівниками сфери охорони здоров'я про відповідальність за моніторинг пацієнтів із ПТСР. Цю домовленість складають у письмовій формі (в разі необхідності, застосовуючи програмний підхід допомоги [CPA]), узгоджують із пацієнтом та, за необхідності, з його сім'єю та з особами, які здійснюють догляд.

1.5. ПІДТРИМКА СІМЕЙ ТА ОПІКУНІВ

Сім'ї та особи, що здійснюють догляд, відіграють центральну роль у підтримці людей із ПТСР. Проте залежно від характеру травми та її наслідків багатьом сім'ям може бути також потрібна підтримка. Працівники сфери охорони здоров'я повинні усвідомлювати вплив ПТСР на цілу сім'ю.

- 1.5.1. У всіх випадках ПТСР фахівці сфери охорони здоров'я повинні зважати на вплив травматичної події на всіх членів сім'ї і, за необхідності, оцінити цей вплив і розглянути питання про надання відповідної підтримки.

- 1.5.2. Працівники сфери охорони здоров'я повинні забезпечити, якщо це доцільно, достатню поінформованість родичів особи із ПТСР про поширені реакції на травмуючі події, в тому числі про симптоми ПТСР і його перебіг та лікування. Якщо необхідно, таку інформацію надають за згодою особи з ПТСР.
- 1.5.3. Окрім надання інформації, сім'ї та особи, що здійснюють догляд, повинні бути поінформовані про групи самопомоги та групи підтримки, а також заохочені до участі у таких групах там, де вони діють.
- 1.5.4. Якщо травматична подія мала вплив на всю сім'ю, то страждати від ПТСР може більше, ніж один член сім'ї. У такому разі працівники сфери охорони здоров'я повинні забезпечити ефективну координацію допомоги всім членам сім'ї.

1.6. ПРАКТИЧНА ПІДТРИМКА ТА СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ

Практична і соціальна підтримка може зіграти важливу роль у сприянні одужанню людини від ПТСР особливо одразу після травми. Працівники сфери охорони здоров'я повинні бути поінформовані про це і мають сприяти такій підтримці людей із ПТСР.

- 1.6.1. Працівники сфери охорони здоров'я повинні визначати потребу у відповідній інформації про різні емоційні реакції, які можуть розвиватися, а також надавати практичні рекомендації щодо отримання належної допомоги стосовно цих проблем. Спеціалісти також повинні визначити потребу в соціальній підтримці і сприяти задоволенню цієї потреби.
- 1.6.2. Працівники сфери охорони здоров'я можуть запропонувати допомогу або консультацію особам, що страждають від ПТСР, та їх близьким щодо пом'якшення або усунення загроз, пов'язаних з травмуючою подією.

1.7. МОВА І КУЛЬТУРА

Люди з ПТСР, які звертаються за допомогою в національну систему охорони здоров'я, походять із різних культурних та етнічних груп. Деякі з них не володіють або обмежено володіють англійською (державною) мовою, однак усі повинні мати можливість скористатися психологічною допомогою. Цього можна досягти, залучивши перекладачів або бікультуральних психотерапевтів. У будь-якому разі фахівці сфери охорони здоров'я повинні довідатися, з якого культурного середовища походить постраждалий.

- 1.7.1. Якщо культурне чи етнічне походження постраждалого відрізняється від походження фахівця, який надає допомогу, то фахівець сфери охорони здоров'я повинен бути обізнаний з особливостями культури постраждалого з ПТСР.

- 1.7.2. Якщо між фахівцем сфери охорони здоров'я і постраждалим із ПТСР існують мовні і культурні відмінності, то це не повинно бути перешкодою до надання ефективних травмофокусованих психологічних втручань.
- 1.7.3. Якщо мовні чи культурні відмінності створюють перешкоди у застосуванні травмофокусованих психологічних втручань при ПТСР, то фахівці сфери охорони здоров'я повинні розглянути можливість залучення перекладачів чи бікультуральних психотерапевтів.
- 1.7.4. Фахівці сфери охорони здоров'я повинні приділяти особливу увагу виявленню осіб із ПТСР у тих місцях, де культурні особливості середовища роботи чи проживання утруднюють визнання психологічних наслідків травми.

1.8. ТУРБОТА ПРО ВСІХ ЛЮДЕЙ ІЗ ПТСР

ПТСР піддається лікуванню за допомогою різноманітних ефективних терапевтичних втручань. Усі втручання повинні супроводжуватися наданням відповідної інформації постраждалим про ймовірний перебіг такої терапії. Низка чинників, описаних нижче, може змінити характер, час і курс терапії.

1.8.1. Турбота за будь яких умов

При розробці та погодженні плану лікування постраждалих із ПТСР, фахівці сфери охорони здоров'я повинні забезпечити надання постраждалим інформації про поширені реакції на травмуючі події, в тому числі симптоми ПТСР, його перебіг та лікування. Працівники сфери охорони здоров'я не повинні відкладати або відмовляти в лікуванні ПТСР через судові розгляди або заяви на компенсацію.

- 1.8.1.1. Працівники сфери охорони здоров'я повинні знати, що багато осіб із ПТСР хвилюються з приводу терапевтичних втручань і можуть їх уникати. Медичні працівники повинні усвідомлювати труднощі, пов'язані з цим, і реагувати відповідним чином, наприклад, супроводжувати постраждалих із ПТСР, які пропускають призначені зустрічі.
- 1.8.1.2. Працівники сфери охорони здоров'я повинні ставитися до постраждалих із ПТСР з повагою, довірою та розумінням, а також обмежувати вживання медичних термінів до мінімального рівня.
- 1.8.1.3. Працівники сфери охорони здоров'я повинні, як правило, розглядати питання про надання травмофокусованої психологічної терапії тільки тоді, коли постраждалий вважає, що це безпечно.

1.8.1.4. Терапевтичні втручання мають надавати компетентні особи, які здобули відповідну підготовку. Ці люди повинні отримувати належні супервізії.

1.8.2. Коморбідні розлади

Якщо пацієнт звертається з приводу ПТСР і депресії, то працівники сфери охорони здоров'я повинні спершу працювати з ПТСР, а проблема з депресією, ймовірно, відступатиме після успішного подолання ПТСР.

- 1.8.2.1. Якщо при обстеженні постраждалих із ПТСР виявляється високий ризик суїциду або нанесення шкоди іншим людям, то працівники сфери охорони здоров'я повинні спершу зосередитися на подоланні цього ризику.
- 1.8.2.2. Якщо особи з ПТСР страждають від важкої депресії, яка значною мірою ускладнює психологічну терапію ПТСР (про що, наприклад, свідчить значний брак енергії і порушення концентрації уваги, низький рівень активності або високий ризик суїциду), то працівники сфери охорони здоров'я повинні спершу зосередитися на подоланні депресії.
- 1.8.2.3. Якщо потерпілі з ПТСР страждають від алкогольної або наркотичної залежності або якщо вживання алкоголю чи наркотиків значно впливає на ефективне подолання ПТСР, то працівники сфери охорони здоров'я повинні спершу зосередитися на подоланні проблеми з наркотиками чи з алкоголем.
- 1.8.2.4. Пропонуючи травмофокусовану психотерапію потерпілим із ПТСР, які страждають від супутнього розладу особистості, працівники сфери охорони здоров'я повинні розглянути питання про продовження терміну терапії.
- 1.8.2.5. Людей, які втратили близького друга або родича через неприродну або раптову смерть, треба обстежити на наявність ПТСР або ускладнену реакцію втрати. Здебільшого, працівники сфери охорони здоров'я повинні спершу працювати над подоланням ПТСР, не ухиляючись від обговорення втрати.

1.9. ТЕРАПЕВТИЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПТСР

1.9.1. Ранні втручання

Багато постраждалих із ПТСР можуть одужати за допомогою мінімальних втручань або без жодної терапії. Все ж без ефективних втручань у багатьох людей можуть розвинутися тривалі хронічні проблеми. Важкість первинної травматичної реакції є суттєвим індикатором необхідності раннього втручання; за таких обставин терапію не можна відкладати.

Перебування під наглядом фахівців

1.9.1.1. Якщо симптоми слабо виражені і проявлялися не довше ніж 4 тижні після травматичної події, то фахівці сфери охорони здоров'я повинні розглянути перебування особи під наглядом як спосіб подолання труднощів окремих постраждалих. Не пізніше одного місяця після звернення до фахівця треба провести наступну зустріч.

Невідкладна психологічна допомога для всіх

Як описано в цих рекомендаціях, практична підтримка, надана в емпатичний спосіб, відіграє важливу роль у сприянні подоланню ПТСР, але мало ймовірно, що одна сесія психологічної допомоги буде корисною.

1.9.1.2. Усі працівники сфери охорони здоров'я і соціальні працівники в своїй безпосередній допомозі потерпілим після травматичної події повинні бути свідомими щодо психологічного впливу травматичних інцидентів і надати практичну, соціальну та емоційну підтримку потерпілим.

1.9.1.3. Систематичне надання особам, що пережили травматичну подію, коротких індивідуальних втручань тривалістю в одну сесію (що часто називається дебрифінгом), зосереджених на травматичній події, не повинно бути загальноприйнятою практикою надання послуг.

Особливості роботи з ПТСР, якщо симптоми проявляються протягом 3 місяців після травми

Короткі психологічні втручання (5 сесій) можуть бути ефективними, якщо терапія розпочалася протягом першого місяця після травматичної події. Після закінчення першого місяця тривалість терапії подібна на терапію хронічного ПТСР.

1.9.1.4. Травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію треба запропонувати особам із важкими посттравматичними симптомами або з важкою формою ПТСР у перший місяць після травматичної події. Як правило, ці втручання проводять амбулаторно та індивідуально.

1.9.1.5. Травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію треба запропонувати людям, у яких спостерігається ПТСР протягом трьох місяців після травматичної події.

1.9.1.6. Тривалість травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, як правило, становить 8-12 сесій, однак якщо терапія починається в перший місяць після

події, може бути достатньо меншої кількості сесій (близько 5). Якщо травматичну подію обговорюють під час сесії, то, зазвичай, необхідні тривалі сесії (наприклад, 90 хвилин). Терапія має бути регулярною і безперервною (як правило, принаймні один раз на тиждень), і її повинна проводити одна і та ж особа.

- 1.9.1.7. Доцільність застосування медикаментозного лікування варто розглядати у гострій фазі ПТСР для подолання порушення сну. У цьому разі може бути застосована короткотермінова терапія снодійними медикаментами. Але, якщо необхідне застосування медикаментів у довготерміновій перспективі, то варто розглянути можливість застосування відповідних антидепресантів на ранній стадії з метою зниження подальшого ризику залежності.
- 1.9.1.8. Не-травмофокусовані втручання, такі як релаксація або недирективна терапія, які не націлені на травматичні спогади, не слід регулярно застосовувати в терапії з людьми, які страждають від симптомів ПТСР під час перших трьох місяців після травматичної події.

1.9.2. Особливості роботи з ПТСР, якщо симптоми проявляються довше ніж 3 місяці після травми

Більшість пацієнтів із ПТСР страждають протягом багатьох місяців, якщо не років. Втручання, описані нижче, є ефективною допомогою таким людям, і тривалість розладу не треба розглядати як перешкоду для ефективного лікування, яке надають компетентні спеціалісти сфери охорони здоров'я.

Психологічні втручання

- 1.9.2.1. Усім постраждалим із ПТСР необхідно рекомендувати курс травмофокусованої психологічної терапії (травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія або десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою руху очей). Ці втручання, як правило, проводять індивідуально та амбулаторно.
- 1.9.2.2. Травмофокусовану психологічну терапію треба пропонувати всім постраждалим із ПТСР незалежно від часу, що минув після травми.
- 1.9.2.3. Тривалість травмофокусованої психологічної терапії, як правило, становить 8-12 сесій, якщо ПТСР є результатом однієї травматичної події. Якщо травматичну подію обговорюють під час сесії, то, зазвичай, необхідні тривалі сесії (наприклад, 90 хвилин). Терапія має бути регулярною і безперервною (як правило, принаймні один раз на тиждень), і її повинна проводити одна і та ж особа.
- 1.9.2.4. Працівники сфери охорони здоров'я повинні розглянути питання про продовження тривалості терапії понад 12 сесій, якщо в процесі терапії ПТСР

треба вирішити декілька проблем, особливо після кількох травмуючих подій, травматичної втрати або у разі інвалідизації внаслідок травми, значних супутніх розладів чи соціальних проблем. Травмофокусовані втручання необхідно інтегрувати у загальний план допомоги.

- 1.9.2.5. Деяким особам із ПТСР спочатку може бути дуже важко розповісти деталі травматичних подій. У таких випадках працівники сфери охорони здоров'я повинні присвятити кілька сесій встановленню довірливих терапевтичних стосунків та емоційній стабілізації перед тим, як працювати безпосередньо з травмою.
- 1.9.2.6. Не травмофокусовані втручання, такі як релаксація або недирективна терапія, які не націлені на травматичні спогади, не треба регулярно застосовувати в терапії з людьми, що страждають від хронічного ПТСР.
- 1.9.2.7. Якщо особи з ПТСР не відчувають жодного полегшення симптомів після застосування конкретного травмофокусованого психологічного втручання чи відчувають незначне послаблення симптомів, то працівники сфери охорони здоров'я повинні розглянути такі можливості:
 - застосування альтернативної форми травмофокусованого психологічного втручання;
 - поєднання травмофокусованого психологічного втручання з курсом медикаментозного лікування.
- 1.9.2.8. Якщо постраждали з ПТСР просять надати їм інші форми психологічних втручань (наприклад, підтримуючу терапію/недирективну терапію, гіпнотерапію, психодинамічну терапію або системну психотерапію), то постраждалих треба проінформувати про те, що поки що немає жодних переконливих доказів клінічно значущого ефекту цих методів терапії ПТСР.

1.9.3. Медикаментозна терапія

Доказова база медикаментозного лікування ПТСР дуже обмежена. Існують докази клінічно значущих переваг використання міртазапіну, амітриптиліну і фенелзіну. (При використанні фенелзіну потрібні дієтичні рекомендації.) Стосовно пароксетину були виявлені статистичні, проте не клінічно значущі позитивні результати за основними вихідними змінними. Проте цей препарат також внесли до списку рекомендованих препаратів. Це єдиний препарат у списку рекомендованих на сьогодні у Великобританії продуктів, який має ліцензію для лікування ПТСР.

- 1.9.3.1. Медикаментозне лікування не застосовують як загальноприйнятту терапію першого вибору при ПТСР у дорослих (у загальній практиці чи фахівцями у

сфері психічного здоров'я), і воно не повинно мати переваги перед травмофокусованою психологічною терапією.

- 1.9.3.2. Медикаментозне лікування (пароксетин або міртазапін у загальній практиці й амітриптилін або фенелзін тільки за призначенням фахівця сфери охорони психічного здоров'я) можна рекомендувати для лікування ПТСР у дорослих, якщо постраждалий висловлює небажання брати участь у травмофокусованій психологічній терапії.
- 1.9.3.3. Медикаментозне лікування (пароксетин або міртазапін у загальній практиці й амітриптилін або фенелзін тільки за призначенням фахівця сфери охорони психічного здоров'я) варто пропонувати дорослим із ПТСР, які не можуть розпочати психологічну терапію через серйозну постійну загрозу подальшої травматизації (наприклад, у випадку постійного насильства в сім'ї).
- 1.9.3.4. Медикаментозне лікування (пароксетин або міртазапін у загальній практиці й амітриптилін або фенелзін тільки за призначенням фахівця сфери охорони психічного здоров'я) можна застосовувати для лікування ПТСР у дорослих, якщо ефект від курсу травмофокусованої психологічної терапії у постраждалих був малим або взагалі відсутнім.
- 1.9.3.5. Якщо порушення сну у дорослого з ПТСР становить значну проблему, то в короткотерміновій перспективі може бути доцільним застосування гіпнотерапії. Однак якщо потрібно більш тривале лікування препаратами, слід також зважати на можливість застосування відповідних антидепресантів на початковому етапі терапії з метою зменшення ризику залежності.
- 1.9.3.6. Медикаментозне лікування (пароксетин або міртазапін в загальній практиці й амітриптилін або фенелзін тільки за призначенням фахівця сфери охорони психічного здоров'я) у випадку ПТСР треба розглядати як доповнення до психологічної терапії у дорослих, якщо у них спостерігається значна супутня депресія або виражена гіперзбудливість, що істотно впливає на можливість постраждалого отримати користь від психологічної терапії².
- 1.9.3.7. Якщо у дорослого постраждалого з ПТСР не спостерігається покращення від медикаментозного лікування, то варто розглянути питання про підвищення дози в затверджених межах. Якщо розглядається питання про подальшу медикаментозну терапію, то варто, як правило, застосувати інший клас антидепресантів або додати як допоміжний оланзапін.
- 1.9.3.8. Якщо у дорослого постраждалого із ПТСР спостерігається покращення внаслідок медикаментозного лікування, то його варто продовжувати протягом щонайменше 12 місяців до поступової відміни.

² Пароксетин – єдиний на час публікації керівництва (березень, 2005) препарат, що застосовують при ПТСР, який має ліцензію на реалізацію в Великобританії.

Загальні рекомендації стосовно медикаментозної терапії

- 1.9.3.9. Усі постраждалі з ПТСП, яким призначили антидепресанти, перед початком терапії повинні бути проінформовані про можливі побічні ефекти і симптоми відміни медикаментів (зокрема, пароксетину).
- 1.9.3.10. За дорослими особами з ПТСП, які починають лікування антидепресантами і, як вважається, які перебувають під підвищеним ризиком самогубства, та за всіма пацієнтами у віці від 18 до 29 років (через потенційне збільшення ризику суїцидальних думок, пов'язаних із використанням антидепресантів у цій віковій групі), як правило, необхідно спостерігати через 1 тиждень після початку медикаментозного лікування і доти, поки ризик вже не вважатиметься суттєвим.
- 1.9.3.11. Зокрема, на початкових стадіях лікування СИЗС, лікарі повинні активно відслідковувати ознаки акатизії, суїцидальних думок, підвищеної тривожності й ажитації. Вони також повинні повідомити осіб із ПТСП про ризик розвитку цих симптомів на ранніх стадіях лікування і порадити їм вчасно звернутися за допомогою, якщо це викликає дистрес.
- 1.9.3.12. Якщо внаслідок прийому антидепресантів у людини з ПТСП розвивається значна і/або тривала акатизія, то застосування препарату слід переглянути.
- 1.9.3.13. Дорослих із ПТСП, які приймають антидепресанти і не належать до групи підвищеного ризику суїциду, як правило, треба проконсультувати через два тижні після початку приймання ліків, а потім регулярно і за потребою, наприклад, з інтервалом у два – чотири тижні в перші три місяці і з більшими інтервалами пізніше, якщо в постраждалого спостерігається позитивна динаміка під час лікування.

Рекомендації стосовно симптомів відміни

- 1.9.3.14. Симптоми відміни, як правило, легкі і припиняються самі, але іноді можуть бути дуже серйозними. Лікарям, що призначають ліки, слід, як правило, поступово зменшувати дози антидепресантів протягом чотирьох тижнів; хоча деякі люди можуть потребувати більш тривалих періодів.
- 1.9.3.15. Якщо симптоми відміни є легкими, то лікарі повинні заспокоїти постраждалих із ПТСП і провести моніторинг. Якщо симптоми серйозно виражені, то лікар повинен розглянути повторне застосування оригінального антидепресанту (або іншого з тривалим періодом напіввиведення з того ж класу) і поступово знижувати дозу, контролюючи симптоми.

1.9.4. Подолання хронічних розладів

- 1.9.4.1. Моделі подолання хронічних розладів треба розглядати у разі роботи з людьми з хронічною формою ПТСР, яким не допомогла низка курсів науково-доказових втручань.

1.9.5. Діти

Особливо важко визначити ПТСР у дітей (див. [розділ 1.3.4](#)). Втручання для дітей із ПТСР менш розвинені, однак нові докази забезпечують показання для проведення ефективних втручань.

Ранні втручання

- 1.9.5.1. Травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію треба запропонувати дітям старшого віку з важкими посттравматичними симптомами або з важким ПТСР у перший місяць після травматичної події.

Особливості роботи з ПТСР, коли симптоми проявляються довше ніж 3 місяці після травми

- 1.9.5.2. Дітям і підліткам із ПТСР, у тому числі тим, які зазнали сексуального скривдження, треба запропонувати курс травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, адаптований відповідним чином до їх віку, обставин і рівня розвитку.
- 1.9.5.3. Тривалість травмофокусованої психологічної терапії дітей і підлітків із хронічним ПТСР, як правило, становить 8-12 сесій, якщо ПТСР є результатом однієї травматичної події. Якщо травматичну подію обговорюють під час сесії, то, зазвичай, необхідні тривалі сесії (наприклад, 90 хвилин). Терапія має бути регулярною і безперервною (як правило, принаймні один раз на тиждень), і її повинна проводити одна і та ж особа.
- 1.9.5.4. Медикаментозна терапія не повинна бути загальноприйнятим вибором терапії для дітей і підлітків із ПТСР.
- 1.9.5.5. У разі необхідності, до терапії ПТСР дітей і підлітків треба залучити їхні сім'ї. Проте мало ймовірно, що програми з лікування ПТСР у дітей і підлітків, які передбачають лише батьківський супровід, можуть принести будь-яку користь у подоланні симптомів ПТСР.

- 1.9.5.6. При виборі втручань для подолання ПТСР батьки й, у відповідних випадках, діти і підлітки повинні бути проінформовані, що, крім травмофокусованих психологічних втручань на сьогодні немає переконливих доказів на користь ефективності популярних форм терапії ПТСР, таких як ігрова терапія, арт-терапія або сімейна терапія.

1.10. ПЛАН ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

Служба охорони здоров'я та соціальні служби відіграють певну роль в організації відповідної соціальної та психологічної підтримки для постраждалих унаслідок надзвичайних ситуацій.

- 1.10.1. План дій подолання наслідків надзвичайної ситуації повинен містити забезпечення повністю координованої психологічної реакції на ситуацію. Особи, відповідальні за приготування психолого-соціальних аспектів плану з ліквідації надзвичайної ситуації, повинні переконатися, що він містить наступне: забезпечення негайного надання практичної допомоги, засоби для підтримки залучених громад у їх турботі про постраждалих унаслідок катастрофи, надання спеціалізованої допомоги фахівців з охорони психічного здоров'я, науково-обґрунтованого обстеження і терапевтичних послуг. Усім працівникам сфери охорони здоров'я, які беруть участь у плані подолання наслідків катастрофи, повинні бути відведені чіткі ролі та обов'язки, узгоджені заздалегідь.

2. ЗАУВАГИ ЩОДО СФЕРИ ЗАСТОСУВАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ

Усі рекомендації NICE розроблені відповідно до документу, який визначає сферу їх застосування, тобто що саме певні рекомендації міститимуть, а що ні. Сферу застосування рекомендацій визначили заздалегідь, після попередніх консультацій.

Ці рекомендації стосуються осіб із ПТСР, осіб, які про них піклуються, та всіх працівників сфери охорони здоров'я, що беруть участь у допомозі, терапії та догляді за людьми з ПТСР. До них належать такі групи:

- Професійні групи, які беруть участь у терапії та у догляді за людьми з діагнозом ПТСР, у тому числі психіатри, клінічні психологи, психіатричні медсестри, дільничні психіатричні медсестри, соціальні працівники, практикуючі медсестри, медичний персонал вторинної ланки та середній медичний персонал, реабілітологи, фармацевти, педіатри, лікарі загального профілю та сімейні/інші терапевти.
- Фахівці в інших секторах охорони здоров'я та за їх межами, які можуть мати безпосередній контакт із людьми з ПТСР, або які беруть участь у забезпеченні охорони здоров'я та в інших громадських послугах для осіб із діагнозом ПТСР. До них можуть належати в'язничні лікарі, міліція і фахівці, які працюють у сферах кримінального правосуддя та освіти.
- Відповідальні за планування послуг для людей із діагнозом ПТСР та осіб, що ними опікуються, в тому числі керівники служб охорони здоров'я, керуючі національною системою охорони здоров'я та управлінці в закладах первинної медичної допомоги.

У рекомендаціях не йдеться докладно про ті терапевтичні втручання, які не є загальноприйнятими у національній системі охорони здоров'я.

3. ЗАСТОСУВАННЯ У НАЦІОНАЛЬНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. ЗАГАЛЬНІ ЗАУВАЖЕННЯ

Місцевим відділенням охорони здоров'я слід звірити власну звичайну актуальну практику терапії та подолання ПТСР із цими рекомендаціями. Огляд повинен стосуватися ресурсів, необхідних для реалізації рекомендацій, окреслених у [Секції 1](#), залучених людей та процедур, а також термінів, у межах яких передбачене повне впровадження програми. В інтересах осіб із ПТСР час реалізації програми повинен бути настільки коротким, наскільки це можливо.

Відповідні місцеві клінічні керівництва, напрямки медичної допомоги і протоколи треба переглянути в світлі цих рекомендацій і відредагувати їх відповідним чином.

Ці рекомендації треба використовувати в поєднанні з [Концепцією Національної служби охорони психічного здоров'я](#).

3.2. АУДИТ

Пропоновані критерії аудиту перераховані в [керівництві NICE](#). Їх можна використати як основу для місцевого клінічного аудиту, на розсуд тих, хто займається практичною діяльністю.

4. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для цього керівництва NICE визначив наведені нижче рекомендації.

4. 1. КЕРОВАНА САМОДОПОМОГА

Варто провести рандомізоване контрольоване дослідження, використовуючи нещодавно розроблені матеріали щодо керованої самодопомоги, які ґрунтуються на основі травмофокусованих психологічних втручань, з метою оцінки ефективності та економічної доцільності керованої самодопомоги порівняно з травмофокусованими втручаннями для подолання ПТСР помірного та середнього ступенів вираженості.

4. 2. ДІТИ, ПІДЛІТКИ ТА МОЛОДЬ

Варто провести рандомізовані контрольовані дослідження для дітей усіх вікових груп з метою оцінки ефективності та економічної доцільності травмофокусованих психологічних втручань (особливо КПТ та EMDR). Ці дослідження повинні визначити відносну ефективність різних травмофокусованих психологічних втручань та надати інформацію про значимість відмінностей, пов'язаних із віком дітей або з особливостями травматичного досвіду, якщо такі будуть виявлені.

4. 3. ТРАВМОФОКУСОВАНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ В РОБОТІ З ДОРΟΣЛИМИ

Дослідження ефективності травмофокусованих психологічних втручань (ТФКПТ та EMDR) у лікуванні ПТСР треба проводити на достатньо представницькій вибірці. Вони мають надавати докази порівняльної ефективності та економічної доцільності втручань і враховувати формат терапії (тип і тривалість) та конкретні групи населення, які можуть отримати від них користь.

4. 4. ПРОГРАМА СКРИНІНГУ

Необхідно провести належним чином розроблене лонгітюдне дослідження для визначення того, чи може звичайна методика скринінгу, зрозуміла для тих, із ким він буде проводитися, визначити індивідів, у яких внаслідок травматичних подій може розвинути ПТСР. Таку методику можна використовувати як частину скринінгової програми, яка дозволить гарантувати, що індивіди з ПТСР одержують ефективну терапію.

4. 5. ТРАВМОФОКУСОВАНЕ ПСИХОЛОГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Необхідно проводити добре сплановані дослідження, що забезпечують достовірні результати для визначення того, чи мають перевагу травмофокусовані психологічні втручання перед медикаментозним лікуванням ПТСР щодо ефективності та економічної доцільності, або перевагу треба віддати комбінації цих методів.

5. ІНШІ ВЕРСІЇ ЦИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ

5.1. ПОВНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Національний інститут клінічної майстерності отримав доручення розробити ці рекомендації від [Національного центру зі співробітництва в галузі психічного здоров'я](#). Центр визначив Групу фахівців для приготування рекомендацій, яка переглянула доказову базу та розробила рекомендації. Повну версію рекомендацій: [«Посттравматичний стресовий розлад \(ПТСР\): подолання ПТСР у первинній та вторинній ланках допомоги»](#) опублікував Національний центр зі співробітництва в галузі психічного здоров'я.

Імена членів Групи з приготування рекомендацій наведені у [Додатку Б](#).

Інформація про незалежну Оглядову комісію рекомендацій наведена у [Додатку В](#).

Більше інформації про те, як розробляли [клінічні рекомендації NICE](#), можна прочитати на веб-сайті NICE. Є також буклет [«Як розроблялись клінічні рекомендації NICE: огляд для зацікавлених сторін, громадськості та Національної системи охорони здоров'я»](#).

5.2. НАПРЯМКИ РОБОТИ NICE

Рекомендації з цього керівництва включені у [напрямки роботи NICE](#).

5.3. ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ГРОМАДСЬКОСТІ

Для громадськості NICE підготував [інформацію](#), яка пояснює ці рекомендації.

Ми радимо Національній системі охорони здоров'я та третьому сектору (включно з волонтерськими організаціями) використовувати ці рекомендації у своїх матеріалах про посттравматичний стресовий розлад.

6. СПОЛУЧЕНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ NICE ЩОДО КОМОРБІДНИХ РОЗЛАДІВ

Тривога: подолання тривожних розладів (панічний розлад з чи без агорафобії і генералізований тривожний розлад) у дорослих у первинній, вторинній ланках допомоги та в службах громадського догляду. Клінічні рекомендації NICE № 22 (грудень, 2004). [Замінено [клінічними рекомендаціями NICE 113](#)]

Депресія: подолання депресії у первинній та вторинній ланках допомоги. Клінічні рекомендації NICE № 23 (грудень, 2004). [Замінено [клінічними рекомендаціями NICE 90](#)]

Самопошкоджуюча поведінка: короткострокове фізичне і психологічне подолання та вторинна профілактика самопошкоджень у первинній та вторинній ланці допомоги. [Клінічні рекомендації NICE № 16](#) (липень, 2004).

7. ДАТА ПЕРЕГЛЯДУ

Сподіваємося, що процес перегляду доказової бази розпочнеться через 4 роки після дати публікації цих рекомендацій. Перегляд може розпочатися раніше, ніж через 4 роки, якщо будуть визначені суттєві докази, що впливають на рекомендації керівництва. Оновлене керівництво буде доступне не пізніше, ніж через 2 роки після початку процесу перегляду.

ДОДАТОК А: СХЕМА КЛАСИФІКАЦІЇ

Рекомендації, що містяться в цьому керівництві, класифіковані залежно від якості доказів, на яких вони ґрунтуються. Класифікації доступні в [повному тексті](#) рекомендацій і не відображаються в цій веб-версії.

ДОДАТОК Б: ГРУПА З ПРИГОТУВАННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ

**Д-р Джонатан Біссон (співголова, Група з приготування рекомендацій)
(Dr Jonathan Bisson)**

Старший клінічний викладач психіатрії, Університет Кардіффа

**Професор Анке Елерс (співголова, Група з приготування рекомендацій)
(Professor Anke Ehlers)**

Професор експериментальної психопатології, Інститут психіатрії,
Королівський коледж у Лондоні

**Містер Стівен Піллінг (координатор процесу приготування рекомендацій)
(Mr Stephen Pilling)**

Співкерівник Національного Центру співробітництва в галузі психічного здоров'я
Директор Центру досліджень результатів та ефективності,
Університетський коледж, Лондон
Клінічний психолог-консультант фонду психічного здоров'я
та соціального захисту Camden and Islington

Місіс Памела Дікс (Mrs Pamela Dix)

Представниця постраждалого з ПТСР

Містер Ендрю Мерфі (Mr Andrew Murphy)

Представник постраждалого з ПТСР

Місіс Джанет Джонстон, MBE (Mrs S Janet Johnston)

Клінічний директор, Консультативна служба Ashford
Колишній старший соціальний працівник, Kent County Council
Засновниця консультаційного центру Dover

Професор Девід Річардс (Professor David Richards)

Професор психічного здоров'я, Університет Йорка

Д-р Стюарт Тернер (Dr Stuart Turner)

Консультант-психіатр, госпіталь Capio Nightingale
Голова правління фонду, Центр терапії біженців та їх опікунів, Redress

Професор Вільям Юле (Professor William Yule)

Професор прикладної дитячої психології, Інститут психіатрії,
Королівський коледж у Лондоні

Містер Крістофер Джонс (Mr Christopher Jones)

Економіст з питань охорони здоров'я, Національний Центр співпраці в галузі психічного здоров'я

Міс Ребекка Кінг (Ms Rebecca King)

Керівник проекту, Національний Центр співпраці в галузі психічного здоров'я

Міс Роза Метьюз (Ms Rosa Matthews)

Рецензент, Спеціаліст з систематичних оглядів, Національний Центр співпраці в галузі психічного здоров'я

Міс Пеггі Натталл (Ms Peggy Nuttall)

Науковий співробітник, Національний Центр співпраці в галузі психічного здоров'я

Містер Сезар Де Олівейра (Mr Cesar De Oliveira)

Спеціаліст з систематичних оглядів, рецензент, Національний Центр співпраці в галузі психічного здоров'я

Д-р Клер Тейлор (Dr Clare Taylor)

Редактор, Національний Центр співпраці в галузі психічного здоров'я

Міс Лоїс Томас (Ms Lois Thomas)

Науковий співробітник, Національний Центр співпраці в галузі психічного здоров'я

Міс Хізер Уайлдер (Ms Heather Wilder)

Дослідник у сфері інформатики, Національний Центр співпраці в галузі психічного здоров'я

ДОДАТОК В: ОГЛЯДОВА КОМІСІЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ

Оглядова комісія рекомендацій – це незалежна комісія, яка спостерігає за приготуванням рекомендацій і відповідальна за контроль їх якості. До складу комісії входять фахівці з методології складання рекомендацій, фахівці сфери охорони здоров'я та люди з досвідом проблем, що впливають на пацієнтів та їх опікунів. Оглядова комісія складалась з таких осіб:

Член комісії	Сфера знань/досвіду
Д-р Чаанд Наґпол (Dr Chaand Nagpaul) Сімейний лікар, Стенмор	Клінічна практика
Містер Джон Седдон (Mr John Seddon) Представник пацієнта	Проблеми пацієнтів і осіб, які здійснюють догляд
Професор Кеннет Уїлсон (Professor Kenneth Wilson) Професор психіатрії проблем старіння і почесний консультант Психіатр, Фонд співробітництва з національною системою охорони здоров'я Cheshire and Wirral	Методологія
Професор Ширлі Рейнольдс (Professor Shirley Reynolds) Професор клінічної психології, Школа медицини, політики і практики охорони здоров'я, Університет Східної Англії, (Norwich) Норвич	Клінічна практика
Д-р Роджер Пекстон (Dr Roger Paxton) Директор R&D, Newcastle, Фонд співробітництва з національною системою охорони здоров'я North Tyneside and Northumberland	Впровадження
Д-р Пол Роуландс (Dr Paul Rowlands) Консультант-психіатр, Фонд охорони психічного здоров'я	Клінічна практика
Д-р Катріона МакМахон (Dr Catriona McMahon) Медичний керівник, фахівець з догляду, Astra Zeneca	Представник виробництва

ДОДАТОК Г: ТЕХНІЧНІ ДЕТАЛІ КРИТЕРІЇВ АУДИТУ

МОЖЛИВІ ЦІЛІ ДЛЯ АУДИТУ

У різних установах охорони здоров'я можна провести одну або декілька перевірок/аудитів, щоб переконатися, що:

- особи з ПТСР отримують допомогу;
- можливості лікування, в тому числі психологічні втручання, запропоновані та надаються належним чином особам із ПТСР.

ЛЮДИ, ЯКИХ МОЖНА ЗАЛУЧИТИ ДО АУДИТУ

Одноразова перевірка може охопити всіх людей із ПТСР. Крім того, можна провести окремий аудит конкретних груп осіб, наприклад:

- люди з певним типом ПТСР (наприклад, для вивчення раннього втручання);
- вибірки пацієнтів із певних груп населення в первинній ланці медичної допомоги.

ЗАХОДИ, ЯКІ МОЖУТЬ ПОСЛУЖИТИ ОСНОВОЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ АУДИТУ

Рекомендація	Яким чином вимірюється	Виняток	Визначення умов
1. Короткі втручання впродовж однієї сесії (дебрифінг) Для людей, які пережили травматичну подію, індивідуальне короткотермінове втручання тривалістю в одну сесію (яке часто називають дебрифінгом), що зосереджене на травматичній події, не повинно бути загальноприйнятою практикою	100% людей, які пережили травматичну подію, не повинні пропонуватися втручання в одну сесію (які часто називають дебрифінгом)	Жодних	Оперативна політика відповідних організацій повинна передбачати наявність копій-відповідних протоколів та планів реалізації, які визначають, що дебрифінг в одну сесію не має бути загальноприйнятою практикою

<p>2. Перебування під наглядом</p> <p>Якщо симптоми слабо виражені і проявлялися не довше ніж 4 тижні після травматичної події, то шляхом подолання труднощів, яких зазнають люди з посттравматичним стресовим розладом, може бути перебування особи під наглядом фахівців. Не пізніше ніж за місяць опісля треба провести наступну зустріч</p>	<p>100% пацієнтів, яким встановлено діагноз ПТСР і яким не запропонували активних втручань або які від них відмовилися, треба організувати наступну зустріч не пізніше ніж через 4 тижні</p>	<p>Особи, яким запропонували наступну зустріч, але які з особистих чи практичних причин не в змозі прийти протягом 4 тижнів</p>	<p>У записах повинно бути зазначено, що відповідальний фахівець сфери охорони здоров'я повідомив пацієнта про необхідність наступної зустрічі, а також узгодив усі необхідні деталі стосовно неї</p>
<p>3. Травмофокусована психологічна терапія</p> <p>Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія повинна надаватись людям, які страждають від важких посттравматичних симптомів або важкого ПТСР у перший місяць після травматичної події. Ці втручання мають, зазвичай, відбуватися індивідуально та амбулаторно.</p> <p>Усім людям із ПТСР треба пропонувати курс травмофокусованої психологічної терапії (травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію [КПТ] або десинсібілізацію та репроцесуалізацію за допомогою руху очей [EMDR]). Ці втручання, як правило, треба надавати індивідуально та амбулаторно</p>	<p>100% осіб із ПТСР, симптоми у яких проявляються більше ніж 3 місяці, повинні розглядатися як кандидати на травмофокусовану психологічну терапію</p>	<p>Ті, хто просить про застосування іншого підходу, або використовують інший терапевтичний підхід</p>	<p>У записах повинно бути зазначено, що пацієнт був проінформований про можливість отримання травмофокусованої КПТ.</p> <p>У нотатках необхідно зазначити, чи пацієнт завершив повний курс терапії</p>
<p>4. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія для старших дітей із ПТСР</p> <p>Травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію треба надавати старшим дітям, які страждають від важких посттравматичних симптомів або важкого ПТСР протягом першого місяця після травматичної події</p>	<p>100% дітей і підлітків із важкими посттравматичними симптомами, що спостерігаються протягом одного місяця після травматичної події, мають розглядатися як кандидати на травмофокусовану психологічну терапію</p>	<p>Ті, хто просить про застосування іншого підходу, або використовують інший терапевтичний підхід</p>	<p>У записах повинно бути зазначено, що пацієнт був поінформований про можливість отримання травмофокусованої КПТ.</p> <p>У нотатках треба зазначити, чи пацієнт завершив повний курс терапії</p>

<p>5. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія хронічного ПТСР у дітей і підлітків</p> <p>Дітям і молоді з ПТСР, у тому числі тим, які зазнали сексуального скривдження, треба запропонувати курс травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії, адаптований відповідним чином до їх віку, обставин і рівня розвитку</p>	<p>100% дітей і підлітків із ПТСР треба запропонувати курс травмофокусованої КПТ</p>	<p>Ті, хто просить про застосування іншого підходу, або використовують інший терапевтичний підхід</p>	<p>У записах повинно бути зазначено, що пацієнту був запропонований курс травмофокусованої КПТ.</p> <p>У нотатках необхідно зазначити, чи пацієнт завершив повний курс терапії.</p>
<p>6. Медикаментозне лікування ПТСР</p> <p>Ліки не застосовують як звичайну терапію першого вибору при ПТСР у дорослих (у загальній практиці чи в практиці фахівців у галузі психічного здоров'я), на відміну від травмофокусованої психологічної терапії</p>	<p>Медикаменти, зазвичай, не треба застосовувати для лікування ПТСР. Необхідно розглядати застосування травмофокусованої терапії</p>	<p>До винятків належать:</p> <p>а) пацієнти, які відмовляються від психологічної терапії;</p> <p>б) пацієнти, для яких психологічне втручання виявилось неефективним;</p> <p>в) пацієнти, які мають суттєві проблеми зі сном або інші труднощі, пов'язані з гіперзбудженням</p> <p>г) пацієнти, у яких питання безпеки перешкоджають застосуванню психологічних втручань</p>	<p>У записах повинно бути зазначено, що усім пацієнтам, які отримують медикаментозне лікування, було запропоновано психологічні втручання, а також причину, з якої вони відмовилися від нього (це стосується винятків, описаних у сусідній колонці).</p> <p>У нотатках необхідно зазначити, чи пацієнт завершив повний курс терапії</p>

<p>7. Медикаментозне лікування ПТСР, якщо пацієнт відмовляється від психологічних втручань</p> <p>Медикаментозне лікування (пароксетин або міртазапін для загального затосування і амітриптилін або фенелзін на початку терапії за призначенням фахівця сфери охорони психічного здоров'я) варто розглядати для лікування ПТСР у дорослих, якщо постраждалий висловлює небажання брати участь у травмофокусованій психологічній терапії</p>	<p>У терапії ПТСР медикаменти треба застосовувати у тому разі, якщо постраждалий відмовляється від травмофокусованої терапії</p>	<p>Жодних</p>	<p>У записах повинно бути зазначено, що стосовно всіх пацієнтів, які відмовилися від психологічної терапії, було розглянуто призначення відповідного лікування. Варто зазначити причину, з якої пацієнт відмовився, а також те, чи він завершив повний курс терапії</p>
<p>8. Скринінг осіб, які пережили катастрофу</p> <p>Відповідальним за приготування плану подолання наслідків катастрофи варто подумати про постійне використання короткого інструменту скринінгу ПТСР через місяць після трагедії з людьми, що перебувають у групі ризику розвитку ПТСР</p>	<p>100% людей, які пережили катастрофу, мають пройти обстеження через місяць після події</p>	<p>Ті, хто відмовляються брати участь у скринінгу, або недоступні для спілкування, незважаючи на обґрунтовані зусилля осіб, відповідальних за скринінг</p>	<p>Оперативна політика відповідних організацій повинна передбачати наявність копій-відповідних протоколів та планів реалізації, які визначають вимоги до скринінгу. Після проведення скринінгу необхідно переглянути записи, щоб визначити кількість осіб, що взяли у ньому участь</p>

ПІДРАХОВУВАННЯ КОМПЛАЄНСУ (НАСКІЛЬКИ РЕАЛЬНА СИТУАЦІЯ ВІДПОВІДАЄ ОЧІКУВАННЯМ)

Комплаєнс (у %) кожного параметру/виміру, описаного у таблиці вище, підраховується наступним чином.

Кількість пацієнтів, чия терапія відповідає критеріям, плюс кількість пацієнтів, які відповідають будь-якому винятку у переліку,

ділиться на

кількість пацієнтів, яких стосуються вимірювання.

Результат треба *помножити на 100*.

Клініцисти повинні переглянути результати вимірювань, визначити, чи можна поліпшити практику, узгодити план досягнення будь-якого бажаного покращення і повторити вимірювання результатів реальної практики, щоб підтвердити, що бажаних покращень досягнуто.

ПРО ЦІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Клінічні рекомендації NICE – це рекомендації для лікування та догляду за людьми з конкретними захворюваннями і станами. Ці рекомендації застосовують у національній системі охорони здоров'я Англії та Уельсу.

Рекомендації розробив Національний Центр співробітництва в галузі психічного здоров'я. Центр співробітництва працював із групою фахівців у галузі охорони здоров'я (у тому числі консультантів, лікарів і медсестер), пацієнтами та опікунами і технічним персоналом, які переглядали докази і розроблені рекомендації. Ці рекомендації були завершені після консультацій з громадськістю.

Методи і процеси розробки клінічних рекомендацій NICE описані в [Підручнику рекомендацій](#).

Ми підготували [інформацію для громадськості](#), яка пояснює рекомендації. Інструменти, які допоможуть вам утілити рекомендації на практиці, та інформація про докази, що лежать у їх основі, також [доступні](#).

Зміни після публікації

Березень 2014: незначні виправлення
Листопад 2012: незначні виправлення
Березень 2012 незначні виправлення

Ваша відповідальність

Ці рекомендації відображають бачення NICE, що ґрунтується на основі ретельного огляду наявних доказів. Сподіваємося, що працівники сфери охорони здоров'я повною мірою врахують ці рекомендації, приймаючи свої клінічні рішення. Однак наявність інструкції (протоколу) не скасовує індивідуальної відповідальності медичних працівників за прийняття рішень, що відповідають обставинам конкретного пацієнта, після проведення консультацій із батьками та/або особою, що вповноважена здійснювати опіку, та після надання стислої інформації про характеристики будь-якого медичного препарату, можливість застосування якого розглядали.

Реалізація цих рекомендацій є обов'язком місцевих комісій і/або організацій. Комісії та організації повинні пам'ятати, що вони відповідальні за реалізацію рекомендацій у місцевому контексті в світлі своїх обов'язків, щоб уникнути незаконної дискримінації і сприяти рівності можливостей. Ніщо в цих рекомендаціях не повинно тлумачитися в такий спосіб, який був би несумісним із виконанням цих обов'язків.

Copyright/Авторські права

© Національний інститут клінічної майстерності, 2005 (National Institute for Health and Clinical Excellence 2005). Всі права захищені. Матеріали, авторські права на які належать NICE, можна завантажити для приватного дослідження і вивчення, а також можна відтворити для освітніх і неприбуткових цілей. Передрук комерційним організаціям чи для них або для комерційних цілей не допускається без письмового дозволу NICE.

Контакти NICE

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 033 7780

ПРОТОКОЛ
З ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ ПТСР
Національного інституту клінічної майстерності
Великобританії (NICE)

ОНЛАЙН-ВИДАННЯ

Переклад з англійської *Яна Кремінська*
Наукова редакція *Лариса Пономаренко*
Літературна редакція *Мирослава Лемик*
Передмова *Олег Романчук*
Редактор *Катерина Явна*
Комп'ютерне складання *Роман Коник*

**ІНСТИТУТ
ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНСЬКОГО КАТОЛИЦЬКОГО
УНІВЕРСИТЕТУ**



Мета Інституту психічного здоров'я (ІПЗ) – сприяти психічному здоров'ю та розвитку людини, родини, суспільства через реалізацію відповідних освітніх програм для фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, а також просвітницьких програм для широкого кола осіб.

Основні програми і напрями діяльності Інституту:

- Освітні програми післядипломної освіти для фахівців у сфері охорони психічного здоров'я (психіатри, психологи, психотерапевти) та інших дотичних до цієї сфери осіб (прийомні батьки, духовенство, лікарі та ін.).
- Просвітницькі програми скеровані на підтримку психічного здоров'я та розвитку людини (для батьків, подружніх пар, широкого кола зацікавлених осіб).
- Видавнича, просвітницька та науково-дослідницька діяльність.
- Центр психологічного консультування.

Докладнішу інформацію можна знайти на веб-сайті ІПЗ:

www.ipz.usu.edu.ua

**ВИДАВНИЧА СЕРІЯ
ІНСТИТУТУ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНСЬКОГО КАТОЛИЦЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ
«ПСИХОЛОГІЯ. ПСИХІАТРІЯ. ПСИХОТЕРАПІЯ»**

У СЕРІЇ ВИЙШЛИ:

- **«СИНОПСИС ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ *DSM-V* ТА ПРОТОКОЛІВ *NICE* ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ ОСНОВНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ»**

Це сучасне керівництво з дитячої психіатрії, яке містить діагностичні критерії посібника з діагностики та статистики психічних розладів *DSM-V* (2013) Американської асоціації психіатрів, а також клінічні протоколи Національного інституту охорони здоров'я і клінічної майстерності Англії (*NICE*), стисло викладені в одному загальному огляді. Ці клінічні протоколи – рекомендації *NICE* для належного лікування дітей і підлітків та догляду за ними, що ґрунтуються на наукових доказах ефективності. Вони спрямовані на покращення якості медичної допомоги, зокрема, можуть використовуватися в навчанні та підготовці фахівців у сфері охорони здоров'я, допомагати пацієнтам приймати обґрунтовані рішення, сприяти взаєморозумінню між пацієнтом і медичним працівником.

Синопис можна безкоштовно завантажити з відповідної сторінки веб-сайту Інституту психічного здоров'я.

- **ВІСІМ КНИЖЕЧОК СЕРІЇ «САМ СОБІ ПСИХОТЕРАПЕВТ»**



Ці книжечки – матеріали із самопомоги, що розробили провідні психотерапевти Оксфордського центру когнітивної терапії. Серія покликана надати коротку інформацію про поширені психічні розлади та базові техніки й підходи для допомоги у їх подоланні. Інформація і техніки, подані у книжечках, спираються на теорію когнітивно-поведінкової терапії. Кожна книжечка містить інформацію про сутність розладу, його симптоми і прості поради стосовно того, як особа та її рідні можуть сприяти одужанню.

Назви книжечок серії:

«Подолати депресію»

«Подолати панічний розлад»

«Подолати obsесивно-компульсивний розлад»

«Подолати фобію»

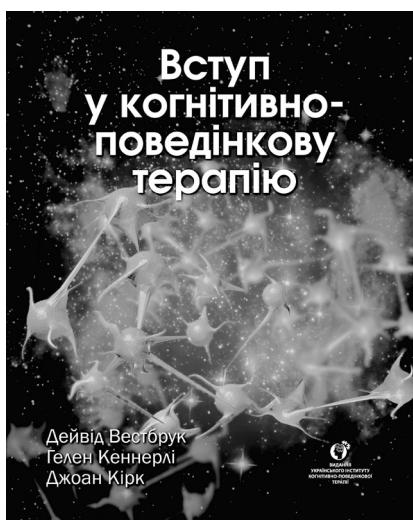
«Подолати соціальну тривогу»

«Подолати розлад харчової поведінки»

«Якщо ви надмірно тривожитесь за здоров'я»

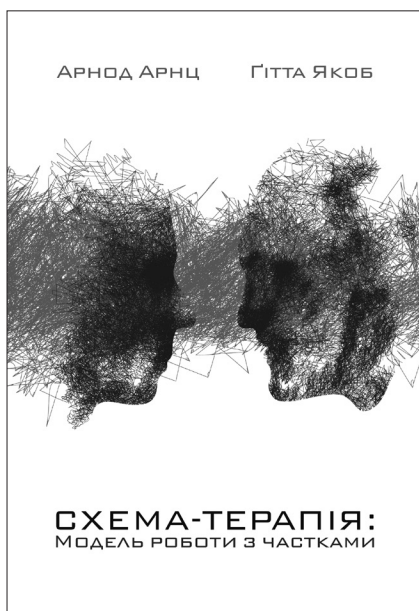
«Якщо ви пережили психотравмуючу подію»

ДЕЙВІД ВЕСТБРУК, ГЕЛЕН КЕННЕРЛІ, ДЖОАН КІРК «ВСТУП У КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВУ ТЕРАПІЮ»



«Вступ у когнітивно-поведінкову терапію» – це підручник із КПТ, провідного, сучасного методу психотерапевтичної допомоги, який написали фахівці з Оксфордського центру когнітивної терапії. Доступність і водночас науковість викладу, аналіз сучасних досліджень, велика кількість клінічних демонстрацій, ілюстративних матеріалів, навчальні вправи роблять цей підручник безсумнівним лідером серед підручників з КПТ. Ця книжка – перше видання з КПТ українською мовою.

АРНОД АРНЦ, ГІТТА ЯКОБЗ «СХЕМА-ТЕРАПІЯ: МОДЕЛЬ РОБОТИ З ЧАСТКАМИ»



«Схема-терапія: модель роботи з частками» – це сучасний підручник зі схема-терапії, ефективного сучасного методу психотерапії, який інтегрує теорії та техніки низки психотерапевтичних напрямів у цілісну модель розуміння і терапії порушень особистісного розвитку. Доступність і водночас глибина викладу матеріалу, велика кількість клінічних демонстрацій, детальних рекомендацій із застосування технік роблять цю книгу чудовим підручником для вивчення цього методу психотерапії. Ця книга – перше видання на тему схема-терапії українською мовою.

ДЖОН БРІЕР, КЕТРІН СКОТ «ОСНОВИ ТРАВМОФОКУСОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ»



Основи травмофокусованої психотерапії – перша спеціалізована праця, присвячена всебічному розгляду психотерапії посттравматичних розладів, перекладена українською мовою. У книзі дається загальне розуміння травми та її наслідків. Наводяться описи усіх розладів, пов'язаних зі стресом та травмою (відповідно до DSM-5) та пропонуються покритеріальні стратегії їх оцінювання. Представляються теоретичні засади та дослідницькі дані щодо ефективності різних підходів у роботі з травмою. Більша частина книги – є деталізованим викладом практики травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії та низки інтегрованих з нею підходів. Окремий розділ присвячено психобіології та психофармакології травми.

Для психотерапевтів, психіатрів, науковців, практичних психологів, соціальних працівників, студентів-психологів, а також для усіх, хто цікавиться проблемами впливу травматичних подій на психіку людини та методами її відновлення і зцілення.

ОЛЕГ РОМАНЧУК «ГІПЕРАКТИВНИЙ РОЗЛАД З ДЕФІЦИТОМ УВАГИ У ДІТЕЙ»



Книга присвячена одному з найпоширеніших поведінкових розладів дитинства – гіперактивному розладу з дефіцитом уваги. В ній синтезовано сучасні наукові знання та практичний досвід допомоги дітям із цим розладом. Велику увагу присвячено аналізу сучасних знань щодо природи розладу, його етіології, патогенезу та клінічної картини. Детально висвітлені питання діагностики та терапії - зокрема допомоги батькам дітей із ГРДУ, розглядаються підходи в системі освіти та питання медикаментозної терапії. Книга спростовує поширені міфи щодо цього одного з найбільш досліджених дитячих розладів та пропонує цілісну модель допомоги дітям із ГРДУ та їхнім сім'ям, яка базується на сучасних наукових знаннях.

Книжка призначена для лікарів-педіатрів, дитячих неврологів, дитячих психіатрів, лікарів-психіатрів та загалом усіх, хто цікавиться проблематикою психічного здоров'я дітей, вихованням та навчанням дітей з особливими потребами.

«ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА»



Видання адресоване не тільки психологам та соціальним працівникам, але й усім, хто може стикатися з надзвичайними ситуаціями, стихійними лихами та катастрофами або іншими масовими трагедіями: працівникам служби з надзвичайних ситуацій, лікарям та іншому медичному персоналу, працівникам медицини катастроф та й усім лікарям загальної практики, військовослужбовцям, волонтерам та багатьом іншим.

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО- ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ



Мета Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії (УІКПТ) – сприяти поліпшенню послуг у сфері охорони психічного здоров'я в Україні шляхом розвитку методу когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Для цього УІКПТ планує організовувати навчальні програми з КПТ, конференції та семінари, сприяти виданню відповідної літератури, навчально-методичних та психоедукаційних матеріалів, популяризувати метод КПТ, розвивати міжнародні зв'язки у цій сфері, а також підтримувати обмін професійним досвідом і серед спеціалістів КПТ, і з фахівцями суміжних спеціальностей та партнерськими установами.

НАВЧАЛЬНІ ПРОГРАМИ УІКПТ:

- Базова трирічна навчальна програма з когнітивно-поведінкової терапії (у разі успішного закінчення програми учасники отримують акредитацію КПТ-терапевта).
- Навчальна програма «Психічне здоров'я дітей та підлітків. КПТ з дітьми та підлітками» (акредитація як КПТ-терапевт для дітей/підлітків).
- Навчальна програма КПТ поглибленого рівня для майбутніх супервізорів/викладачів методу КПТ.
- Навчальна програма зі схема-терапії (спеціалізація у терапії особистісних розладів).
- Навчальна програма з майндфулнес-орієнтованої КПТ та інших спеціалізованих тем (КПТ-залежностей, розладів харчової поведінки, психотичних розладів тощо) та інших підходів «третьої хвилі» (майндфулнес, ТЗП, ТОС тощо).

Докладнішу інформацію можна знайти на веб-сайті УІКПТ:

www.i-cbt.org.ua

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

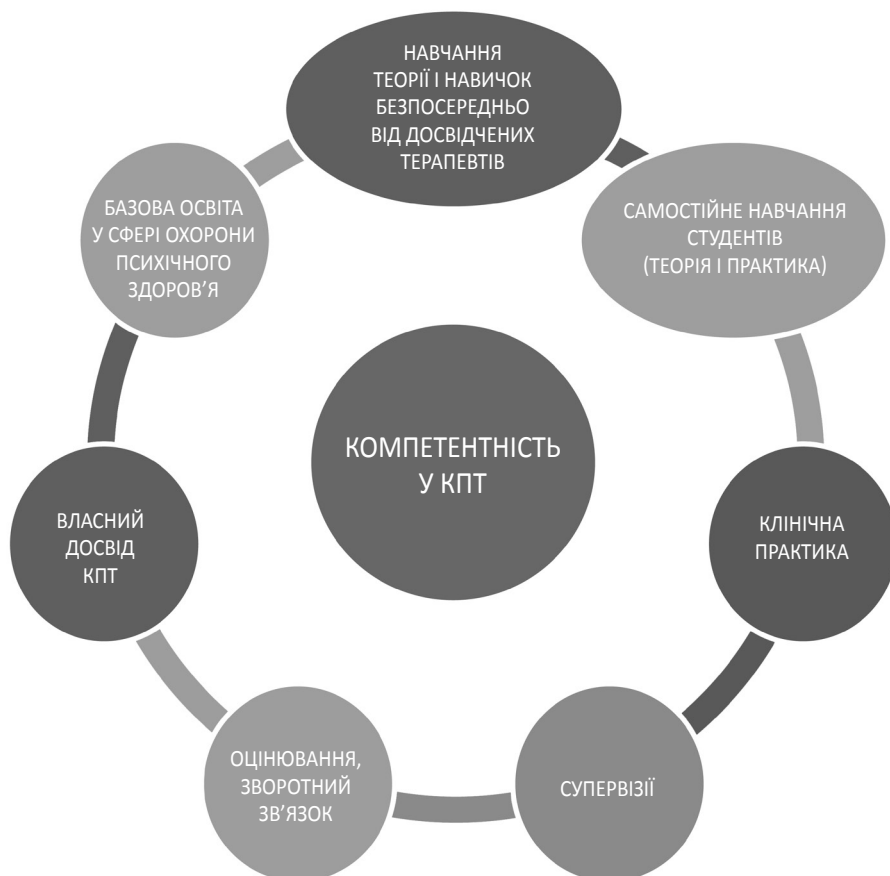
презентує

ТРИРІЧНУ НАВЧАЛЬНУ ПРОГРАМУ

«КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ»

Програма розроблена на основі моделі аналогічної програми Оксфордського центру когнітивної терапії відповідно до Європейських стандартів освіти когнітивно-поведінкової терапії. Вона передбачає акредитацію як когнітивно-поведінкового психотерапевта відповідно до стандартів Європейської асоціації поведінкових та когнітивних терапій (EABCT).

Структура програми та її основні складові: ► 3 роки навчання: 12 триденних модулів, по чотири протягом кожного року навчання – щонайменше 225 годин очного навчання. ► 400 годин самостійної роботи учасників (опрацювання літератури, робота у групах з відпрацюванням навичок та інтерв'ї, виконання домашніх завдань та ін.). ► 200 годин супервізованої клінічної практики щонайменше з 8 клієнтами, «проведеними» від початку до закінчення терапії, щонайменше з трьома різними видами проблем. ► 60 годин супервізій з обов'язковим використанням аудіо/відеозаписів для супервізії щодо щонайменше трьох клієнтів. ► Оцінювання двох повних аудіо/відеозаписів сесій за шкалою компетентності КПТ-терапевта. ► Два письмові описи випадків та дипломна робота. ► Провідні європейські та українські викладачі методу КПТ.



ЗАГАЛЬНА ТЕМАТИКА МОДУЛІВ ПРОГРАМИ

- Вступ у теорію КПТ.
- Обстеження і формулювання у моделі КПТ.
- Основні навички і техніки КПТ: загальні, когнітивні, поведінкові.
- Додаткові/спеціальні техніки КПТ.
- Робота з глибинними і проміжними переконаннями у КПТ. Низька самооцінка, перфекціонізм та інші поширені особистісні проблеми.
- КПТ депресії. КПТ при суїцидальних намірах.
- КПТ тривожних розладів: соціальна фобія, прості фобії, обсесивно-компульсивний розлад, панічний розлад та агорафобія, генералізований тривожний розлад.
- КПТ при «тривозі за здоров'я» (іпохондричний розлад та ін.).
- КПТ з людьми хронічно/термінально хворими, онкохворими. КПТ розладів адаптації у людей із соматичними розладами.
- КПТ посттравматичного стресового розладу.
- КПТ при ускладненій реакції від втрати.
- Основи КПТ (і схема-терапії) при розладах особистості.
- КПТ розладів харчової поведінки.
- КПТ при зловживанні/залежності від алкоголю та інших психоактивних речовин.
- Вступ у КПТ «важких» психіатричних розладів: важкі/психотичні форми депресії, манія (і біполярний розлад), шизофренія.
- Спеціальні формати застосування КПТ: групова КПТ, сімейна/подружня КПТ, використання програм КПТ-самопомоги.
- КПТ інтерперсональних проблем. КПТ подружніх проблем.
- Особливості застосування КПТ зі «спеціальними» категоріями клієнтів: чоловіки/жінки (гендерні аспекти), особи похилого віку, люди з особливими потребами, специфічні етнічні групи та ін.
- Основи КПТ з дітьми та підлітками.
- Специфічні проблеми та застосування КПТ при них: розлади сну, «контроль злості», надмірна вага, «стрес»/професійне вигорання та інші.
- Вступ у сучасний розвиток КПТ – підходи «третьої хвилі»: майндфулнес, КПТ, орієнтована на співчуття, терапія зобов'язання та прийняття тощо.
- Розвиток навичок самосупервізії та використання інтерв'язій та супервізій щодо поширених труднощів терапії: проблеми терапевтичного альянсу, коморбідності, низька мотивація, негативні системні впливи та ін.
- Професійний розвиток у КПТ. Приватна практика: принципи організації та ведення. Життя у ролі психотерапевта: основи самоменеджменту.

УІКПТ планує щорічний набір на базову навчальну програму у Львові та окремі «виїзні» навчальні проекти із КПТ в інших містах України.

Докладнішу інформацію про програму, чинні проекти та умови навчання дивіться на сайті Інституту.

БАЗОВА НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА ІЗ КПТ УІКПТ:

- ▶ 3 роки навчання;
- ▶ 12 триденних семінарів – 225 годин навчання;
- ▶ 200 годин клінічної практики щонайменше з 8 клієнтами, «проведеними» під супервізією від початку до закінчення терапії, щонайменше з трьома різними видами проблем/розладів;
- ▶ 60 годин супервізій з обов'язковим використанням аудіо/відеозаписів для супервізії стосовно щонайменше трьох клієнтів;
- ▶ 400 годин самостійної роботи учасників (опрацювання літератури, робота у групах з відпрацювання практичних навичок та інтервізії, виконання домашніх завдань тощо);
- ▶ оцінювання двох повних аудіо/відеозаписів сесій за шкалою компетентності КПТ-терапевта;
- ▶ два письмові описи випадків та дипломна робота;
- ▶ акредитація як КПТ-терапевта, з можливістю отримати євросертифікат із КПТ.

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ
презентує

ДВОРІЧНУ НАВЧАЛЬНУ ПРОГРАМУ

«ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ З ДІТЬМИ, ПІДЛІТКАМИ ТА ЇХНІМИ РОДИНАМИ»

розроблену на основі сучасних європейських моделей освіти фахівців (насамперед клінічних психологів, соціальних працівників, педагогів, медичних сестер) для роботи у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків і надання діагностичних, консультативних та психотерапевтичних послуг дітям, підліткам та їхніми родинами, а також таку, що веде до можливості спеціалізації у когнітивно-поведінковій терапії з цією категорією клієнтів та можливістю акредитації як КПТ-терапевта з дітьми та підлітками.

Структура програми та її основні складові: ► 2 роки навчання, 250 год. очного навчання у формі семінарів, вебінарів, клінічних лекцій, розглядів випадків, відкритих консиліумів та ін. (передбачена також можливість участі лише в окремих модулях/активностях) ► 225 год. самостійної роботи учасників (опрацювання літератури, виконання домашніх завдань та ін.) ► підсумковий іспит

Додаткові опції для охочих здобути акредитацію КПТ-терапевта з дітьми та підлітками:

► клінічна практика ► супервізії ► оцінювання аудіо/відеозаписів сесій ► письмові описи випадків та дипломна робота

ТЕМАТИКА МОДУЛІВ

- Вступ у проблему охорони психічного здоров'я дітей та підлітків
- Віковий розвиток
- Основи психопатології розладів дитячого та підліткового віку
- Наука і мистецтво обстеження
- Планування втручань та залучення дитини та сім'ї в терапію
- Превентивні та терапевтичні втручання у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків
- Загальні принципи роботи з сім'єю/батьками дитини
- Когнітивно-поведінкова терапія з дітьми та підлітками
- Поширені проблеми психічного здоров'я дітей раннього віку (0-3 роки)
- Розлади розвитку (розумова відсталість, розлади розвитку мови та вимови, розлади розвитку шкільних навичок, розлади спектру аутизму та ін.)

- Поведінкові розлади та проблеми
- Розлади сну у дітей та підлітків
- Енурез. Енкопрез
- Тікозні розлади та зокрема синдром Жіль де ля Туретта
- Депресія та біполярний розлад у дітей та підлітків
- Суїцидальність та самопошкоджуюча поведінка у дітей та підлітків
- Тривожні розлади у дітей та підлітків
- Гострий та посттравматичний стресовий розлад у дітей та підлітків
- Комплексна травматизація (хронічне емоційне занедбаня та скривдження) та її наслідки. Розлади прив'язаності. Розлади особистісного розвитку у дітей та підлітків
- Стресові події в житті дітей та підлітків: втрати, розлучення батьків, війна, вимушене переселення, соматичні хвороби, булінг, насильство, бідність, психічне захворювання у батьків та ін.
- Розлади харчової поведінки: анорексія, булімія, розлад з приступами переїдання
- Психологічні аспекти ожиріння у дітей і підлітків
- Дизморфофобічний розлад
- Шизофренія та психотичні розлади
- Зловживання психоактивними речовинами
- Проблема ігрової залежності
- Психосексуальні розлади: розлад гендерної ідентичності та парафілії
- Психосоматичні взаємозв'язки та розлади
- Майбутнє сфери охорони психічного здоров'я дітей і підлітків. Роль і методологія наукових досліджень. Принципи організації послуг і програм. Робота мультидисциплінарної команди. Економічні, соціальні та юридичні аспекти розвитку цієї сфери.

Докладнішу інформацію про програму ви можете знайти на сайті Українського інституту КІТТ.

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ
презентує

НАВЧАЛЬНУ ПРОГРАМУ зі
«СХЕМА-ТЕРАПІЇ»

ефективного сучасного інтегративного підходу
терапії особистісних розладів

Викладачі: Ремко ван дер Війнгарт та Гуїдо Сійберс (Голландія) –
акредитовані викладачі методу схема-терапії
Міжнародної асоціації схема-терапії (ISST)

Що таке схема-терапія?

Схема-терапію у 1990-х роках розвинув американський психотерапевт Джефрі Янг як модифікацію стандартної когнітивно-поведінкової терапії для терапії розладів особистості. Саме тому схема-терапію поряд з іншими підходами відносять до так званої «третьої хвилі» у КПТ. Розвиток схема-терапії був пов'язаний з необхідністю модифікувати стандартні процедури КПТ до клієнтів з особистісними порушеннями та хронічними проблемами, «резистентними» до класичної КПТ (хронічна депресія, тривалі інтерперсональні проблеми, важкі форми розладів харчової поведінки, залежностей від психоактивних речовин тощо). Відповідно у схема-терапії особливу увагу було сфокусовано на розвитку терапевтичного стосунку, застосуванні інтегрованого арсеналу технік та підходів, розвитку моделі довготривалої психотерапії, що ставить за мету досягнути змін в особистісній структурі клієнтів та загальному «стилі» життя. У результаті розвитку схема-терапії була сформульована модель нормального і патологічного розвитку особистості, яка синтезувала наукові дані з різних галузей досліджень психології розвитку, зокрема теорії прив'язаності, соціальної нейробіології, досліджень впливу психотравмуючого досвіду/емоційного занедбання на розвиток дитини та ін. Джефрі Янг ідентифікував 18 основних дисфункційних схем і різних способів їх організації при незадоволенні базових емоційних потреб особи у дитинстві та стратегію того, як у процесі психотерапії ці базові потреби можуть бути задоволені в адекватний спосіб, а відповідно – відновлено здорову траєкторію особистісного розвитку. Сучасна схема-терапія – це інтегративний підхід. Він ґрунтується на моделі когнітивно-поведінкової терапії з інтеграцією у неї елементів психодинамічного підходу, гештальту, емоційно-фокусованої терапії, творчих/експеріентальних терапій та теорії прив'язаності. Це модель довготривалої терапії, сфокусованої на модифікацію особистісних схем у контексті терапевтичного стосунку, когнітивної, поведінкової та експеріентальної терапевтичної праці. Схема-терапію застосовують в індивідуальному, подружньому та груповому форматі. Висока ефективність схема-терапії щодо терапії особистісних розладів, зокрема пограничного, емпірично встановлена у низці мультицентрових контрольованих досліджень, зокрема і порівняно з іншими поширеними підходами, для прикладу, такими як психодинамічна терапія.

Про навчальну програму:

Навчальна програма зі схема-терапії – основа здобуття фахової компетентності у цьому методі й відповідає вимогам щодо здобуття теоретичних знань та практичних навичок «стандартної» навчальної програми Міжнародної асоціації схема-терапії (ISST).

У процесі цього проекту, що передбачає два триденні навчальні семінари, які викладатимуть у парі два акредитовані викладачі методу із Голландії, учасники здобудуть теоретичні знання та опанують базові практичні навички застосування схема-терапії.

Методологія навчання передбачає:

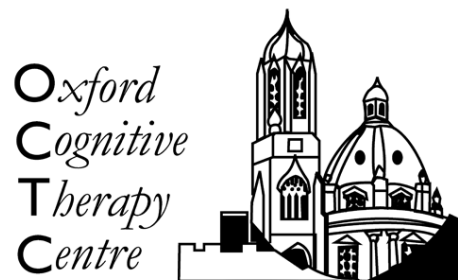
- Презентацію теоретичної частини з клінічними демонстраціями та прикладами.
- Демонстрацію основних технік та обговорення їх практичних аспектів.
- Відеодемонстрацію окремих частин терапевтичних сесій та технік.
- Практикування студентами у парах специфічних технік під супервізією викладачів (саме тому семінар проводитимуть два викладачі одночасно, оскільки значна частина семінару буде сфокусована на розвитку практичних навичок під індивідуальним наставництвом викладачів).
- Робота учасників з власними схемами.

Семінари викладаються англійською мовою із послідовним перекладом на українську мову.

Кожний учасник отримає повний пакет перекладених на українську мову опитувальників зі схема-терапії та оволодіє методикою їх використання. Цей пакет (схема-опитувальники Янга) – один із найпоширеніших у клінічній праці інструментаріїв оцінки особистості, перекладений багатьма мовами.

*Докладнішу інформацію ви можете знайти на сайті
Українського інституту КПТ.*

**ОНЛАЙН-НАВЧАЛЬНА
ПРОГРАМА З КПТ
ОКСФОРДСЬКОГО ЦЕНТРУ
КОГНІТИВНОЇ ТЕРАПІЇ**



Ця програма дає можливість збагатити свої знання у когнітивно-поведінковій терапії від провідних світових фахівців методу КПТ за допомогою новітніх телекомунікаційних технологій. Усі навчальні відео субтитровані, а презентації і роздаткові матеріали перекладені російською мовою. Програма передбачає лекції-презентації викладачів на окремі найактуальніші клінічні теми, а також, що особливо цінне, – відеодемонстрації окремих технік КПТ у виконанні майстрів КПТ. Ця програма не заміняє базової освітньої програми з КПТ, а є важливим доповненням до неї.

Програма об'єднує 13 модулів, які складаються з 48 відеопрезентацій, модулі поділені на три рівні: базовий і два поглиблених.

Докладнішу інформацію про викладачів, зміст кожного модуля, а також можливість промо-перегляду окремих модулів (англійською) можна знайти на відповідній сторінці веб-сайту Оксфордського центру когнітивної терапії: <http://www.octc.co.uk/training/online-training> та веб-сайті УІКПТ: http://www.i-cbt.org.ua/online_OCTC.html

*Якщо вас цікавить участь у цій програмі,
за докладнішою інформацією та з метою подання заявки
звертайтеся на електронну адресу
Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії:
i.cbt.org.ua@gmail.com*

5 ПРИЧИН ЧОМУ ВАРТО ВИВЧАТИ КПТ:

1. КПТ – провідний, високоефективний метод психотерапевтичної допомоги щодо більшості психіатричних розладів. Це справді метод, який може бути дуже корисним для кожного психотерапевта (тому в більшості західних країн КПТ включена в обов'язкову програму освіти клінічних психологів і психіатрів).
2. КПТ – це метод, який рекомендований багатьма протоколами як «метод першого вибору» при лікуванні того чи іншого психіатричного розладу. Багато «сучасних» пацієнтів, читаючи рекомендації в інтернеті, відповідно шукають уже не будь-якого психотерапевта, а саме когнітивно-поведінкового.
3. КПТ – метод, який має оптимальний баланс структурованості та гнучкості. Тому і метод, і освіта у ньому «гнучко структуровані». Це дає певне відчуття впевненості та опори, особливо важливе на початках професійної кар'єри психотерапевта (частими є відгуки студентів, що порівняно з іншими методами психотерапії метод КПТ є чіткіший та зрозуміліший, і його легше вивчати) – це чудовий вибір для першої психотерапевтичної освіти!
4. КПТ – метод, який емпірично обґрунтований. Це метод, який критично досліджує сам себе, свою ефективність, теоретичні гіпотези, – саме тому він так інтенсивно розвивається і має певний захист від того, щоб стати «догматично-ідеологічним» чи ж «сумнівно-аматорським» підходом. Обираючи КПТ, ви обираєте науковість, розвиток та належність до великої світової спільноти КПТ-терапевтів!
5. Вивчення КПТ може бути дуже корисним для особистого життя та власного психічного здоров'я. Так само як у КПТ ми вчимо клієнтів бути самим собі психотерапевтами, так само вивчаючи КПТ, ви вчитиметеся краще турбуватися про власне психічне здоров'я!

+ 5 ПРИЧИН ЧОМУ ВАРТО ВИВЧАТИ КПТ САМЕ НА ПРОГРАМАХ УІКПТ:

1. Навчальні стандарти УІКПТ відповідають сучасним європейським стандартам навчання цього методу, зокрема стандартам Європейської асоціації поведінкових та когнітивних терапій (ЕАВСТ), що підтверджено їхньою акредитацією в ЕАВСТ. У майбутньому це уможливлує випускникам програм УІКПТ отримати «євросертифікат» від ЕАВСТ.
2. УІКПТ використовує сучасні методології викладання КПТ, що можливо завдяки тісній співпраці з нашими західними партнерами, зокрема Оксфордським центром когнітивної терапії (провідний англійський центр, 18 років досвіду викладання КПТ), на основі програми якого розроблена наша базова навчальна програма з КПТ.
3. УІКПТ залучає до викладання провідних європейських викладачів та супервізорів методу КПТ – тож це важлива складова «європейської якості» наших освітніх програм.
4. УІКПТ має велику навчально-методичну базу, яка постійно поповнюється. Усі студенти отримують повний безтерміновий доступ до онлайн-бібліотеки зі слайдами презентацій, аудіозаписами семінарів, перекладами опитувальників, публікаціями, роздатковими матеріалами для клієнтів та інше. До того ж УІКПТ у співпраці з Українським Католицьким Університетом працює над виданням серії перекладів провідних сучасних книжок із КПТ українською мовою.
5. УІКПТ має високі стандарти організації навчальних заходів. Для нас важливий кожен аспект, кожна деталь: від вибору викладача, атмосфери у групі до якості перекладу та кави. За результатами зворотного зв'язку загальне задоволення студентів наших програм становить 4,7 за п'ятибальною шкалою.

Ми цінуємо осіб, які обирають шлях вивчення КПТ, щоб врешті стати компетентними психотерапевтами і могли ефективно допомагати іншим. Тож для нас є честю бачити Вас учасниками наших програм і ми докладемо усіх зусиль, щоб сприяти Вашому навчанню, особистому та професійному розвитку!

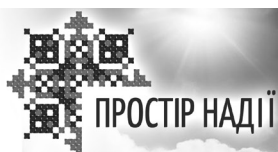
Фахівцями Інституту психічного здоров'я
Українського Католицького Університету
в рамках проекту

«СПРАВИТИСЯ З ТРАВМОЮ ВІЙНИ»

за підтримки Бюро Співробітництва Посольства Швейцарії в Україні
та Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії

створено сайт

prostirnadii.org.ua



НАЦІОНАЛЬНА ПРОСВІТНИЦЬКА КАМПАНІЯ ЩОДО ПРОБЛЕМИ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) ТА
ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ПСИХОТРАВМУЮЧІ ПОДІЇ

«Простір надії» є національною просвітницькою кампанією
щодо проблем посттравматичного стресового розладу (ПТСР)
та допомоги особам, які пережили психотравмуючі події.