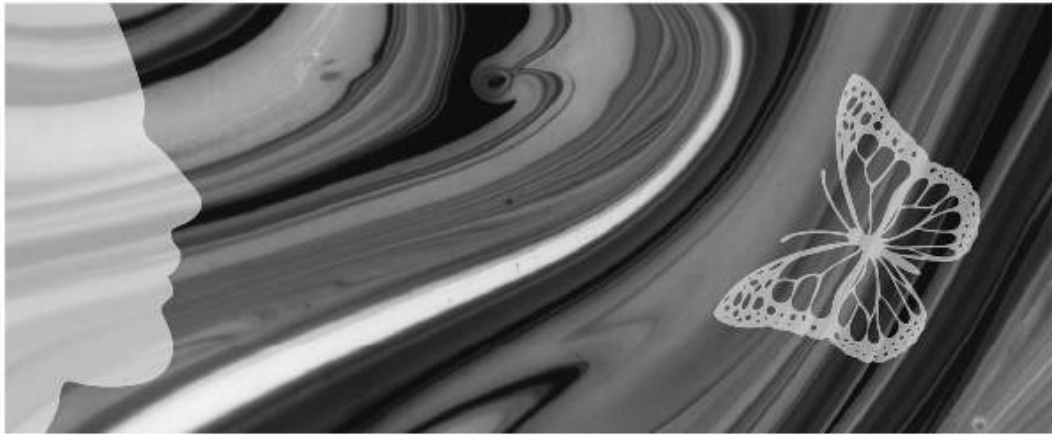


**Реакція на важкий стрес та  
розлади адаптації.  
Посттравматичний стресовий  
розлад: навчальний посібник**

Воєнні дії, що тривають із лютого 2022 р. в Україні, мали негативний вплив на пацієнтів зі стресовими розладами, які потребують спеціалізованої та високофахової медичної допомоги.

У навчальному посібнику подано систему надання медичної допомоги пацієнтам із гострим стресовим розладом (ГСР), посттравматичною стресовою реакцією (ПТСР) та розладами адаптації (РА). Широко розкрито діагностичний підхід, який використовують у галузі психічного здоров'я. Верифіковано психодіагностичні уміння, наявність та ступінь тривоги, безсоння, суїцидальні тенденції, систематизовані шкали та методи обстеження у зручному форматі. У посібнику виконано порівняння останньої Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду з описаною попередньою класифікацією. Наводяться основні клінічні прояви, диференціальна діагностика, сучасна терапія ГСР, ПТСР, РА на основі клінічного досвіду та аналізу світової медицини.

Книга призначена для психологів, психіатрів, студентів магістерського рівня, аспірантів цього профілю.



Л.О. ГЕРАСИМЕНКО, А.М. СКРИПНИКОВ, Р.І. ІСАКОВ

# РЕАКЦІЯ НА ВАЖКИЙ СТРЕС ТА РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

РЕКОМЕНДОВАНО  
до видання вченою радою Полтавського  
державного медичного університету

---

Київ  
ВСВ «Медицина»  
2023

УДК 616.89  
ББК 56.14я73  
Г37

*Рекомендовано до видання  
вченою радою Полтавського державного медичного університету  
(протокол № 10 від 15 червня 2022 року)*

**Автори:**

*Герасименко Лариса Олександрівна* — доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету;

*Скрипніков Андрій Миколайович* — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету;

*Ісаков Рустам Ісроілович* — доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету

**Рецензенти:**

*Пишук Наталія Григорівна* — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України;

*Рахман Людмила Володимирівна* — доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

*Дельва Михайло Юрійович* — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою Полтавського державного медичного університету

**Герасименко Л.О.**

Г37 Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : навч. посіб. / Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, Р.І. Ісаков. — К. : ВСВ «Медицина», 2023. — 120 с.  
ISBN 978-617-505-921-0

Навчальний посібник рекомендовано для поглибленого вивчення студентами медичних, педіатричних та стоматологічних факультетів медичних закладів вищої освіти, лікарів-інтернів фаху «Психіатрія та наркологія», а також може бути використаний магістрами та аспірантами фаху «Психіатрія та наркологія», «Психотерапія» та «Медична психологія».

Для психологів, психіатрів, студентів магістерського рівня, аспірантів цього профілю.

УДК 616.89  
ББК 56.14я73

ISBN 978-617-505-921-0

© Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков,  
Р.І. Ісаков, 2023  
© ВСВ «Медицина», оформлення, 2023

# Зміст

Список скорочень .....	5
Вступ .....	6
Глава 1. <b>Дефініції</b> .....	7
Динаміка переживання травматичної ситуації .....	8
Механізми формування психічних травм .....	9
Глава 2. <b>Гострі реакції на стрес</b> .....	11
Класифікація за МКХ-10 .....	11
Класифікація за МКХ-11 .....	12
Клінічна характеристика гострих реакцій на стрес .....	14
Розвиток травматичного стресу .....	15
Діагностика ГСР .....	16
Перша психологічна допомога при ГСР .....	17
Глава 3. <b>Розлади адаптації</b> .....	22
Класифікація за МКХ-10 .....	22
Класифікація за МКХ-11 .....	23
Клінічна характеристика .....	24
Діагностика РА .....	28
Шкала для комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах .....	29
Терапія розладів адаптації .....	33
Глава 4. <b>Посттравматичний стресовий розлад</b> .....	38
Класифікація за МКХ-10 .....	38
Класифікація за МКХ-11 .....	39
Діагностика комплексного ПТСР .....	39
Клінічна характеристика .....	40
Діагностика ПТСР .....	44
Шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS-5) .....	46
Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) .....	47
Шкала оцінювання тривоги Гамільтона (HAM-A) .....	47
Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) .....	48
Шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Rating Scale for Depression; HDRS) .....	51
Шкала депресії Гамільтона (HAM-D) .....	52
Інтерпретація .....	56

Піттсбурзький індекс якості сну (Pittsburg Sleep Quality Index, PSQI).....	56
Піттсбурзький індекс якості сну (PSQI).....	57
Оцінка PSQI.....	59
Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (цивільний варіант).....	62
Шкали оцінки впливу травматичної події ШОВТП (Impact of Event Scale – IOES).....	67
Опитувальник травматичного стресу (ОТС).....	70
Шкала депресії Бека (Beck’s Depression Inventory, BDI).....	82
Інтерв’ю з діагностики ПТСР PSS-I PTSD (Symptom Scale Interview).....	86
Опитувальник симптомів ПТСР PCL (PTSD Checklist).....	87
Опитувальник якості життя (SF-36).....	89
Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim (в адаптації Л.І. Васермана).....	96
Тест-методики.....	97
Терапія посттравматичного стресового розладу.....	100
Фармакотерапія ПТСР.....	105
Література.....	<b>111</b>

## Вступ

---

Інтерес до різноманітних аспектів психічних розладів стресогенної природи періодично підживлюється соціальними катаклізмами, що викликають збільшення кількості пацієнтів відповідного профілю. На жаль, війна в Україні вплинула на появу великої кількості осіб, що отримали важку психотравму та потребують своєчасної, сучасної та ефективної медичної допомоги як на первинній ланці, так і на етапах спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Предикторами виникнення та формування травматичних стресових розладів є не тільки безпосередня участь у бойових діях, але й соціальні пертурбації в осіб, що вимушено залишили свою домівку та стали біженцями чи внутрішньо переміщеними особами (ВПО). Причинами дистресу, що призводять до розвитку порушень адаптації, є зміна звичного середовища: незвичні умови життя, переміщення як всередині країни, так і переїзд до іншої держави, зміна мовного середовища та як наслідок — бар'єр під час спілкування, зміна культурних та релігійних традицій. За оцінками ООН, щонайменше 11,7 млн осіб змушені залишити свої домівки через воєнні дії на території України, з яких 5,5 млн знайшли прихисток за межами України, а 6,2 млн — переїхали до регіонів всередині країни. Майже всі ці люди потребують психологічної допомоги різного характеру, але обсяг і якість ресурсів, що можуть бути їм надані, на жаль, обмежені.

Травматичні стресові розлади дуже часто трапляються у практиці лікарів усіх спеціальностей, починаючи з первинної ланки надання медичної допомоги, при цьому очевидною є гіподіагностика даної патології та недостатнє забезпечення пацієнтів необхідною клініко-психопатологічною та психотерапевтичною допомогою.

Проблема вдосконалення системи надання медичної допомоги пацієнтам із гострим стресовим розладом (ГСР), посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та розладами адаптації (РА) є пріоритетним завданням під час воєнних дій в Україні.

У пропонованому посібнику наведено діагностичні підходи до гострого стресового розладу, посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації, описані методи психодіагностичного обстеження за кожною нозологією, що дає можливість верифікувати наявність та ступінь тривоги, депресії, безсоння, суїцидальних тенденцій. Подано класифікації МКХ-10 та МКХ-11 із тлумаченням змін. Викладено клінічну характеристику гострого стресового розладу, посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації, наведено алгоритм надання першої психологічної допомоги відповідним пацієнтам і описані схеми диференційованої терапії з ретельним описанням психотерапевтичних методів та фармакотерапії.

## Глава 3

# РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ

*Розлади адаптації (РА)* — стани суб'єктивного дистресу, що виникають у період адаптації до стресових подій і вагомих змін життєвого укладу, заважаючи продуктивності соціального функціонування. Феноменологічно межі розладів адаптації охоплюють широкий спектр станів короточасних стресових реакцій тривалістю від одного до шести місяців.

*Етіологічні чинники.* Типовими причинами дистресу, що призводять до розвитку порушень адаптації, є зміна звичного середовища (невідповідні, незвичні умови життя, переміщення як всередині країни, так і переїзд до іншої держави, зміна мовного середовища та як наслідок — бар'єр під час спілкування, зміна культурних та релігійних традицій), трансформація соціального статусу (негативні зміни в соціальному стані, зміна професійної діяльності, невідповідність між освітнім рівнем та вимушеним працевлаштуванням), нозогенні (у тому числі ятрогенні) впливи, розлука зі значимими людьми, тривалі негативні емоції, такі як тривога, переживання страху, гніву.

Для пацієнтів з РА визначальним у кожному випадку є не контекст впливу психотравми, а індивідуальна значимість психогенії.

### Класифікація за МКХ-10

*Розлад адаптації (F43.2)* кодується в рамках діагностичної рубрики «Реакції на тяжкий стрес і адаптаційні розлади».

А. Розвиток симптомів відбувається протягом місяця після дії стресора, що не має катастрофічного характеру.

Б. Розвиваються симптоми, схожі на F30—F39 (за винятком маячення і галюцинацій), F40-F48 і F91, але не виконуються необхідні критерії для цих конкретних розладів.

Домінуючі характеристики симптомів кодуються п'ятим знаком:

*F43.20 Коротка депресивна реакція*

Минучий легкий депресивний стан, тривалістю не більше місяця.

*F43.21 Пролонгована депресивна реакція*

Легкий депресивний стан, результат пролонгованої (не більше двох років) дії стресу.

*F43.22 Змішана тривожна і депресивна реакція*

Симптоми тривоги і депресії чітко виражені, але за рівнем не вище, ніж визначено для змішаного тривожного й депресивного розладу (F41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F41.3).



*F43.23 Розлад адаптації з переважанням розладів інших емоцій*

Спостерігаються симптоми кількох типів емоцій (тривога, депресія, занепокоєння, напруженість, гнів тощо). При цьому тривога і депресія можуть відповідати критеріям F41.2 або F41.3, але вони не настільки домінують, щоб бути підставою для діагностики інших більш специфічних депресивних чи тривожних розладів. До цієї категорії також відносять реакції у дітей, коли присутня регресивна поведінка, така як енурез або смоктання пальців.

*F43.24 Розлад адаптації з переважанням порушень поведінки*

Основне порушення зачіпає поведінку. Наприклад у підлітків реакція горя проявляється агресією чи асоціальною поведінкою.

*F43.25 Розлад адаптації зі змішаними розладами емоцій і поведінки*

Емоційні симптоми та порушення поведінки чітко виражені.

*F43.28 Розлад адаптації з іншими уточненими переважаними симптомами*

В. Симптоми не тривають більше шести місяців після припинення дії стресу, за винятком F43.21. Проте відсутність цього критерію не перешкоджає попередньому діагнозу.

*Включено: культурний шок, реакція горя, госпіталізм у дітей.*

*Виключено: викликаний розлукою тривожний розлад у дітей (F93.0).*

Водночас, особливо в юнацькому віці, можуть приєднуватися розлади поведінки. Характерною рисою може бути коротка або тривала депресивна реакція чи інші порушення емоцій та поведінки.

## Класифікація за МКХ-11

*Розлад адаптації (6B43РА)* за МКХ-11 кодуються в рамках діагностичної рубрики «Психічні та поведінкові розлади».

Дезадаптивна реакція на певний психосоціальний стресор або численні стресові фактори (розлучення, інвалідизація, соціально-економічні проблеми, конфлікти вдома чи на роботі), яка зазвичай виникає протягом місяця після стресу.

Занурення у стрес або його наслідки, включаючи занепокоєння, періодичні та тривожні думки про стресор чи постійні роздуми про його наслідки, а також неспроможність адаптуватися до стресора, що спричиняє значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній сферах соціального функціонування.

Симптоми не мають достатньої специфічності чи вираженості для того, щоб обґрунтувати діагноз іншого психічного чи поведінкового розладу і зазвичай редукуються протягом 6 місяців, за умови якщо стресор не зберігається протягом більш тривалого часу.

## Клінічна характеристика

Клінічні прояви розладів адаптації на етапі розгорнутих проявів надзвичайно індивідуальні та варіабельні, за своєю структурою нагадують «айсберг» із верхівкою, що хоч і добре помітна, але насправді є лише малою часткою загального масиву проблематики. Доволі типовим є домінування тривожної і депресивної симптоматики, що ускладнює первинну діагностику.

Залежно від особливостей домінуючої симптоматики в рамках розладів адаптації можна умовно виокремити 2 основні клінічні варіанти: емоційний та поведінковий. При цьому варіант з переважанням в клінічній картині РА емоційних порушень можна розділити на тривожний, депресивний і змішаний (рис. 3).

*Депресивний варіант* характеризується зниженням фону настрою до субдепресивного чи депресивного рівня легкого ступеня, з елементами депресивної оцінки себе, навколишнього середовища та майбутніх перспектив. Відзначаються періодично відчуття пригнічення, смутку, суму, сльозливість. Пригнічений стан супроводжується емоційною нестійкістю, фіксацією на негативних сторонах та подіях свого життя. Наявні відчуття безвиході, самотності, безпорадності, безпомічності, залежності від навколишніх обставин та людей. Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб та вимог, зменшенням мотивації до трудової діяльності. Думки пацієнта переважно скеровані на негативні події свого життя, на своє-

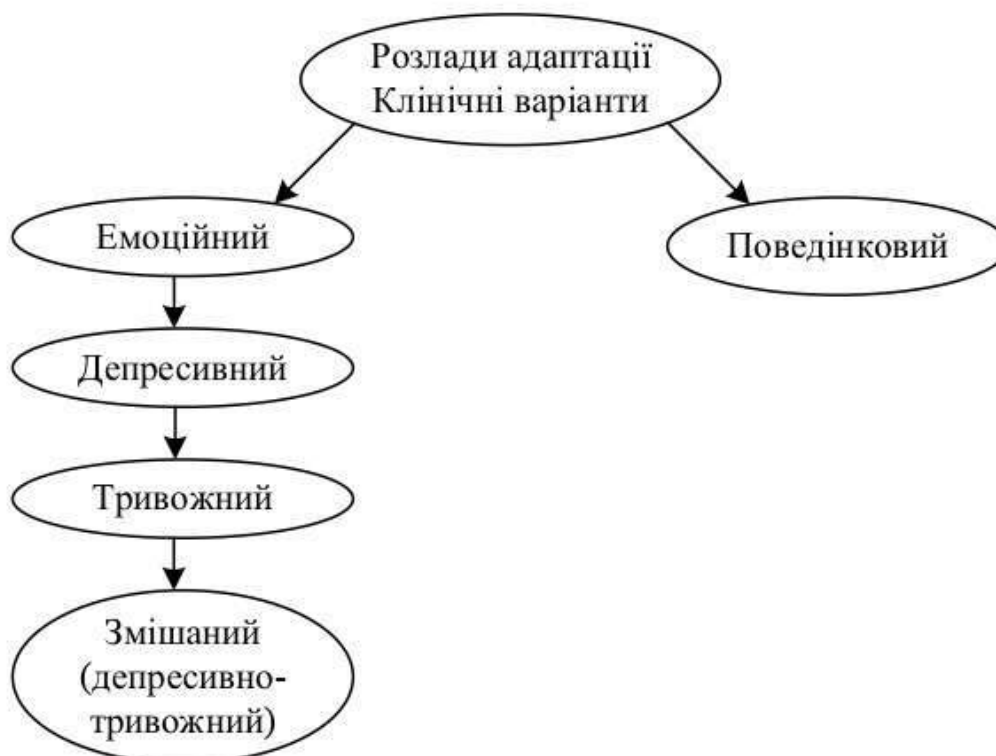


Рис. 3. Клінічні варіанти розладів адаптації

му поточному стані, але вони не сягають ступеня безвиході та приреченості. Відзначається певне звуження кола постійних інтересів і захоплень. Стосунки з родиною, близькими набувають відтінку пасивності та байдужості. Наявні скарги на порушення концентрації уваги, важкість прийняття рішень, зниження рівня спонукань. У клінічній картині має місце млявість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності та пасивності.

*Тривожний варіант* характеризується немотивованою напруженістю, відчуттям психічного та фізичного дискомфорту, побоюваннями та хвилюваннями, що спроектовані на майбутнє. Спостерігається загальна стурбованість, нервозність, неможливість розслабитися, відчуття внутрішнього тремтіння чи «дискомфорт» і «тиск» у грудях, епізодичні відчуття безпредметної тривоги, неспокійного очікування поганих новин, лиха, неприємностей, побоювання за себе та своїх близьких. Тривожні думки, що виникають, сприяють виникненню розладів сну. Відзначаються труднощі із засинанням, порушенням глибини сну та його тривалості. Спостерігається схильність до рефлексії, що проявляється у сумнівах правильності своєї поведінки, невпевненості у своїх здібностях, нерішучості. Фіксуються спалахи дратівливості, нервозності, які спрямовані на самого себе. Провідне місце в клінічній картині посідають соматовегетативні порушення у вигляді запаморочення, головного болю, блідості чи почервоніння шкіри, лабільності АТ, тахікардії, відчуття оніміння чи похолодіння кінцівок, припливів жару чи холоду, підвищеної піглівості, відчуття клубка в горлі, нудоти. Має місце також виражена астенична симптоматика, що характеризується проявами розбитості та дратівливої слабкості, неуважності та незібраності, швидкої втомлюваності та виснажливості, гіперстенічних реакцій на зовнішні подразники.

*Змішаний варіант (тривожно-депресивний)* характеризується поєднанням клінічних ознак тривожного та депресивного варіантів. Тривожні та депресивні порушення при РА не сягають того ступеня, який би надав можливість діагностувати інший депресивний чи тривожний психічний розлад психогенної природи. Відмінністю клінічного прояву тривожного компоненту є поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги у вигляді тривожних думок, побоювань, страхів, спрямованих у майбутнє. Водночас може відзначатися велика кількість скарг соматовегетативного характеру. Порушення сну характеризуються тривалим періодом засинання, коли пацієнт не може позбутися неприємних і тривожних думок, з частими пробудженнями вночі.

*РА з порушенням поведінки* характеризуються надмірною збудливістю та дратівливістю, нервозністю та короткочасними ситуаційно обумовленими реакціями гніву, образи, агресії, що супроводжуються непродуктивною метушливістю, недоцільною активністю та конфліктною поведінкою. Характерними симптомами є нетерпимість, роздратування,

## Рекомендована література



Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник



Вступ до психіатрії та психоаналізу. Просто про складне



Невідкладна допомога в психіатрії та наркології



Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій: навчальний посібник



Протокол Хашимото. 90-денна програма відновлення здоров'я щитоподібної залози



Ліки під ногами! Про лікування рослинами

Перейти до категорії  
**Психіатрія. Наркологія**

**ridmi**  
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

**КУПИТИ**