

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ стресовий розлад у практиці лікаря первинної ланки

Посттравматичний стресовий розлад — один із найпоширеніших психічних наслідків травматичного досвіду, що часто має тривалий перебіг через повторний або затяжний вплив стресових чинників. Фахівці психіатричної консультативної служби Массачусетської лікарні загального профілю у США представили звіт про складний клінічний випадок на межі соматичної та психіатричної медицини у пацієнта із тяжким фізичним станом, супроводжуваним тривожністю, проявами депресії та посттравматичними реакціями. Пропонуємо до вашої уваги огляд цього звіту, якому була присвячена публікація S.E. Matta et al. «Assessment and management of posttraumatic stress disorder in primary care practices» видання Prim Care Companion CNS Disord (2025; 27 (4): 24f03899).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може розвинутися після подій, пов'язаних із реальною або потенційною загрозою життю, серйозним тілесним ушкодженням чи сексуальним насильством (APA, 2013). Він часто має тривалий, а іноді й позитивний перебіг внаслідок повторюваного або затяжного впливу травматичних чинників, які формують у людини відчуття безпорадності, інтенсивного страху і жаху (Thakur et al., 2022). У клінічній практиці важливо враховувати, що симптоми ПТСР значною мірою залежать від типу травми та її хронології: реакції після одноразового інциденту суттєво відрізняються від проявів після тривалого або повторного впливу, а також мають різну динаміку залежно від віку, в якому травма сталася (van Hemert et al., 2025).

Основними клінічними ознаками ПТСР є повторне переживання травматичних подій, уникання всього, що асоціюється із травмою, стійке відчуття загрози. Для опису складніших клінічних випадків, що виникають після тривалої або повторної травматизації, у Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) виокремлено комплексний ПТСР — стан, за якого, крім базових ознак, наявні хронічні труднощі з емоційною регуляцією, стабільністю ідентичності та міжособистісними стосунками (WHO, 2022; van Hemert et al., 2025).

Фахівці психіатричної консультативної служби Массачусетської лікарні загального профілю (США), які двічі на тиждень проводять мультидисциплінарні обходи госпіталізованих пацієнтів терапевтичного та хірургічного профілю із супутніми психіатричними симптомами або розладами, представили серію клінічних звітів (Matta et al., 2025). Мета роботи — допомогти лікарям різних спеціальностей ефективніше розпізнавати психічні розлади у своїх пацієнтів. Подані матеріали створено на основі клінічних обговорень складних випадків на межі соматичної та психіатричної медицини в осіб із тяжкими фізичними станами,

проявами тривожних і депресивних розладів або посттравматичних реакцій. Автори звертають увагу на типові труднощі, з якими стикаються клініцисти в щоденній практиці:

- визначення моменту, коли фізіологічна стресова реакція переходить у ПТСР;
- розуміння причин, які призводять до розвитку ПТСР після травми;
- вибір стратегії лікування або скерування пацієнта для отримання спеціалізованої психіатричної допомоги.

Розгляд наведеного клінічного випадку покликаний дати лікарям практичні орієнтири для роботи на межі психосоматичної медицини, де часто починається шлях пацієнта із посттравматичними розладами.

Клінічний випадок

Пацієнт А., 42 роки, одружений. Був госпіталізований після того, як його збив автомобіль. Внаслідок події він отримав легку черепно-мозкову травму (ЧМТ) із втратою свідомості (менш ніж протягом 30 хв за свідченнями очевидців та медичних працівників на місці події), перелом правого зап'ястя, вивих правого плеча, а також перелом правої великої та малої гомілкових кісток. Постраждалий був госпіталізований у відділення інтенсивної терапії, а звідти був переведений до відділення ортопедії та фізичної реабілітації, де отримував фізіо- і трудотерапію. Раніше госпіталізацій із приводу порушень психічного стану (або необхідності такого лікування) в пацієнта не було.

Через три тижні після госпіталізації його скерували на консультацію до психіатра у зв'язку із труднощами процесу відновлення, а також тривожністю, больовим синдромом та епізодами плачу. Під час огляду пацієнт повідомив про порушення сну, часті нічні кошмари (пов'язані зі смертю, зокрема її настанням у лікарні) та надмірну стурбованість власним станом. Його переслідував безперервний біль і думки про те, чи не заводить це його

поверненню до роботи. Пацієнт розповів, що частково пам'ятає події, які передували аварії, та час, проведений у відділенні інтенсивної терапії. Чоловік виглядав стривоженим і надмірно схвильованим, відчував емоційне виснаження через складність процесу одужання.

Обговорення

Діагностичні критерії ПТСР та відмінності від гострого стресового розладу

ПТСР є одним із найпоширеніших психічних розладів, який протягом року трапляється майже у 5 %, а протягом життя — у 6 % населення. ПТСР удвічі частіше виявляється у жінок, ніж у чоловіків. Підвищені показники спостерігаються серед осіб, які зазнали травматичного досвіду, особливо військовослужбовців і працівників екстрених служб. Окрім того, ПТСР часто співіснує з іншими психічними розладами, зокрема пов'язаними із вживанням психоактивних речовин (ПАР) та афективними розладами (Goldstein et al., 2016). Гострий стресовий розлад (ГСР) відрізняється від ПТСР тим, що тривалість симптомів при ньому є обмеженою: від 3 днів до 1 місяця після впливу травматичної події (APA, 2022).

Діагностичні критерії ПТСР охоплюють шість кластерів симптомів (A–H). ПТСР може розвинути після того, як людина зазнала реальної або потенційної загрози смерті, серйозне тілесне ушкодження чи сексуальне насильство. При цьому вона безпосереднього пережила подію, спостерігала її особисто, отримала звістку, що інцидент трапився із близьким членом сім'ї чи другом, або зазнала повторного впливу стресогенних нагадувань про травматичну подію(-і) (критерій A) (APA, 2022).

Цей діагноз є унікальним серед розладів, описаних у Діагностичному та статистичному посібнику із психічних розладів 5-го перегляду (DSM-5-TR), оскільки передбачає наявність факту травматичної події, яка передуює появі або загостренню симптомів. Діагностика ПТСР передбачає виявлення чотирьох основних кластерів симптомів, як-от:

- інтрузії (критерій B);
- уникання (критерій C);
- порушення когнітивних функцій і настрою (критерій D);
- зміни у збудженні та реактивності (критерій E).

Повний опис наведено в DSM-5-TR (APA, 2022). Для зручності запам'ятовування симптоми ПТСР іноді узагальнюють за мнемонічною формулою «TRAUMA» (APA, 2022; Khouzam, 2001).

Діагностика ГСР, як при ПТСР, спирається на критерій A, охоплюючи п'ять основних параметрів (A–E). Симптоматика ГСР подібна до ПТСР, але відрізняється коротшою тривалістю проявів. Як зазначають S.E. Matta et al. (2025), при ГСР симптоми обмежені періодом від 3 днів до 1 місяця після травматичної події, натомість діагноз ПТСР передбачає збереження клінічних проявів понад один місяць.

Валідовані інструменти оцінки для виявлення ПТСР

ПТСР є клінічним діагнозом, а не станом, який можна виявити шляхом візуалізації або оцінювання лабораторних чи фізіологічних показників (табл. 1). Шкала первинної діагностики ПТСР за DSM-5 (PC-PTSD-5) — це п'ятипунктова анкета, яка широко використовується

Мнемонічна формула «TRAUMA»: клінічна картина ПТСР

T (Traumatic event) — травматична подія, під час якої людина пережила / стала свідком / дізналася про: серйозну травму (або її загрозу), загрозу смерті, сексуальне насильство (чи загрозу) або неодноразово / надзвичайно часто стикалася із травмувальними деталями цих подій

R (Re-experiences) — повторне переживання подій (один чи більше симптомів), як-от: нав'язливі спогади, повторювані тривожні сни, дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), психологічний дистрес або виразні фізіологічні реакції на сигнали, пов'язані з травмою

A (Avoidance) — уникання (одного або обох типів): намагання уникати болісних спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних із травмою, або уникання зовнішніх нагадувань (діяльності, місць, людей, ситуацій), що асоційовані з травматичним досвідом

U (Unable to function) — симптоми спричиняють значне порушення соціального, професійного або міжособистісного функціонування (пацієнт не здатний нормально функціонувати)

M (Month/Mood) — клінічні прояви тривають понад один місяць та супроводжуються негативними змінами мислення і настрою, пов'язаними із травмою

A (Arousal) — виразне фізіологічне збудження і реактивність, пов'язані з травматичною подією, що підтверджується наявністю двох чи більше симптомів: дратівливістю, спалахами гніву, ризикованою або саморуйнівною поведінкою, гіперпильністю, підвищеною реакцією переляку, труднощами із концентрацією уваги або розладами сну

лікарями первинної ланки для виявлення ймовірного ПТСР із високою точністю (Bovin et al., 2021; Prins et al., 2016). За шкалою PC-PTSD-5 можна оцінити травматичні стресори (за критерієм A) та інші симптоми ПТСР (наприклад, повторювані переживання, уникання, гіперпильність, емоційне заціпеніння і почуття провини / самозвинувачення). Дослідження масштабної вибірки пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги (відділення для ветеранів) показало, що дотримання порогового значення 4 бали є оптимальним для чоловіків, але не для жінок, оскільки це призводить до підвищення рівня хибнонегативних результатів. Тому для жінок може бути доцільним застосування нижчого порогового значення (Prins et al., 2016).

S.E. Matta et al. (2025) зазначають, що для встановлення точного діагнозу ПТСР позитивні результати скринінгу за шкалою PC-PTSD-5 потребують додаткового оцінювання, бажано із застосуванням валідованих структурованих інтерв'ю, які здійснює лікар. Для цього пропонується використовувати оцінювану клініцистом шкалу ПТСР за DSM-5 (CAPS-5) (Weathers et al., 2024). Для фіксації динаміки тяжкості симптомів ПТСР рекомендовані такі інструменти, як шкала самооцінювання наявності ПТСР (PCL-5) або структуроване клінічне інтерв'ю (CAPS-5) (Lee et al., 2022; Marx et al., 2022).

Таблиця 1. Діагностичні шкали

Шкала / інструмент	Опис
PC-PTSD-5*	5-пунктова скринінгова анкета для виявлення осіб з імовірним ПТСР в умовах первинної медичної допомоги; потребує подальшого уточнення діагнозу за допомогою структурованого інтерв'ю (наприклад, CAPS) або самооцінювання за шкалою PCL-5
CAPS*	30-пунктне структуроване інтерв'ю, що є «золотим стандартом» визначення ознак ПТСР; дозволяє оцінити час початку, тривалість, рівень суб'єктивного дистресу та вплив симптомів на соціальне і професійне функціонування, а також позитивну динаміку після останнього обстеження із використанням CAPS
PCL-5*	20-пунктний стандартизований опитувальник для самооцінювання симптомів і тяжкості ПТСР на основі критеріїв DSM-5; використовується для скринінгу осіб із підозрою на ПТСР, попередньої діагностики та моніторингу змін симптомів під час або після лікування
C-SSRS**	Шкала, також відома як «Колумбійський протокол», складається із низки простих запитань, що сформульовані зрозумілою мовою і допомагають визначити ступінь ризику суїциду, оцінити його тяжкість та терміновість, а також визначити тактику подальшого ведення пацієнта

Примітки: * Доступні за посиланням www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/index.asp; ** доступна за посиланням <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/>. CAPS — оцінювана фахівцем шкала ПТСР за DSM-5; C-SSRS — колумбійська шкала тяжкості суїцидальних намірів; PCL-5 — шкала самооцінювання наявності ПТСР за DSM-5; PC-PTSD-5 — шкала первинної діагностики ПТСР за DSM-5.

Адаптовано за S.E. Matta et al. Assessment and management of posttraumatic stress disorder in primary care practices // Prim Care Companion CNS Disord, 2025; 27 (4): 24f03899

Шкала PCL-5 забезпечує структурований діагностичний огляд та широко використовується у клінічній і дослідницькій практиці.

За висновками Робочої групи із профілактичних заходів США (USPSTF), доказів для рекомендації рутинного скринінгу на ПТСР у загальній популяції недостатньо (USPSTF, 2025). Однак USPSTF вважає за доцільне скринінг на тривожні розлади серед дорослих віком до 65 років, що може допомогти у виявленні осіб із проявами ПТСР, зважаючи на часткове перекриття симптомів цих станів (USPSTF, 2025). Так, у групах підвищеного ризику, наприклад, серед пацієнтів, які звертаються до міських центрів первинної медичної допомоги, цілеспрямований скринінг на ПТСР може мати особливе значення для своєчасного виявлення ПТСР та відповідного втручання.

ПТСР і диференційна діагностика супутніх станів

Серед пацієнтів із ПТСР на 80 % вища ймовірність симптомів, які відповідають діагностичним критеріям принаймні одного іншого психічного розладу (наприклад, розладу, пов'язаного із вживанням ПАР) (APA, 2022). Найпоширенішими станами, що супроводжують ПТСР, є великий депресивний розлад (ВДР), розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю, та інші тривожні розлади (Rytwinski et al., 2013). Частим наслідком травматичної події є розвиток як ПТСР, так і ВДР, а не одного з них; кожен стан має бути діагностований і потребує відповідної терапії. Самолікування симптомів ПТСР часто супроводжується вживанням алкоголю або заборонених ПАР (Sareen, 2014).

Генералізований тривожний розлад (ГТР) спостерігається у 40 % осіб із ПТСР, що значно посилює клінічні прояви і порушує функціонування порівняно із пацієнтами, які мають лише ГТР (Milanak et al., 2013). Певні фобії, особливо соціальна, також часто супроводжують ПТСР (Brady et al., 2000).

ПТСР — один із психічних розладів, найчастіше пов'язаних з наслідками легкої ЧМТ. Дослідження з участю ветеранів, військовослужбовців і цивільних осіб показали, що ризик розвитку ПТСР підвищується у 2–3 рази після легкої ЧМТ (Brassil, Salvatore, 2018; Stein et al., 2015). Коморбідність ПТСР і легкої ЧМТ спостерігалася майже у половини військовослужбовців США, які брали участь у бойових діях під час війн в Іраку та Афганістані. Легкі ЧМТ у солдатів, відправлених до Іраку, мали значущу асоціацію із ПТСР і соматичними захворюваннями через кілька місяців після повернення додому (Hoge et al., 2008). Підтверджено незалежний зв'язок ПТСР із певними соматичними станами, зокрема захворюваннями кістково-суглобової системи, метаболічними, неврологічними, респіраторними та серцево-судинними патологіями (Sareen, 2014).

Низка станів, зокрема ГТР, ВДР і панічний розлад, можуть проявлятися симптомами, подібними до таких за ПТСР, що ускладнює діагностування. Наприклад, пацієнти із ГТР відчують незмінну тривожність за широкого діапазону ситуацій, натомість при ПТСР тривожність зазвичай виникає внаслідок пережитої травми (Matta et al., 2025). Особи із депресією, незалежно від її походження (коморбідна чи травматична), можуть відчувати безнадійність, інтенсивний сором або провини. Якщо такі симптоми спостерігаються за ПТСР, вони зазвичай пов'язані з травматичними подіями. Пацієнти із панічним розладом зазнають інтенсивної тривожності, часто пов'язаної з визначеним об'єктом або ситуацією, і можуть уникати таких подій, щоб запобігти нападу. Аналогічно, особи із ПТСР також можуть уникати певних ситуацій (APA, 2022).

У таблиці 2 наведене структуроване порівняння розладів, симптоми яких подібні до проявів ПТСР, але водночас вони мають різні діагностичні критерії. Точність диференціації є важливою, оскільки розлади, як-от ГТР, панічний і obsесивно-компульсивний, можуть проявлятися тривожністю й поведінкою уникання без явного травматичного досвіду. Подібно до цього, наслідком ЧМТ може бути розвиток когнітивних та емоційних порушень, але ПТСР більш специфічно характеризується симптомами повторюваного переживання та уникання. Крім того, наведено чіткі відмінності між ПТСР і такими станами, як ВДР, дисоціативні та психотичні розлади, що допомагає у точному діагностуванні та визначенні плану лікування. Окрім коморбідності з психічними розладами, ПТСР також може бути пов'язаний із проблемами зі сном, зокрема безсонням, кошмарами та обструктивним апное уві сні. Разом із тим особи з ПТСР мають підвищений ризик серцево-судинних і метаболічних порушень, що може бути зумовлено хронічним стресом і дисфункцією вегетативної регуляції (Matta et al., 2025). Розпізнавання цих коморбідних станів має вирішальне значення для комплексної допомоги, оскільки одночасне лікування ПТСР та супутніх соматичних захворювань може суттєво поліпшити загальні результати терапії.

Таблиця 2. Диференційна діагностика ПТСР

Діагноз	Особливості, що відрізняють від ПТСР
Розлади адаптації	Стресор може бути будь-якого типу або інтенсивності, а не лише такий, що відповідає критерію А для ПТСР
Інші посттравматичні розлади та стани	Якщо симптоми відповідають критеріям іншого психічного розладу у відповідь на сильний стрес, слід розглядати саме ці діагнози (замість ПТСР або разом із ним)
Гострий стресовий розлад	Симптоми обмежуються періодом від 3 днів до 1 місяця після впливу травматичної події
Тривожні розлади та обсесивно-компульсивний розлад	Не пов'язані з реальною травматичною подією: характерні рецидивні нав'язливі думки при ОКР; збудження та дисоціативні симптоми при панічному розладі; уникання, дратівливість, тривожність і занепокоєння при ГТР
Великий депресивний розлад	Не пов'язаний із травматичною подією, не включає критерії В або С ПТСР і не охоплює частину симптомів критеріїв D або E
Розлади особистості	Зазвичай виникають у підлітковому або ранньому дорослому віці (до 18 років); міжособистісні труднощі очікувані незалежно від травматичного досвіду
Дисоціативні розлади	Можуть передувати травматичній події або виникати незалежно від неї; можуть супроводжуватися симптомами ПТСР чи не мати таких збігів
Конверсійний розлад (розлад із функціональними неврологічними симптомами)	Нові неврологічні або соматичні симптоми, які не пояснюються соматичними або неврологічними причинами; однак у контексті посттравматичного дистресу можуть свідчити про ПТСР
Психотичні розлади	Флешбеки при ПТСР слід відрізняти від ілюзій, галюцинацій чи інших розладів сприйняття
Черепно-мозкова травма	Симптоми розладу, зумовленого стресом, і наслідки травматичного ураження мозку часто важко розрізнити, зважаючи на схожість їхніх проявів; однак повторюване переживання та уникання є більш характерними для ПТСР, а не для ЧМТ

Примітки: ОКР — обсесивно-компульсивний розлад.

Адаптовано за S. E. Matta et al. Assessment and management of posttraumatic stress disorder in primary care practices // Prim Care Companion CNS Disord, 2025; 27 (4): 24f03899

Чому може розвинутися ПТСР?

ПТСР пов'язаний зі змінами у нейрофізіології та анатомії головного мозку (ГМ), зокрема зі зменшенням об'єму гіпокампа та підвищеною активністю мигдалеподібного тіла. Такі зміни спостерігаються в осіб із хронічним перебігом ПТСР і, ймовірно, є наслідком тривалого впливу стресу, а не попередньо наявних факторів ризику. Медіальна префронтальна кора, яка забезпечує гальмівний контроль над емоційною реактивністю мигдалеподібного тіла, в осіб із ПТСР зазвичай має менші розміри й нижчу функціональну активність. Тобто система реагування на стрес спрацьовує неадекватно щодо стресових чинників чи травматичних подій. Це призводить до труднощів адаптації та відновлення після травми, що зумовлює порушення процесу згасання реакції страху (Sherin, Nemeroff, 2011). Крім того, розвиток ПТСР супроводжується змінами рівня нейротрофічного фактора ГМ, що свідчить про його роль у нейроадаптації, пов'язаній зі стресом (Ressler et al., 2022). Серед осіб із ПТСР можуть спостерігатися посилені

реакція переляку та розлади сну, пов'язані з підвищеною реактивністю симпатичної нервової системи (Friedman, McEwen, 2004). Порушення балансу між активністю симпатичної та парасимпатичної нервових систем спричиняє розвиток вегетативної дисфункції з підвищенням базальної активності та епізодичними надмірними навантаженнями на серцево-судинну систему (Edmondson, von Känel, 2017).

Гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь є провідною ланкою реагування організму на стрес. Гіпоталамус секретує кортикотропін-рилізінг-гормон, який зв'язується із рецепторами клітин гіпофіза, стимулюючи продукцію й вивільнення адренкортикотропного гормону. Останній транспортується до наднирників, де стимулює синтез і секрецію гормонів кори наднирників, зокрема кортизолу. Його вивільнення активує шляхи симпатичної нервової системи, запускаючи механізм негативного зворотного зв'язку із боку гіпоталамуса й передньої частки гіпофіза. Передбачається, що у пацієнтів із ПТСР згадана система негативного зворотного регулювання є дисфункціональною (Sherin, Nemeroff, 2011).

Схильність до виникнення ПТСР після травматичної події

Деякі метааналізи визначили емпірично підтверджені фактори ризику розвитку ПТСР, які зазвичай поділяють на пре-, пери- та посттравматичні (Sareen, 2014; APA, 2022):

1. *Претравматичні фактори ризику* — існують до настання травми і можуть впливати як на ризик, так і на стійкість до ПТСР. Вони включають ті, що передували травмі й пов'язані з темпераментом (тобто емоційні проблеми в ранньому дитинстві та попередні психічні розлади), середовищем (наприклад, низький соціально-економічний статус, низький рівень освіти, попередній досвід травми чи життєвих негараздів, нижчий рівень інтелекту, належність до расових або етнічних меншин, сімейний анамнез психічних розладів), а також із генетичними та фізіологічними чинниками (як-от жіноча стать та молодший вік на момент впливу травми серед дорослих).

2. *Перитравматичні чинники* — стосуються досвіду, що формується під час або безпосередньо після травматичної події, включно з емоційними, когнітивними та фізіологічними реакціями. Вони охоплюють також фактори навколишнього середовища (наприклад, тяжкість або глибину травми, сприйняття загрози життю, міжособистісне насильство, фізичне ушкодження) і пов'язані зі збільшенням ймовірності розвитку ПТСР. Для військовослужбовців додатковим ризиком є участь у насильницьких діях, свідчення звірств або вбивств противника.

3. *Посттравматичні фактори ризику* (наприклад, негативні судження та обмежені навички подолання, повторювані травматичні нагадування, подальші несприятливі життєві події) стосуються чинників, які виникають після травматичної події (APA, 2022). Ймовірність розвитку ПТСР у ветеранів, військовослужбовців та цивільних осіб в 2–3 рази вища після перенесеної легкої ЧМТ (Matta et al., 2022).

Окремі групи населення є особливо вразливими до наслідків травми і розвитку ПТСР. До них належать представники расових і сексуальних меншин, особи, які пережили сексуальне насильство, а також ті, хто мав несприятливий досвід у дитинстві (Marchi et al., 2023).

Дизайн спостереження наслідків несприятливого досвіду дитинства було розроблено на основі даних із середовища переважно представників європеїдної раси середнього класу в 1950-ті рр. Відтоді концепція травми еволюціонувала та зосередилася на кращому відображенні різноманіття досвіду представників меншин, малозабезпечених і міських спільнот, визнаючи ширший спектр життєвих негараздів і структурної нерівності, що впливають на довгострокові показники здоров'я. У США найвищу поширеність ПТСР протягом життя було описано серед представників афроамериканців, проміжну — латиноамериканців та європеїдів, найнижчу — осіб азійського походження. Крім того, було встановлено, що расова дискримінація та перитравматична дисоціація підвищують ризик розвитку ПТСР (Harb et al., 2023).

Перитравматична дисоціація — це складний процес дезорієнтації, деперсоналізації та дереалізації під час травматичної події. F. Harb et al. (2023) показали, що часті випадки расової дискримінації можуть підвищувати схильність до перитравматичної дисоціації за умови нових травматичних переживань і, відповідно, сприяти розвитку симптомів ПТСР. Порівняно з європеїдами, представники расових меншин рідше звертаються по допомогу через симптоми ПТСР, відтак лікування отримує менш ніж половина з них (Roberts et al., 2011).

Особи з анамнезом, обтяженим несприятливими подіями в дитинстві, також мають підвищену ймовірність розвитку ПТСР (Tabb et al., 2022; Zhang, Monnat, 2022). Опитувальник щодо негативного дитячого досвіду (ACE Questionnaire) — це інструмент, що дозволяє оцінити рівень фізичного, емоційного та сексуального насильства, а також глибину дисфункціональності в родині — наприклад, зловживання алкоголем або наркотиками, наявність батьків, які вдавалися до насильницької чи кримінальної поведінки, психічні захворювання в родині (Felitti et al., 1998). Деякі типи травматичного досвіду корелюють із більшою виразністю посттравматичних ознак, зокрема бойові травми та сексуальне насильство. Серед військових близько 20 % діагностованих випадків ПТСР пов'язані із сексуальною травмою, що стосується як чоловіків, так і жінок, незалежно від участі в бойових діях. На додаток, окремі травми можуть поєднуватися — наприклад, недбалість у догляді разом із сексуальним насильством (Guina et al., 2018).

Ускладнення, властиві ПТСР

Ускладнення ПТСР охоплюють численні аспекти життя, впливаючи на фізичне здоров'я, психологічний добробут, соціальні стосунки, і можуть призводити до самогубства. Поза ризиком суїциду, ПТСР асоційований із суттєвим погіршенням стосунків, професійного функціонування та загальної якості життя, призводячи до хронізації симптомів і підвищуючи ризик суїциду. Крім того, дослідження показують зв'язок між виразнішою посттравматичною симптоматикою і хронічними соматичними захворюваннями, зокрема серцево-судинними патологіями, метаболічною дисрегуляцією та деякими автоімунними розладами (Ryder et al., 2018).

Особи, які пережили травму, схильні до розвитку депресії, тривожності, підвищеної чутливості до відторгнення чи покинутості та труднощів у встановленні довіри (Matta et al., 2025). Це може порушувати психосоціальне

функціонування та призводити до подальшої ізоляції або нестабільних стосунків. Найглибшими є наслідки ранньої дитячої травми, оскільки вони можуть порушувати формування первинних прихильностей, особливо якщо доглядальник водночас є кривдником. Подальший досвід зумовлює у дитини змінене сприйняття себе, світу та викривлення довіри до інших (Dye, 2018).

Особи із ПТСР також схильні до суїцидальних думок і спроб самогубства з летальним наслідком. Тому рання ідентифікація та лікування пацієнтів із ПТСР є пріоритетом у запобіганні суїциду (Akbar et al., 2023). J.L. Gradus et al. (2023) оцінювали стан 163 жінок з анамнезом сексуального насильства та інших травматичних подій протягом життя, які внаслідок ПТСР отримували когнітивно-процесуальну терапію (КПРТ) або терапію пролонгованою експозицією (ТПЕ). Таке лікування дозволило суттєво знизити рівень суїцидального мислення, а досягнута позитивна динаміка зберігалася впродовж 5–10 років.

Серед інструментів для скринінгу суїцидальності у психіатричних відділеннях невідкладної допомоги в усьому світі застосовується колумбійська шкала тяжкості суїцидальних намірів (C-SSRS). Її прогностичну цінність продемонстровано щодо виявлення осіб із підвищеним ризиком суїциду протягом 1 тижня, 1 місяця та 1 року після проведеного скринінгу. Особи із показниками вище порогового рівня (> 3 балів; суїцидальні думки із зазначенням методу) мали приблизно вчетверо вищий ризик померти від спроби самогубства протягом 1 тижня та 1 місяця і вдвічі вищі шанси померти протягом року після скринінгу (Bjureberg et al., 2022).

Тривалість перебігу ПТСР

Через гетерогенну природу травми та різноманіття клінічних проявів тривалість перебігу ПТСР є надзвичайно варіабельною. У більшості осіб, які пережили травму, ПТСР не розвивається. Незважаючи на те що 70 % осіб протягом життя мають хоча б одну травматичну подію, глобальна поширеність ПТСР за цей період становить лише 3,9 %, тоді як за показниками у США — близько 6,1 % (Koenen et al., 2017; Goldstein et al., 2016). Майже половина осіб, стан яких відповідає критеріям ПТСР, одужують протягом трьох місяців (APA, 2022). Прояви ПТСР тривають менше (переважно три роки) у тих, хто проходить лікування (когнітивну, експозиційну терапію чи психофармакотерапію), ніж у тих, хто не отримує допомоги (у середньому п'ять років) (Grinage, 2003). За висновками Американської психологічної асоціації (APA, 2025), половина пацієнтів одужує після 15–20 сесій травмофокусованої психотерапії. У разі коморбідних розладів рекомендований триваліший курс лікування (APA, 2025). Темп, інтенсивність і тип психотерапії, орієнтованої на травму (наприклад, КПРТ, ТПЕ або терапія десенсибілізації та репроцесуалізації за допомогою руху очей [EMDR]), значно варіюють і визначаються симптоматикою пацієнта, його вподобаннями та стабільністю життєвих обставин.

Сексуальне насильство асоційоване із найвищим рівнем ПТСР: 75 % постраждалих відповідають критеріям ПТСР через один місяць після події. Через 3 та 12 місяців ці показники становлять 54 і 41 % відповідно (Dworkin et al., 2023). Такі результати вказують на потенційно критичний період відновлення протягом перших трьох місяців після травми. Після цього періоду триває процес згасання проявів травми,

але це відбувається значно повільніше, і симптоми можуть зберігатися протягом усього життя (APA, 2022).

Донині не визнано усталених критеріїв «одужання» та «рецидиву» проявів розладу після одужання. S.E. Matta et al. (2025) зазначають, що оцінювання тяжкості симптомів за допомогою стандартизованих шкал, зокрема PCL-5, є поширеною практикою, але немає єдності поглядів щодо тривалості або рівня зменшення проявів, необхідного для визначення стану як одужання чи ремісії. Дослідники також використовують різну термінологію для опису повернення симптомів ПТСР після їх попереднього нівелювання (наприклад, relapse — рецидив, reactivation — реактивація, resurgence — повторна поява) (Brooks, Greenberg, 2024).

Лікування пацієнтів із ПТСР

Клінічні настанови Міністерства у справах ветеранів США й Міністерства оборони США (VA / DoD, 2024) були розроблені на основі систематичного огляду масштабних клінічних та епідеміологічних баз даних і містять рекомендації щодо немедикаментозного й медикаментозного лікування осіб із ПТСР. Індивідуальні психотерапевтичні втручання наполегливо рекомендовані як пріоритетні порівняно з фармакологічними підходами. Для багатьох пацієнтів оптимальним є комбінування психо- та фармакотерапії, оскільки обидва підходи можуть бути ефективними при поєднанні. Попередні застереження щодо того, чи може медикаментозне лікування суттєво заважати залученню пацієнта до психотерапії або знижувати його ефективність, наразі не підтверджені: сучасні дані свідчать про результативність комбінованих підходів при веденні осіб із ПТСР (Matta et al., 2025).

До індивідуальних стандартизованих психотерапевтичних методів, спрямованих на опрацювання травми, належать КПРТ, EMDR-терапія та ТПЕ. У клінічній настанові VA / DoD (2024) наголошено, що наявність супутнього розладу, пов'язаного із вживанням ПАР або інших психічних розладів, не є протипоказанням до застосування цих видів лікування.

За свідченням експертів Національного інституту охорони здоров'я та досконалості медичної допомоги Великої Британії (NICE, 2018), через недостатню кількість переконливих доказів ефективності лікарських засобів у запобіганні розвитку ПТСР фармакотерапія для профілактики розвитку ПТСР після травми не рекомендована. Подібно до цього, фахівці VA / DoD (2024) не висловлюють рекомендацій «за» чи «проти» застосування медикаментозних або психотерапевтичних стратегій після впливу травми для запобігання розвитку ПТСР. Особам зі встановленим діагнозом ГСР доцільно пройти травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію.

За потреби медикаментозне лікування ПТСР зосереджується на застосуванні серотонінергічних засобів, зокрема селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) сертраліну та пароксетину, а також селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СІЗЗСН) венлафаксину (VA / DoD, 2024). Детальні дані про дозування, побічні ефекти та протипоказання наведено в таблиці 3. S.E. Matta et al. (2025) підкреслюють необхідність проведення подальших досліджень щодо можливості використання інших препаратів, оскільки наразі

немає вичерпних доказів «за» чи «проти» застосування альтернативних СІЗЗС або СІЗЗСН. Проте у багатьох клінічних настановах також йдеться про доцільність призначення флуоксетину при ПТСР (Martin et al., 2021).

Під час вибору препарату лікар має враховувати такі чинники, як:

- клінічна картина;
- фармакологічний анамнез;
- профіль небажаних побічних ефектів;
- потенційні медикаментозні взаємодії.

СІЗЗС часто є препаратами першої лінії завдяки значній кількості даних щодо їх безпеки, переносимості та ефективності. Якщо питання комплаєнсу пацієнта викликає сумніви, рекомендовано надавати перевагу флуоксетину, який має тривалий період напіввиведення. Для пацієнтів віком від 65 років або з підвищеним індексом маси тіла варто уникати призначень пароксетину, оскільки він має виразну антихолінергічну дію і призводить до збільшення маси тіла. Венлафаксин, попри можливе підвищення артеріального тиску, може бути корисним для пацієнтів із переважно нейровегетативними симптомами, враховуючи його вплив на норадреналін (Matta et al., 2025).

Тетрациклічний антидепресант міртазапін може застосовуватися для корекції порушень сну, пов'язаних із ПТСР, та супутніх симптомів депресії. Антигіпертензивний препарат празозин використовують для лікування пацієнтів із нічними кошмарами на тлі ПТСР. Однак у настанові VA / DoD (2022) празозин не відзначається як основний засіб для лікування ПТСР; також йдеться про те, що доказів «за» чи «проти» застосування міртазапіну недостатньо. Однак фахівці допускають використання празозину для пацієнтів із нічними кошмарами, пов'язаними з ПТСР (Raskind et al., 2018).

Попри дискусії щодо ефективності празозину за нічних кошмарів, він виявився дієвим у військовослужбовців і ветеранів. Пацієнти із виразнішою симпатичною активацією можуть мати вищу ймовірність відповіді на терапію празозином. Його антиадренергічна дія зменшує нічне підвищення рівня норадренергічної активності, що відіграє роль у розвитку травматичних кошмарів і стану гіперактивації при ПТСР. Відсутність ефекту, виявлена в окремих дослідженнях, може пояснюватися нижчим рівнем симпатичної активності в учасників (Raskind et al., 2018). Цю гіпотезу додатково підтверджують дані про ефективність празозину при травмо-асоційованому розладі сну, який характеризується гіперактивацією (Brock et al., 2019).

У систематичному огляді й метааналізі J. Guina et al. (2015) встановлено, що бензодіазепіни є неефективними для лікування та профілактики розвитку ПТСР, а ризики, пов'язані з їх застосуванням, переважають короткострокові переваги. Зокрема, призначення препаратів супроводжується поглибленням тяжкості проявів ПТСР, більшою ймовірністю розвитку ПТСР у разі приймання після недавньої травми, гіршими результатами психотерапії, агресивністю, депресією та зловживанням ПАР.

Пропранолаол із групи β -адреноблокаторів досліджується як засіб для запобігання переходу гострої стресової реакції у хронічний ПТСР шляхом модифікації реакції страху та процесу реконсолідації пам'яті (Mallet et al., 2022). Проте вказаний вектор клінічної ефективності пропранолаолу

Таблиця 3. Фармакотерапія пацієнтів із ПТСР

Препарат	Механізм дії	Стандартне дозування	Показання / доказова база	Поширені побічні ефекти	Серйозні реакції	Застереження / інша інформація
Сертралін*	СИЗЗС	50–200 мг перорально щодня; для кращої переносимості можна починати із нижчої дози (наприклад, 25 або навіть 12,5 мг), поступово підвищуючи її	ПТСР, ВДР, ОКР, панічний розлад, ПМДР, соціальний тривожний розлад	Стомлюваність, седативний ефект, тривожність, збудження, гіперактивність, нудота, діарея, збільшення або зменшення маси тіла, тремор, сексуальна дисфункція, сухість у роті, закріп, серцебиття, лихоманка, біль у суглобах	Гіпоманія / манія, суїцидальність, загострення депресії, серотоніновий синдром, СНАДГ, кровотечі, ССД, ТЕН, гіпонатріємія, гіпоглікемія, пріапізм, аритмія, подовження інтервалу QT, рабдоміоліз, гепатотоксичність, синдром відміни	Інгібує СYP450 2D6 та 3A4
Пароксетин*	СИЗЗС	10–60 мг перорально щодня; представлені лікарські форми із негайним та пролонгованим вивільненням	ПТСР, ВДР, ОКР, розлад соціальної тривоги, ГТР, ПМДР, вазомоторні симптоми, панічний розлад	Седация, безсоння, тривожність, збудження, нудота, діарея, збільшення маси тіла, тремор, сексуальна дисфункція, сухість у роті, серцебиття	Гіпоманія / манія, суїцидальність, загострення депресії, серотоніновий синдром, СНАДГ, кровотечі, ССД, ТЕН, глаукома, гіпонатріємія, гіпоглікемія, судоми, пріапізм, екстрапірамідні побічні ефекти, анафілаксія, синдром відміни	Інгібує СYP450 2D6; потребує визначення базового рівня креатиніну, оскільки в осіб із вираженою нирковою недостатністю (КК < 30 мл/хв) або печінковою недостатністю є підвищення плазмової концентрації пароксетину; у таких випадках дозу слід зменшувати до нижньої межі діапазону дозування
Венлафаксин* (призначається за ПТСР поза затвердженими показаннями)	СИЗЗСН, також інгібує зворотне захоплення дофаміну	75–225 мг перорально щодня, стандартна доза — 150 мг препарату з пролонгованим вивільненням; для забезпечення оптимальної переносимості можна починати з нижчої дози (наприклад, 37,5 мг), поступово підвищуючи її	ВДР, ГТР, розлад соціальної тривоги, панічний розлад; поза затвердженими показаннями: профілактика мігрені, діабетична нейропатія, фіброміалгія, ПТСР, ОКР, РДУГ, ПМДР	Головний біль, яскраві сновидіння, нудота, закріп, діарея, зниження ваги, надмірне потовиділення, тривожність, збудження, позіхання, сексуальна дисфункція, знижене лібідо	Гіпоманія / манія, суїцидальність, серотоніновий синдром, СНАДГ, кровотечі, гематологічні розлади (дискразія), ССД, ТЕН, мультиформна еритема, гіпонатріємія, судоми, гіпертензія, аритмія, подовження інтервалу QT, панкреатит, гепатотоксичність, синдром відміни	За дозування > 225 мг здатен підвищувати артеріальний тиск; метаболізується печінковим СYP450 2D6 (переважно) і 3A4; має активний метаболіт (дезвенлафаксин)

Примітки: * Усі антидепресанти слід застосовувати з обережністю, враховуючи підвищення ризику суїцидальності («black box»). РДУГ — розлад із дефіцитом уваги та гіперактивністю; СYP450 — цитохром P450; СYP450 1A2, 2D6, 3F4 — ізоферменти цитохрому P450; ОКР — обсесивно-компульсивний розлад; ССД — синдром Стівенса — Джонсона; СНАДГ — синдром неадекватної секреції антидіуретичного гормону; ТЕН — токсичний епідермальний некроліз.

Адаптовано за S.E. Matta et al. Assessment and management of posttraumatic stress disorder in primary care practices // Prim Care Companion CNS Disord, 2025; 27 (4): 24f03899

залишається невизначеним, оскільки чинники, як-от ліпофільність, проникнення через гематоенцефалічний бар'єр і особливості вегетативної регуляції, ускладнюють результати терапії. S.E. Matta et al. (2025) підкреслюють, що β-адреноблокатори не є стандартним методом лікування, але вони можуть бути корисними для пацієнтів із домінуванням проявів гіперактивації або вегетативної дисрегуляції, але для підтвердження їх довгострокової ефективності необхідні подальші дослідження.

Скерування пацієнта із ПТСР на консультацію до фахівця

Лікарі первинної ланки часто є першими спеціалістами медичної служби, які виявляють травму і встановлюють діагноз ПТСР. Відповідно до клінічних настанов,

пацієнтів слід скеровувати до фахівців служб спеціалізованої допомоги, зокрема терапевтів, які пройшли підготовку із травмоінформованого підходу та застосовують стандартизовані, доказові методи лікування, такі як КПРТ, ТПЕ та EMDR-терапія, якщо вказані методи недоступні на рівні системи первинної допомоги (VA / DoD, 2022; NICE, 2018).

Для дорослих осіб, які перенесли травматичну подію протягом останнього місяця, але демонструють субклінічні прояви ГСР або ПТСР, рекомендоване динамічне спостереження для визначення потреби у втручанні. Для дітей та осіб віком до 18 років у подібній ситуації доцільним є скерування для отримання травмофокусованої терапії або активного спостереження (NICE, 2018).

Оскільки пацієнти із ПТСР мають підвищений ризик самогубства, в ситуаціях високого ризику слід оцінювати безпеку, включно зі скринінгом на суїцидальний ризик та визначенням ступеня термінової небезпеки (наприклад, за допомогою шкали C-SSRS). У разі підозри на гострий високий ризик суїциду, нездатність потурбуватися про власну безпеку або за потреби у кризовій стабілізації, лікар первинної ланки має негайно скерувати пацієнта до відділення невідкладної допомоги (Matta et al., 2025). За необхідності тимчасового утримання пацієнта під наглядом або примусової госпіталізації варто розглянути скерування до психіатричних кризових служб чи місцевих психіатричних відділень невідкладної допомоги. Для осіб, які не потребують негайної госпіталізації, може бути запропонований метод планування безпеки Стенлі – Брауна – короткостроковий підхід співпраці клініциста й пацієнта групи ризику, який допомагає розробити індивідуальні стратегії подолання кризових ситуацій та актуалізувати ресурси підтримки.

Поширеність ПТСР серед працівників сфери охорони здоров'я

Рівень ПТСР серед медичних працівників варіює залежно від спеціальності та умов роботи. За даними J. Sendler et al. (2016), до основних стресорів, ідентифікованих у дослідженнях ПТСР, що пов'язаний із медичною діяльністю, належать:

- лікування пацієнтів із травмами;
- робота в зонах бойових дій;
- високий рівень стресу під час інтерв'ю;
- практика в сільських регіонах.

Серед медсестер, у котрих був встановлений діагноз ПТСР, частими подіями, що передували розвитку симптомів, були: надання допомоги пацієнтам із масивними кровотечами, тяжкими травмами, спостереження за смертю пацієнтів та участь в лікуванні осіб із термінальними або критичними станами (Mealer et al., 2009).

Згідно із систематичним оглядом і метааналізом M. Kamra et al. (2024), зосередженими на вивченні поширеності ПТСР серед лікарів під час пандемії COVID-19, найбільше симптомів виявлено серед лікарів сімейної медицини та невідкладної допомоги. Загальна частота ПТСР з-поміж лікарів усіх спеціальностей становила 18,3 %, із такими показниками за окремими напрямками: реанімація / інтенсивна терапія — 14,8 %, хірургія травм — 15 %, анестезіологія — 16,1 %, внутрішня медицина — 21,9 %, отоларингологія — 23 %, невідкладна медицина — 23,4 %, сімейна медицина — 31,4 %. Встановлено, що рівень ПТСР серед лікарів-стажистів вищий, ніж серед штатних лікарів (31 vs 24,7 %). У більш ранньому дослідженні M. Mealer et al. (2009) зазначено, що поширеність ПТСР серед медсестер, за результатами опитувань, становила 18 %. Показано, що під час пандемії COVID-19 рівень ПТСР з-поміж працівників відділень інтенсивної терапії значно зріс порівняно із допандемічним періодом — із 3–24 до 16–73 % (Deltour et al., 2023). Серед жінок-лікарів рівень поширеності ПТСР є вищим, що узгоджується з даними для загальної популяції; так, жінки мають вдвічі більшу ймовірність розвитку ПТСР протягом життя, ніж чоловіки (Kamra et al., 2024). Частота ПТСР серед військових медпрацівників подібна

до такої серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, — до 20 % (Nash et al., 2009).

Клінічний випадок: діагностично-лікувальний план

Після травматичної події, що відбулася менш ніж за місяць до звернення, клінічний стан пацієнта А. відобразив симптоми ГСР. Його тривога, нічні кошмари, безсоння і труднощі з переробкою травматичного досвіду свідчили про розлади адаптації до психологічних наслідків аварії. Пацієнтові було роз'яснено, що частина його емоційного дистресу є нормальною реакцією на травму, і це сприяло полегшенню стану. Після подальшої діагностики й застосування технік, спрямованих на зменшення тривожності та надання психологічної підтримки, самопочуття чоловіка поступово поліпшилося.

Для усунення тривожного стану пацієнтові було призначено сертралін із поступовим підвищенням дози до 100 мг/добу, а також рекомендовано індивідуальну психотерапію під керівництвом фахівця із КПРТ. Стан чоловіка суттєво покращився на тлі підтримувальної терапії зі щотижневими зустрічами з терапевтом. Для усунення нічних кошмарів і безсоння було призначено празозин із титруванням дози до 5 мг перед сном, що сприяло зменшенню цих проявів. З огляду на супутні больові симптоми, пацієнт став отримувати габапентин по 600 мг тричі на добу, що також дало позитивний ефект. Загалом індивідуальна лікувальна тактика для підтримання фізичного відновлення, а також емоційної та психологічної адаптації після травми поєднувала фармакологічні методи контролю болю і психотерапію.

Висновки

Завершуючи огляд, S.E. Matta et al. (2025) представили основні клінічні положення, важливі для цілісного розуміння феномену ПТСР та ведення пацієнтів із цим діагнозом та психосоматичними проявами.

1. ПТСР діагностується за наявності чотирьох кластерів симптомів: інтрузії, уникання, порушення когнітивних функцій і настрою, а також змін у збудженні та реактивності. Встановлення діагнозу має ґрунтуватися на використанні клініцистом валідованих структурованих інструментів.

2. Діагностика ПТСР може бути ускладнена коморбідними станами, як-от ГТР, ВДР, розлади, пов'язані із вживанням ПАР, а також іншими психічними чи соматичними порушеннями, зокрема безсонням, обструктивним апное уві сні, серцево-судинними та метаболічними захворюваннями.

3. ПТСР і легка ЧМТ часто співіснують; вони спостерігаються майже у половині військовослужбовців і ветеранів.

4. Скринінг і своєчасне лікування є важливими для осіб із ПТСР, оскільки вони мають підвищений ризик суїцидальних думок, спроб самогубства та смерті від суїциду.

5. У клінічній настанові VA / DoD (2022) наголошено рекомендовано індивідуальну психотерапію як метод першої лінії порівняно із фармакологічними втручаннями — зокрема когнітивно-процесуальну терапію та EMDR-терапію.

Підготувала **Наталія Савельєва-Кулик**