

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ УКРАЇНСЬКИЙ  
КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На права рукопису,  
остаточна версія

**Гручман Євген Павлович**  
**«Особливості застосування методів КПТ у наданні психологічної  
допомоги особам із ПТСР: системний огляд»**

Спеціальність 053 – Психологія  
Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

**Кафедра клінічної психології**  
**Науковий керівник**  
Ніздрень О.  
доцент кафедри клінічної  
психології УКУ,  
кандидат психологічних наук

---

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2023

Гручман Є.П. Назва магістерського проєкту: «Особливості застосування методів КПТ у наданні психологічної допомоги особам із ПТСР: системний огляд». Магістерська робота за спеціальністю -53 «Психологія» / Є. П. Гручман/ Український католицький університет. Кафедра клінічної психології; Наук. керівник: доцент кафедри клінічної психології УКУ, кандидат психологічних наук Ніздрань О. – Львів: УКУ 2023. 85 с.

### **Анотація:**

У цьому системному огляді досліджується ефективність застосування методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у наданні психологічної допомоги особам з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). У дослідженні проведено теоретичний аналіз доцільності, ефективності та впровадження методів КПТ при ПТСР, включаючи вивчення поняття ПТСР, факторів, що сприяють його виникненню, та причин. Проведено комплексний огляд літератури з метою вивчення особливостей та застосування методів КПТ для осіб з ПТСР, що дозволило перевірити початкові гіпотези, сформульовані в дослідженні.

У теоретичному розділі розглянуто особливості психологічних та психотерапевтичних інтервенцій у КПТ, окреслено історичний розвиток КПТ як ефективного підходу у наданні психологічної підтримки. У розділі також представлено огляд наукових публікацій щодо ПТСР, досліджено його розвиток та негативний вплив на загальне благополуччя людини, а також визначено основні інтервенції, що застосовуються в КПТ для осіб з ПТСР.

Під час літературного пошуку було виявлено 42 статті за темою дослідження, з яких 12 відповідали визначеним критеріям включення та виключення. У третьому розділі представлено якісний аналіз цих статей, що дозволяє з'ясувати рівень ефективності інтервенцій КПТ для осіб з ПТСР та сприяти розумінню їхньої дієвості.

У ході дослідження було успішно досягнуто поставленої мети та виконано поставлені завдання. Відповідно до гіпотез дослідження, в інтервенціях КПТ для осіб з ПТСР спостерігалися позитивні результати, з різною ефективністю

залежно від тяжкості та інтенсивності симптомів, а також, в окремих випадках, від зовнішніх чинників. Таким чином, сформовано комплексне уявлення про особливості та ефективність методів КПТ у наданні психологічної допомоги особам з ПТСР.

Результати дослідження мають практичне значення та цінність для психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, психіатрів та інших фахівців, які надають допомогу особам, що мають симптоми ПТСР та звертаються за допомогою. Крім того, якісний теоретичний та літературний аналіз висвітлив важливість подальших досліджень в українському контексті, впровадження моделей та етапів, запропонованих у цьому дослідженні, а також поширення наукових публікацій, заснованих на практичному досвіді, для підвищення обізнаності фахівців щодо методів та ефективності технік КПТ у роботі з особами, які страждають на ПТСР.

**Ключові слова:** когнітивно поведінкова терапія, посттравматичний стресовий розлад, психологічна допомога, фактори схильності, ефективність, психологічні інтервенції

**Abstract:**

This systematic review examines the effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) in providing psychological care to people with post-traumatic stress disorder (PTSD). The study conducts a theoretical analysis of the feasibility, effectiveness and implementation of CBT methods for PTSD, including the study of the concept of PTSD, factors contributing to its occurrence and causes. A comprehensive literature review was conducted to study the features and application of CBT methods for people with PTSD, which allowed testing the initial hypotheses formulated in the study.

The theoretical section discusses the features of psychological and psychotherapeutic interventions in CBT, outlines the historical development of CBT as an effective approach to providing psychological support. The chapter also provides an overview of scientific publications on PTSD, explores its development and negative

impact on the overall well-being of a person, and identifies the main interventions used in CBT for people with PTSD.

The literature search identified 42 articles on the topic of the study, of which 12 met the inclusion and exclusion criteria. The third section presents a qualitative analysis of these articles, which allows us to determine the level of effectiveness of CBT interventions for people with PTSD and to contribute to the understanding of their effectiveness.

The study successfully achieved its goal and fulfilled its objectives. According to the research hypotheses, positive results were observed in CBT interventions for people with PTSD, with varying effectiveness depending on the severity and intensity of symptoms, as well as, in some cases, on external factors. Thus, a comprehensive picture of the features and effectiveness of CBT methods in providing psychological care to people with PTSD has been formed.

The results of the study are of practical importance and value for psychologists, psychotherapists, social workers, psychiatrists and other professionals who provide assistance to people with PTSD symptoms and seek help. In addition, the qualitative theoretical and literature analysis highlighted the importance of further research in the Ukrainian context, implementation of the models and stages proposed in this study, and dissemination of scientific publications based on practical experience to raise awareness of professionals about the methods and effectiveness of CBT techniques in working with individuals suffering from PTSD.

**Key words:** cognitive behavioural therapy, post-traumatic stress disorder, psychological care, predisposing factors, effectiveness, psychological interventions

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП .....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ КПТ ЯК МЕТОДУ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ПТСР.....</b>	<b>8</b>
1.1 КПТ методи при наданні психологічної допомоги .....	8
1.2 Особливості і підходи до розуміння травми та формування ПТСР .....	14
1.3 Теоретичний аналіз особливостей надання психологічної допомоги за допомогою КПТ при ПТСР.....	17
Висновки до першого розділу .....	20
<b>РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ КПТ У НАДАННІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ПТСР.....</b>	<b>22</b>
2.1 Методичні підходи до проведення системного огляду.....	22
2.2 Характеристика та опис організації проведення дослідження.....	26
Висновки до другого розділу.....	30
<b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ВІДІБРАНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....</b>	<b>31</b>
3.1 Опис відібраних досліджень.....	31
3.2 Синтез на основі відібраних досліджень.....	69
Висновки до третього розділу .....	73
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>74</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>77</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>85</b>

## ВСТУП

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)- це виснажливий стан психічного здоров'я, який може виникнути у відповідь на пережиту травматичну подію або свідчення про неї. Він характеризується нав'язливими думками, спогадами, нічними жахами, поведінкою уникнення та підвищеним збудженням. ПТСР впливає на повсякденне функціонування та якість життя людей і є значною проблемою охорони здоров'я в усьому світі. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)- це метод, який є доказовим та ефективним та використовується для полегшення симптомів ПТСР.

КПТ - це структурована форма терапії, яка фокусується на виявленні та зміні негативних стереотипів мислення та поведінки, що сприяють збереженню симптомів ПТСР. Вона спрямована на те, щоб допомогти людям розробити стратегії подолання та підвищити життєстійкість для ефективного управління своїми симптомами. КПТ при ПТСР зазвичай включає експозиційну терапію, когнітивну реструктуризацію та техніки релаксації.

Кілька досліджень вивчали ефективність КПТ при ПТСР, і результати виявилися багатообіцяючими. Однак використання методів КПТ у наданні психологічної допомоги людям з ПТСР має певні особливості, на які слід звернути увагу. Наприклад, тяжкість і складність симптомів ПТСР може вимагати більш інтенсивного та індивідуального підходу до лікування. Крім того, культурні та мовні відмінності можуть створювати проблеми для надання КПТ різним групам населення.

Цей системний огляд має на меті вивчити наявну літературу та дослідження щодо особливостей використання методів КПТ у наданні психологічної допомоги людям з ПТСР. Зокрема, буде досліджено ефективність КПТ у зменшенні симптомів ПТСР, фактори, що можуть впливати на результати лікування, а також бар'єри та фактори, що сприяють і перешкоджають наданню КПТ різним групам населення які постраждали в наслідок війни. В огляді буде синтезовано наявні докази, щоб надати уявлення про найкращі практики

застосування КПТ у лікуванні ПТСР та інформувати про розробку майбутніх втручань. Зрештою, цей огляд має на меті сприяти покращенню психологічної допомоги людям з ПТСР, який набутий в наслідок війни та підвищенню якості їхнього життя.

Так, дослідженням даної тематики займалися такі науковці: Джудіт Коен-розробила травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФКПТ); Една Фoa- першопроходець у терапії ПТСР тривалої експозиції; Аарон Бек- основоположник когнітивної терапії ПТСР; Теренс Кін- експерт з когнітивно-поведінкових методів лікування ПТСР; Паула Шнурр- дослідниця науково обґрунтованих методів лікування ПТСР; Річард Брайант- дослідження когнітивно-поведінкових втручань, орієнтованих на травму; Джонатан Біссон - досліджував ефективність когнітивної терапії ПТСР; Мерілін Клуатре- розробник тренінгу з розвитку навичок афективної та міжособистісної регуляції (STAIR) при ПТСР; Річард МакНеллі - дослідник когнітивних процесів при ПТСР; Патриція Уотсон - розробник інтегрованих когнітивно-поведінкових методів лікування ПТСР.

**Об'єкт дослідження:** когнітивно-поведінкова терапія при посттравматичному стресовому розладі

**Предмет дослідження:** особливості застосування методів КПТ у наданні психологічної допомоги особам із ПТСР

**Гіпотези дослідження:**

1. КПТ є ефективним у зменшенні симптомів ПТСР в осіб з діагнозом ПТСР;
2. Ефективність КПТ у лікуванні симптомів ПТСР буде варіюватися залежно від тяжкості симптомів і тривалості стану;
3. Застосування КПТ у поєднанні з іншими терапевтичними підходами, такими як медикаментозне лікування, призведе до кращих результатів для людей з ПТСР порівняно з використанням лише КПТ;

**Мета дослідження:** полягає в теоретичний аналіз, та системному огляді емпіричних досліджень особливостей, закономірностей та ефективності використання методу КПТ при наданні психологічної допомоги особам з ПТСР

**Завдання дослідження:**

1. Провести теоретичний огляд літератури та досліджень стосовно особливостей КПТ, як методу та дослідити його особливості і механізми роботи із ПТСР
2. За допомогою скринінгу та якісного аналізу досліджень встановити особливості, складнощі та ефективність використання КПТ при ПТСР
3. Дослідити потенційні фактори впливу на ефективність використання КПТ при ПТСР в наслідок різноманітних травматичних подій
4. Провести аналіз та інтерпретацію отриманих результатів дослідження

**Методи дослідження:** аналіз наукових публікацій, наукової літератури особливостей роботи КПТ, зокрема при наданні психологічної допомоги при ПТСР; синтез, індукція та дедукція на основі аналізу.

**Наукова новизна отриманих результатів:** в дослідженні уточнюватимуться та розкриватимуться особливості використання методів КПТ при допомозі особам із ПТСР, відбуватиметься аналіз та підбір оптимальних засобів для проведення ефективних інтервенційних заходів з метою зменшення інтенсивності негативної симптоматики, покращення якості життя.

**Практична новизна отриманих результатів:** уточнення уявлень стосовно особливостей, стратегій та форм допомоги особам із ПТСР набутим в наслідок різноманітних травматичних подій, покращення розуміння та особливостей. Дослідження може виступати основою для подальшої розробки практичних засобів та стратегій допомоги особам з ПСТР за допомогою КПТ

**Структура та обсяг роботи:** кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, що закінчуються висновками, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний вміст викладено на 73 сторінках, загальний об'єм роботи 88 сторінок.



# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ КПТ ЯК МЕТОДУ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ПТСР

## 1.1 КПТ методи при наданні психологічної допомоги

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)- це психологічний підхід, спрямований на лікування психічних розладів та покращення загального психічного здоров'я шляхом подолання негативних моделей мислення та поведінки. КПТ є одним з найбільш широко досліджених і науково обґрунтованих методів психологічної терапії, який показав свою ефективність у лікуванні цілого ряду станів, включаючи тривожні розлади, депресію і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). [12; 21]. Дана частина роботи зосереджена на огляді ключових характеристик КПТ як однієї з галузей психологічного знання, включаючи її теоретичні засади, ключові техніки та емпіричну підтримку.

КПТ базується на ідеї, що наші думки, емоції та поведінка взаємопов'язані і можуть складним чином впливати один на одного. [11] Згідно з когнітивною моделлю, негативне мислення може призвести до негативних емоцій та поведінки, які, в свою чергу, можуть посилити негативне мислення. КПТ має на меті розірвати це коло, допомагаючи людям ідентифікувати та оскаржувати свої негативні думки, розвивати більш адаптивні моделі мислення та брати участь у позитивній поведінці, яка підкріплює нові моделі мислення.

КПТ спирається на низку теоретичних моделей, включаючи когнітивну теорію, поведінкову теорію та теорію соціального навчання. Когнітивна теорія припускає, що наші думки та переконання впливають на наші емоції та поведінку, і що негативні моделі мислення можуть призвести до негативних емоційних станів та дезадаптивної поведінки. Поведінкова теорія, з іншого боку, зосереджується на тому, як поведінка формується під впливом факторів навколишнього середовища, таких як заохочення і покарання, і як зміна поведінки може призвести до зміни емоційних станів. Теорія соціального

навчання підкреслює роль спостереження та моделювання у формуванні поведінки, а також важливість соціального підкріплення у підтримці поведінки.

Окремо важливо звернути увагу на ті методи та техніки, за допомогою яких здійснюється вплив на особистість клієнта з метою досягнення поставлених цілей в межах початкових етапів консультативно або терапевтичного процесу.

Техніки КПТ покликані допомогти людям виявити та змінити свої негативні стереотипи мислення та поведінки, а також розвинути більш адаптивні стратегії подолання. Нижче наведено деякі з ключових методів, що використовуються в КПТ:

Когнітивна реструктуризація: даний метод спрямований на виявлення та оскарження негативних думок і переконань, а також заміну їх більш адаптивними моделями мислення. Це можна зробити за допомогою таких методів, як ведення щоденників думок, де люди записують свої негативні думки та докази "за" і "проти", а потім розвивають більш збалансовані та реалістичні моделі мислення [3].

Поведінкова активація: даний метод передбачає визначення та залучення до позитивної поведінки, яка може покращити настрій і зменшити негативні моделі мислення. Це може включати такі види діяльності, як фізичні вправи, спілкування та хобі, які можуть допомогти людині відчувати себе більш позитивно і підвищити почуття власної гідності [34].

Експозиційні техніки- передбачають поступовий вплив на людину ситуацій або стимулів, які викликають у неї тривогу або страх, щоб допомогти їй навчитися справлятися з цими почуттями і знизити рівень дистресу. Це можна зробити за допомогою таких методів, як систематична десенсибілізація, коли люди піддаються впливу все більш складних ситуацій або стимулів у контрольованому і сприятливому середовищі [23].

Методи релаксації- передбачає навчання людей технікам релаксації, таким як глибоке дихання або прогресивна м'язова релаксація, щоб допомогти їм знизити рівень тривоги та стресу [19].

Окремою та надзвичайно важливою сферою КПТ, як ефективного засобу проведення психологічних інтервенцій виступає емпірична обґрунтованість даного методу. Так, КПТ є одним з найбільш досліджених методів психологічної терапії, існує велика кількість емпіричних даних, що підтверджують його ефективність у лікуванні цілої низки психічних розладів. Наприклад, мета-аналіз 269 досліджень КПТ при тривожних розладах показав, що КПТ була значно ефективнішою, ніж контрольні умови, з великими розмірами ефекту для панічного розладу, соціального тривожного розладу та генералізованого тривожного розладу [32].

Аналогічно, мета-аналіз 126 досліджень КПТ при депресії показав, що КПТ була значно ефективнішою, ніж контрольні умови, з помірними і великими розмірами ефекту [18]. КПТ також виявилася ефективною в лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР): мета-аналіз 32 досліджень показав, що КПТ була значно ефективнішою, ніж контрольні умови, з великим розміром ефекту [50].

На додаток до своєї ефективності в лікуванні конкретних психічних розладів, КПТ також має ширші переваги для загального психічного здоров'я та благополуччя. Наприклад, мета-аналіз 19 досліджень КПТ при загальному психологічному дистресі показав, що КПТ пов'язана зі значним зменшенням симптомів тривоги і депресії, а також поліпшенням якості життя [18].

Попри надзвичайно велику кількість плюсів даного напрямку психологічного знання окрему увагу варто звернути на певні обмеження, які накладаються, зважаючи на індивідуальні особливості терапевтичного процесу зокрема.

Незважаючи на свою ефективність, КПТ не є панацеєю від усіх проблем психічного здоров'я, і її застосування має певні обмеження. Одне з обмежень полягає в тому, що КПТ вимагає активної участі та залучення людини, що може бути складно для тих, хто не мотивований або має серйозні когнітивні чи поведінкові проблеми. Крім того, КПТ може бути ефективною не для всіх людей або не для всіх психічних розладів, і можуть існувати інші психологічні або

фармакологічні методи лікування, які є більш прийнятними для певних людей або станів.

Підсумовуючи даний блок кваліфікаційної роботи варто зосередити увагу на тому, що КПТ- це високоефективний метод терапії, який ґрунтується на ідеї, що негативні стереотипи мислення можуть призводити до негативних емоцій і поведінки, і що ці стереотипи можна змінити за допомогою когнітивних і поведінкових технік. КПТ показує високу ефективність в лікуванні низки психічних розладів, а також має широкі переваги для загального психічного здоров'я та благополуччя. Однак важливо визнати, що КПТ не є панацеєю від усіх проблем психічного здоров'я, і що її застосування в певних ситуаціях може бути обмежене.

Ще однією важливою складовою КПТ виступає її структурованість та послідовність, що виступає відносно постійною у кількості сеансів, за виключенням індивідуальних особливостей надання терапевтичних послуг у даному напрямі. Так, варто приділити увагу саме особливостям структури надання консультативних/терапевтичних послуг.

Структура КПТ, як правило, відповідає певній послідовності сесій, яка включає оцінку поточної ситуації людини, постановку цілей терапії, виявлення та подолання негативних думок і переконань, а також розвиток нових навичок подолання труднощів і поведінки [14]. Конкретна послідовність сесій може змінюватися залежно від людини та її конкретних потреб, але загалом відповідає цій загальній структурі.

Оцінка: Перший етап КПТ передбачає первинну оцінку стану психічного здоров'я, історії хвороби та симптомів пацієнта. Терапевт збирає інформацію про поточний і минулий досвід людини, включаючи будь-які травматичні події, щоб отримати повне уявлення про стан її психічного здоров'я.

Постановка цілей: Другий етап КПТ передбачає постановку конкретних цілей терапії. Терапевт і пацієнт працюють разом, щоб визначити основні напрямки терапії та встановити конкретні, вимірювані цілі, яких пацієнт

сподівається досягти за допомогою терапії. Ці цілі будуть використовуватися для керівництва рештою терапевтичних сесій.

**Визначення негативних думок і переконань:** Третій етап КПТ передбачає виявлення негативних думок і переконань, які можуть сприяти виникненню проблем з психічним здоров'ям людини. Терапевт працюватиме з пацієнтом, щоб виявити патерни негативного мислення та переконань, а потім допоможе йому кинути виклик і переосмислити ці думки та переконання в більш позитивний і конструктивний спосіб.

**Розвиток навичок подолання та поведінки:** Четверта фаза КПТ передбачає розвиток нових навичок подолання та поведінки, які можуть допомогти людині впоратися зі своїми симптомами та досягти цілей терапії. Терапевт працює з пацієнтом над розробкою стратегій управління стресом, покращенням комунікації та стосунків, а також розвитком нових здорових звичок і рутинних дій.

Існує кілька ключових компонентів КПТ, які є важливими для її ефективності як психотерапевтичного підходу. Ці компоненти включають: едукацію (стосовно особливостей функціонування психіки), когнітивну реструктуризацію, експозицію, поведінкову активацію, розвиток навичок уважності, спрямованість на вирішення проблем, профілактика рецидивів. Нижче варто зосередити детальнішу увагу на кожному з них.

**Едукація стосовно особливостей функціонування психіки:** психоедукація є важливим компонентом КПТ, який передбачає надання людині інформації про її психічний розлад або стан та принципи КПТ. Психоедукація допомагає людині краще зрозуміти свої симптоми, основні причини розладу або погіршення психічного здоров'я і те, як КПТ може допомогти їй керувати своїми симптомами.

**Когнітивна реструктуризація:** Когнітивна реструктуризація- це основний компонент КПТ, який передбачає виявлення та подолання негативних думок і переконань, які можуть сприяти виникненню проблем з психічним здоров'ям

людини. Когнітивна реструктуризація допомагає людині розвинути більш позитивний і конструктивний погляд на своє життя і свій психічний розлад.

Експозиційні техніки- це вид КПТ, який передбачає поступовий вплив на людину ситуацій або стимулів, які викликають у неї тривогу або страх. Експозиційні техніки допомагають людині навчитися керувати своєю тривогою або страхом у таких ситуаціях і може бути ефективним методом лікування тривожних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) [24].

Поведінкова активація виступає компонентом КПТ, який передбачає визначення та залучення до позитивних і приємних видів діяльності, які можуть покращити настрій та зменшити симптоми депресії або іншого стану, який є на заваді до комфортного рівня існування. Поведінкова активація допомагає людині розвинути більш активний і повноцінний спосіб життя і може бути ефективним методом лікування, зокрема у випадку депресії [20].

Уважність є важливим компонентом КПТ, який передбачає розвиток усвідомлення теперішнього моменту і прийняття своїх думок та емоцій без осуду. Усвідомленість допомагає людині розвинути більш збалансований і прийнятний погляд на свій психічний розлад і своє життя.

Вирішення проблем- компонент КПТ, який передбачає виявлення та вирішення конкретних проблем або викликів, які можуть сприяти розвитку розладу психічного здоров'я людини. Вирішення проблем допомагає людині розробити практичні рішення проблем, з якими вона зустрічається, і може бути ефективним методом лікування різних психічних розладів [46].

Профілактика рецидивів- є ще однією важливою складовою КПТ, що передбачає розробку стратегій для підтримки прогресу після завершення терапії. Профілактика рецидивів допомагає людині визначити потенційні тригери або стресори, які можуть призвести до рецидиву, і розробити стратегії управління цими тригерами або стресами.

Підсумовуючи, варто сказати, що КПТ- структурований психотерапевтичний підхід, який довів свою ефективність у лікуванні різних

розладів психічного здоров'я. Структура КПТ зазвичай складається з певної послідовності сесій, які включають оцінку поточної ситуації людини, постановку цілей терапії, виявлення та подолання негативних думок і переконань, а також розвиток нових навичок подолання труднощів і поведінки. Важливими компонентами КПТ є психоедукація, когнітивна реструктуризація, експозиційна терапія, поведінкова активація, усвідомленість, вирішення проблем і профілактика рецидивів.

## **1.2 Особливості і підходи до розуміння травми та формування ПТСР**

ПТСР- це психічний розлад, який може розвинути у людей, що пережили або стали свідками травматичної події. ПТСР може спричинити значний дистрес і порушення повсякденного функціонування і характеризується такими симптомами, як нав'язливі думки, поведінка уникнення та гіперзбудження [2]. Останніми роками спостерігається значне зростання досліджень ПТСР, спрямованих на розуміння його глибинних механізмів та розробку ефективних методів лікування. Одже, варто звернути детальнішу увагу на огляд сучасних досліджень ПТСР, включаючи його поширеність, фактори ризику та методи лікування.

ПТСР є відносно поширеним психічним розладом, з оцінками поширеності протягом життя від 6,8% до 10,4% у загальній популяції [36]. Поширеність ПТСР є вищою в певних групах населення, таких як військові ветерани та особи, які пережили насильство. Наприклад, поширеність ПТСР протягом життя серед ветеранів бойових дій оцінюється на рівні 30% [33], тоді як поширеність ПТСР серед жертв сексуального насильства коливається від 31% до 49% [23].

ПТСР, як психічний розлад проявляється у певному своєрідному континуумі, який пов'язаний в першу чергу із рівнем впливу на особистості і не тільки. У такому випадку варто звернути увагу на особливості перебігу, інтенсивності та вплив на особистості травмуючої події на різних етапах формування ПТСР.

Першим етапом формування ПТСР є гострий стресовий розлад (ГСР). ГСР - це клінічний діагноз, який ставиться протягом чотирьох тижнів після пережитої травматичної події. Згідно з Діагностичним і статистичним посібником з психічних розладів [2], ГСР характеризується нав'язливими симптомами, негативним настроєм, дисоціацією та симптомами збудження. Нав'язливі симптоми можуть включати повторювані та тривожні спогади, нічні кошмари або флешбеки, пов'язані з травматичною подією. Симптоми негативного настрою можуть включати почуття провини, сорому та відчуження від інших. Симптоми дисоціації можуть включати відчуття заціпеніння або відірваності від себе чи оточення. Нарешті, симптоми збудження можуть включати дратівливість, підвищену пильність і перебільшену реакцію переляку.

Дослідження показують, що люди з РАС мають підвищений ризик розвитку ПТСР [12]. Лонгітюдне дослідження, проведене Бонанно та його колегами (2012), показало, що приблизно у 25% осіб, у яких розвинувся РАС після травматичної події, згодом розвинувся ПТСР. Крім того, люди, у яких розвинувся РАС, з більшою ймовірністю відчували більш тривалі симптоми ПТСР порівняно з тими, у кого РАС не розвинувся.

Друга стадія формування ПТСР - це рання поява симптомів. Ця стадія відбувається протягом перших трьох місяців після травматичної події і характеризується появою симптомів ПТСР. Особи, у яких ПТСР розвивається на цій стадії, зазвичай відчують більш важкі симптоми порівняно з тими, у кого ПТСР розвивається пізніше [26]. Ранній початок симптомів також пов'язаний з більшим ризиком розвитку супутніх психічних розладів, таких як депресія і тривога [10].

Одним із факторів, який може сприяти ранній появі симптомів, є тяжкість травми. Дослідження показують, що люди, які пережили важку травму, більш схильні до розвитку симптомів ПТСР незабаром після події [10]. Крім того, особи, які зазнали множинних травм або повторного впливу травми, мають підвищений ризик розвитку симптомів ПТСР на цій стадії.



Третя стадія формування ПТСР - це відстрочена поява симптомів. Ця стадія настає через шість місяців або більше після травматичної події і характеризується появою симптомів ПТСР після періоду ремісії. Дослідження показують, що ПТСР з відстроченим початком є відносно поширеним явищем, приблизно у 20-30% людей симптоми розвиваються через кілька місяців або років після травматичної події [36].

Відстроченню появи симптомів може сприяти кілька факторів, зокрема наявність супутніх психічних розладів, таких як депресія або тривога, погана соціальна підтримка та постійні життєві стреси [6]. Крім того, особи, які пережили дитячу травму або мають ПТСР в анамнезі, мають підвищений ризик розвитку ПТСР із запізненим початком [26].

Останньою стадією формування ПТСР є хронічний ПТСР. Ця стадія настає, коли людина продовжує відчувати симптоми ПТСР протягом більше трьох місяців після травматичної події. Хронічний ПТСР асоціюється з вищим ступенем порушення повсякденного функціонування порівняно з особами з підпороговими або ремітованими симптомами ПТСР [10]. Хронічний ПТСР також може підвищувати ризик розвитку фізичних розладів, таких як серцево-судинні захворювання та хронічний біль .

Важливою сферою розуміння особливостей впливу на формування в особистості ПТСР є усвідомлення потенційних факторів ризику, які потенційно можуть підвищувати імовірність розвитку в особистості даного розладу.

Було виявлено кілька факторів ризику розвитку ПТСР. До них належать вплив травматичної події, попередня травматизація, жіноча стать, молодший вік, низький соціально-економічний статус та наявність психіатричних розладів в анамнезі [10]. Крім того, тяжкість і тривалість травми пов'язані з підвищеним ризиком розвитку ПТСР [36].

Для лікування ПТСР розроблено низку методів лікування, включаючи фармакотерапію та психотерапію. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) зазвичай використовуються для лікування ПТСР і довели свою ефективність у зменшенні симптомів гіперактивності, повторного

переживання та уникнення [56]. Однак лише медикаментозного лікування може бути недостатньо для подолання глибинних механізмів ПТСР.

Психотерапія часто розглядається як перша лінія лікування ПТСР, при цьому розроблено та випробувано кілька підходів. Терапія тривалого впливу (ТПВ) - це вид когнітивно-поведінкової терапії, який передбачає повторний вплив травматичних спогадів або стимулів у безпечному та контрольованому середовищі [24].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)- ще один вид когнітивно-поведінкової терапії, який фокусується на виявленні та подоланні негативних переконань щодо себе, інших та світу [51]. КПТ виявилася ефективною у зменшенні симптомів ПТСР та покращенні функціонування [59].

EMDR- це психотерапевтичний підхід, який передбачає використання рухів очей або інших форм двосторонньої стимуляції, щоб допомогти людям переробити травматичні спогади. EMDR виявився ефективним у зменшенні симптомів ПТСР, хоча механізми, що лежать в основі його ефективності, недостатньо вивчені [5].

Нарешті, експозиційна терапія віртуальної реальності (VRET) - це відносно новий підхід до лікування, який використовує технологію віртуальної реальності для моделювання пов'язаних з травмою середовищ або ситуацій [52]. Було доведено, що VRET ефективно зменшує симптоми ПТСР, а деякі дослідження припускають, що вона може бути більш ефективною, ніж традиційна експозиційна терапія.

### **1.3 Теоретичний аналіз особливостей надання психологічної допомоги за допомогою КПТ при ПТСР**

За допомогою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) люди з ПТСР можуть навчитися керувати своїми симптомами та покращити своє психічне здоров'я. Нижче ми розглянемо типи, особливості та основні методи КПТ для людей з ПТСР.

Існує кілька видів КПТ, які використовуються для лікування ПТСР, включаючи терапію тривалої експозиції, когнітивно-процесуальну терапію та терапію десенсибілізації та переробки рухів очей. Кожен вид терапії фокусується на різних аспектах ПТСР, таких як зменшення поведінки уникнення, боротьба з негативними думками та зменшення фізіологічного збудження.

Терапія тривалої експозиції- це вид КПТ, який покликаний допомогти людям протистояти травматичному досвіду та подолати його. Мета КПТ - зменшити поведінку уникнення та тривогу, пов'язану з травматичними спогадами, шляхом багаторазового повторення цих спогадів. Терапевт проведе пацієнта через різні вправи, які передбачають повторне переживання травматичної події, включаючи вплив в уяві та вплив *in vivo*. Уявний вплив передбачає, що людина детально розповідає про свій травматичний досвід, тоді як реальний вплив передбачає поступове зіткнення з ситуаціями, які викликають у неї симптоми ПТСР.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) - це спеціалізована форма когнітивно-поведінкової терапії, яка довела свою ефективність у лікуванні ПТСР.

Дослідження показали, що ПЕ є ефективним методом лікування ПТСР. Наприклад, рандомізоване контрольоване дослідження, проведене Фоа та ін. (2018), показало, що ПЕ була більш ефективною, ніж підтримуюча терапія, у зменшенні симптомів ПТСР серед військових ветеранів з ПТСР. Крім того, виявилось, що ПЕ ефективна для зменшення супутніх симптомів депресії, тривоги та гніву [51].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)- спрямований на допомогу людям кинути виклик і змінити свої негативні переконання про себе і навколишній світ. КПТ фокусується на когнітивних викривленнях, які розвиваються після травматичної події, таких як негативні переконання про себе або світ, і допомагає людині розвинути більш адаптивні переконання.

КПТ включає в себе кілька різних технік, в тому числі сократівські опитування, когнітивну реструктуризацію та письмову експозицію. Сократівські

питання передбачають, що терапевт ставить людині запитання, які ставлять під сумнів її негативні переконання, тоді як когнітивна реструктуризація передбачає, що людина визначає і замінює свої негативні переконання на більш адаптивні. Письмова експозиція передбачає, що людина пише про свій травматичний досвід, думки та емоції, пов'язані з ним.

Дослідження показали, що КПТ є ефективним методом лікування ПТСР. Наприклад, рандомізоване контрольоване дослідження, проведене Monson та ін. [51], показало, що КПТ була більш ефективною, ніж терапія, зосереджена на теперішньому часі, у зменшенні симптомів ПТСР серед жінок, які пережили сексуальне насильство. Крім того, КПТ виявилася ефективною у зменшенні симптомів депресії, тривоги та гніву [51].

Хоча конкретні техніки, що використовуються в КПТ при ПТСР, можуть відрізнятися, є кілька ключових особливостей, які є спільними для всіх видів КПТ при ПТСР. Ці особливості включають

Фокус на сьогоднішньому: КПТ при ПТСР зосереджена на тому, щоб допомогти людині впоратися зі своїми симптомами в теперішньому часі, а не намагатися стерти травматичну подію з пам'яті.

Підхід, заснований на співпраці: КПТ при ПТСР передбачає співпрацю між терапевтом і пацієнтом, коли терапевт спрямовує пацієнта в процесі подолання симптомів.

Структурований підхід: КПТ при ПТСР зазвичай включає структурований набір вправ або технік, які адаптовані до конкретних симптомів і потреб людини.

Зосередженість на науково обґрунтованих методах: КПТ при ПТСР базується на методах, які були емпірично підтверджені як ефективні в лікуванні ПТСР, таких як експозиційна терапія та когнітивна реструктуризація.

#### Основні методи КПТ при ПТСР

КПТ при ПТСР зазвичай включає в себе поєднання різних технік і методів, адаптованих до конкретних симптомів і потреб людини [51]. Деякі з основних методів, що використовуються в КПТ при ПТСР, включають:

Психоедукація: вона передбачає надання людині інформації про ПТСР, включаючи його причини, симптоми та варіанти лікування. Це може допомогти людині зрозуміти свої симптоми і відчувати більший контроль над своїм психічним здоров'ям [25].

Експозиційна терапія: Експозиційна терапія передбачає поступовий вплив на людину ситуацій або стимулів, які викликають симптоми ПТСР, у безпечному та контрольованому середовищі. Мета експозиційної терапії - допомогти людині навчитися керувати своїми симптомами та зменшити поведінку уникнення [23].

Когнітивна реструктуризація: Когнітивна реструктуризація передбачає допомогу людині у виявленні та подоланні негативних думок і переконань про себе та навколишній світ. Мета когнітивної реструктуризації - допомогти людині розвинути більш адаптивні переконання та зменшити симптоми ПТСР.

Техніки релаксації: Техніки релаксації, такі як глибоке дихання і прогресивна м'язова релаксація, можуть допомогти людині керувати своїм фізіологічним збудженням і зменшити симптоми тривоги [51].

Уважність: Уважність передбачає зосередження на теперішньому моменті та прийняття своїх думок і почуттів без осуду. Техніки усвідомленості можуть допомогти людині впоратися з симптомами ПТСР і знизити рівень стресу.

### **Висновки до першого розділу**

КПТ виступає спеціалізованим напрямом розуміння та особливостей функціонування психіки особистості, вивчає закономірності існування в особистості психічних станів, акцентуацій та розладів та шляхів покращення рівня суб'єктивного благополуччя, розірвання негативних циклів та розуміння природи взаємозв'язку емоцій та думок. КПТ, в своїй основі є структурованим та доказовим методом надання психологічної консультаційної або терапевтичної допомоги та в своїй основі використовує певні методи/техніки в процесі проведення інтервенцій, а саме: когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію, експозиційні техніки, методи релаксації.

ПТСР - це виснажливий психічний розлад, який може суттєво вплинути на якість життя людини. Він виникає в наслідок пережиття особистістю тих подій, які психіка не може валідизувати та нормалізувати для себе- дисонанс між сприйняттям картини та тими подіями свідком яких могла виступати особистість.

Однак за допомогою когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) люди з ПТСР можуть навчитися керувати своїми симптомами і поліпшити своє психічне здоров'я. Існує кілька видів КПТ, які використовуються для лікування ПТСР, включаючи терапію тривалої експозиції, когнітивно-процесуальну терапію. Хоча конкретні методи, що використовуються в КПТ при ПТСР, можуть відрізнятися, є кілька ключових особливостей, які є спільними для всіх видів КПТ при ПТСР, включаючи фокус на теперішньому часі, спільний підхід, структурований підхід і фокус на науково обґрунтованих методах. КПТ при ПТСР зазвичай передбачає поєднання різних технік і методів, адаптованих до конкретних симптомів і потреб людини. Психоедукація, експозиційна терапія, когнітивна реструктуризація, техніки релаксації та усвідомленість - ось деякі з основних методів, що використовуються в КПТ при ПТСР.

## **РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ КІТ У НАДАННІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ ПТСР**

### **2.1 Методичні підходи до проведення системного огляду**

В останні роки в психології зростає потреба в системних оглядах як методі синтезу доказової бази з певної теми. Системний огляд - це суворі і прозора методологія, яка використовується для відповіді на конкретне дослідницьке питання шляхом виявлення, оцінки та синтезу всіх релевантних досліджень з цієї теми. Нижче варто детальніше оглянути поняття та особливості, складові повноцінного та всестороннього системного огляду в психології.

Системний огляд- це тип дослідження, який поєднує систематичний пошук літератури з критичною оцінкою якості знайдених досліджень. Він покликаний зменшити упередженість у відборі та інтерпретації досліджень, підвищуючи таким чином довіру до висновків, зроблених на основі огляду. Згідно з Kitchenham [37], системний огляд повинен включати чітко визначене дослідницьке питання, систематичну стратегію пошуку та критичну оцінку включених досліджень.

Окремо варто зосередити увагу на особливостях та важливих аспектах проведення системного огляду, а саме: комплексна і системна стратегія пошуку, критична оцінка якості дослідження, синтез результатів, прозорість та відтворюваність, переваги системного огляду, та іншими важливими аспектами.

Системний огляд повинен використовувати комплексну і систематичну стратегію пошуку для визначення всіх релевантних досліджень для включення в огляд. Цей пошук повинен проводитися в декількох базах даних і включати неопубліковані дослідження, матеріали конференцій та сіру літературу. Згідно з Higgins and Green [7], стратегія пошуку повинна бути добре задокументованою і відтворюваною, щоб забезпечити прозорість і зменшити упередженість.

Системний огляд повинен критично оцінювати якість досліджень, включених в огляд. Цей процес включає оцінку ризику упередженості в кожному дослідженні та загальної якості представлених доказів. Згідно з Кохранівськими

рекомендаціями, процес критичної оцінки повинен бути чітким і проводитися незалежно двома рецензентами для забезпечення узгодженості та зменшення упередженості [16].

Системний огляд повинен синтезувати результати досліджень, включених в огляд, щоб надати узагальнення доказової бази з досліджуваного питання. Цей синтез може бути зроблений за допомогою нарративного резюме або мета-аналізу, залежно від характеру і якості включених досліджень. Згідно з Borenstein [7], мета-аналіз - це статистичний метод, який використовується для об'єднання результатів окремих досліджень для отримання єдиної оцінки розміру ефекту.

Системний огляд повинен бути прозорим і відтворюваним, щоб інші дослідники могли повторити дослідження і перевірити його результати. Згідно з Moher [42], звітність системного огляду повинна відповідати встановленим рекомендаціям, таким як PRISMA, щоб забезпечити повноту і прозорість.

Окремо варто звернути увагу на упередженість, яка в більшій чи меншій мірі присутня в будь-якому дослідженні. Так, системні огляди призначені для мінімізації упередженості при відборі та інтерпретації досліджень, що призводить до більш надійних і точних висновків. Окремою важливою складовою для проведення максимально неупередженого системного огляду є формування чітких та всесторонніх критеріїв включення та виключення, на які досліднику варто звертати особливу увагу. За умови дотримання всіх критеріїв-дослідження має всі шанси, аби повноцінно висвітлити досліджувану тематику.

Системний огляд, особливо стосовно тематики даної роботи зосереджений на тому, аби дослідити особливості та ефективність використання методів, як варіант- використання додаткових елементів у поєднанні КПТ при ПТСР. У такому випадку, можна стверджувати, що системний огляд може надавати доказові рекомендації для клінічної практики, розробки, формування майбутніх досліджень.

Попри велику кількість плюсів використання системного огляду в психології- важливо зазначити обмеження, що накладаються проведенням дослідження у вигляді системного огляду, тут варто виділити:



- Інтенсивність у часі та ресурсах- системні огляди вимагають значної кількості часу і ресурсів для проведення, включаючи проведення всебічного пошуку, критичної оцінки досліджень і узагальнення результатів.
- Обмеженість якістю включених досліджень. Системні огляди є настільки якісними, наскільки якісними є дослідження, включені в огляд. Якщо дослідження низької якості, висновки, зроблені в огляді, можуть бути недостовірними.
- Обмеження публікаційною упередженістю. Системні огляди можуть бути обмежені публікаційною упередженістю, яка виникає, коли дослідження з негативними або непереконливими результатами мають меншу ймовірність бути опублікованими, що призводить до переоцінки ефектів лікування.
- Труднощі в об'єднанні різнорідних досліджень
- Системні огляди можуть зіткнутися з труднощами при об'єднанні досліджень, які є гетерогенними з точки зору популяцій, втручань або результатів, що може обмежити можливість зробити значущі висновки.

Розуміючи позитивні та негативні сторони проведення наукової роботи у форматі системного огляду варто поглянути на ті стандарти проведення системного огляду які на сьогодні є в науковій спільноті.

Наскільки нам відомо- системні огляди є цінною методологією в психології для синтезу доказової бази з конкретного дослідницького питання. Нижче варто коротко охарактеризувати стандартизацію та послідовні етапи проведення системного огляду в психологічних дослідженнях, зосередившись на положенні PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) [47], яке надає стандартизований контрольний список для звітування про системні огляди та мета-аналізи. Зокрема, ми опишемо ті положення які потрібні для проведення якісного системного огляду, викладених у заяві PRISMA.

PRISMA була розроблена в 2009 році і переглянута в 2015 році, щоб надати стандартизований контрольний список для звітування про системні огляди і мета-аналізи в медичних дослідженнях. Контрольний список містить 27 пунктів,

які дослідники повинні включити в свій системний огляд, від назви та анотації до обговорення та джерел фінансування. Твердження PRISMA широко визнане і використовується в психологічних дослідженнях, а також в інших галузях. Нижче наведено коротку характеристику пунктів, які об'єднані в 5 сфер важливих для написання системного огляду.

Назва, анотація та вступ. Перші три пункти контрольного списку PRISMA стосуються назви, анотації та вступу системного огляду. Назва повинна точно і чітко відображати мету огляду, а анотація повинна містити стислий виклад методів, результатів і висновків огляду. Вступ повинен чітко формулювати питання дослідження, пояснювати обґрунтування огляду та окреслювати цілі огляду.

Методи. Наступні дев'ять пунктів контрольного списку PRISMA стосуються методів, використаних у системному огляді. Вони включають визначення критеріїв прийнятності для включення досліджень, опис стратегії пошуку, використаної для виявлення релевантних досліджень, пояснення методів, використаних для скринінгу та відбору досліджень, а також детальний опис процесу вилучення даних. Дослідники також повинні надати чітку і прозору оцінку якості досліджень, включених в огляд, а також пояснення методів, використаних для синтезу даних.

Результати. Наступні вісім пунктів контрольного списку PRISMA стосуються результатів системного огляду. Вони включають в себе надання повного і прозорого резюме характеристик дослідження, включаючи кількість досліджень і учасників, а також резюме результатів окремих досліджень. Огляд також повинен включати резюме основних висновків, аналіз будь-яких підгруп і оцінку загальної якості доказів.

Обговорення. Наступні чотири пункти контрольного списку PRISMA стосуються обговорення і висновків системного огляду. Вони включають короткий виклад основних висновків, інтерпретацію результатів, оцінку обмежень огляду та обговорення наслідків отриманих результатів для клінічної практики або майбутніх досліджень.

Інші пункти. Останні три пункти контрольного списку PRISMA стосуються інших важливих аспектів системного огляду. До них відносяться відомості про джерела фінансування огляду, будь-які потенційні конфлікти інтересів серед авторів, а також прозорий і повний список літератури, на яку посилаються в огляді.

Отже, системний огляд є цінною методологією в психології для синтезу доказової бази з конкретного дослідницького питання. Вони покликані мінімізувати упередженість при відборі та інтерпретації досліджень, надавати науково обґрунтовані рекомендації та сприяти прийняттю рішень на основі доказової бази. Системний огляд вимагає комплексної та систематичної стратегії пошуку, критичної оцінки якості досліджень, узагальнення результатів, а також прозорості та відтворюваності. Однак вони також вимагають багато часу та ресурсів і можуть бути обмежені упередженістю публікацій та труднощами в об'єднанні різнорідних досліджень. Загалом, системні огляди є цінним інструментом у розвитку психології і повинні проводитися ретельно і прозоро.

За допомогою PRISMA надається стандартизований контрольний список для звітування про системні огляди та мета-аналізи, який включає 27 положень, які дослідники повинні включати в свій огляд. Ці положення охоплюють всі аспекти огляду, від назви та анотації до обговорення та джерел фінансування. Заява PRISMA широко визнана і використовується в психологічних дослідженнях, а дотримання контрольного списку може допомогти дослідникам провести ретельний і прозорий системний огляд.

## **2.2 Характеристика та опис організації проведення дослідження**

Даний системний огляд включає в себе ряд етапів, потрібних для проведення повноцінного наукового дослідження особливостей та ефективності застосування КПТ для осіб із ПТСР.

**Формулювання теми огляду.** На сьогоднішній момент наше суспільство зустрівось із надзвичайно великим та всеохопним викликом- війною, що впливає

на суспільство в цілому та кожную особистість окремо. Надзвичайно великий вплив військові дії мають на тих людей, які перебувають в прямому контакті із війною, а саме: військові, цивільні (особи які стали свідками травмуючих подій). Такі наслідки, як ПТСР не одразу постають помітними, але з часом матимуть негативний та вагомий вплив на осіб, які є постраждалими від війни. Одже, в межах магістерського дослідження було обрано надзвичайно важливу тему, яка спрямована на системний огляд особливостей та ефективності використання методів КПТ при допомозі особам з ПТСР. На основі сформованої тематики магістерського кваліфікаційного дослідження було сформовано наступні гіпотези: КПТ є ефективним у зменшенні симптомів ПТСР в осіб з діагнозом ПТСР; Ефективність КПТ у лікуванні симптомів ПТСР буде варіюватися залежно від тяжкості симптомів і тривалості стану; Застосування КПТ у поєднанні з додатковими інтервенційними техніками, призведе до кращих результатів для людей з ПТСР порівняно з використанням лише КПТ. **На основі сформованої тематики дослідження та гіпотез було виокремлено наступні завдання у даному дослідженні:**

- Провести теоретичний огляд літератури та досліджень стосовно особливостей КПТ, як методу та дослідити його особливості і механізми роботи із ПТСР
- За допомогою скринінгу та якісного аналізу досліджень встановити особливості, складнощі та ефективність використання КПТ при ПТСР
- Дослідити потенційні фактори впливу на ефективність використання КПТ при ПТСР в наслідок різноманітних травматичних подій
- Провести аналіз та інтерпретацію отриманих результатів дослідження

Когнітивно-поведінкова терапія, як засіб надання психологічної допомоги було обрано через його ефективність, доказовість та тривалість у наданні психологічної допомоги особам із ПТСР. Цілями дослідження виступали: формування критеріїв включення та виключення, окресленні особливостей та рівня ефективності КПТ при наданні психологічної допомоги особам постраждалим в наслідок військових дій із розвитком ПТСР, як варіанту неможливості валідизувати даний травматичний досвід, формування якісних

висновків на основі проведеного системного огляду та опису перспектив подальших досліджень даної тематики.

### **Критерії включення**

1. Учасники: особи із ПТСР , особи без психотичних розладів, старші 18-ти років (одже інтервенції неповнолітнім, або дітям можуть відрізнятися від інтервенцій дорослим особам), будь-якої статі та національності;
2. Часові рамки: дослідження які опубліковані не пізніше останніх 7-ми років (відповідно з 2017-го року);
3. В своїй основі дослідження мають зачіпати тематику особливостей та ефективності використання методів КПТ при наданні психологічної допомоги особам із ПТСР
4. Різновиди ПТСР: за МКХ-10 F43.1 Post-traumatic stress disorder;
5. Психологічна допомога, інтервенції: індивідуальна КПТ, групова КПТ, інтервенції третьої хвили КПТ, впровадження допоміжних елементів в терапевтичний процес;
6. Дослідження мають бути опублікованими на авторитетних міжнародних ресурсах розміщення наукових досліджень, також опублікованих у наукових базах: PubMed, Cochrane library та Research gate.
7. Ключові слова: group therapy, cognitive behavioural therapy, individual CBT therapy, group CBT therapy, PTSD, CBT intervention for PTSD, PTSD as a result of military actions, civilians and PTSD, military personnel and PTSD

### **Критерії виключення:**

1. Різновиди ПТСР із супутніми психотичними розладами
2. Учасники, які не досягли повноліття- 18-ти років
3. Дизайн: системний огляд або мета-аналіз
4. Наукові публікації, які вийшли 7 років тому і раніше

**Пошук досліджень відповідної тематики.** Пошук досліджень відбувався за допомогою спеціалізованих інтернет-ресурсів, зокрема на: Google Scholar, Researchgate, PubMed, Cochrane на яких розміщувалися дослідження. Пошук відбувався за допомогою ключових слів. В рамках пошуку було виділено 30

досліджень, після аналізу та відбору у відповідності до критеріїв включення та виключення системного огляду було залишено 7 досліджень.

**Аналіз досліджень, які відповідали вище вказаним критеріям.** В рамках проведення огляду особлива увага зверталась на ті цілі, гіпотези які формувались в рамках дослідження. Окремо зверталась увага на методи та особливості підбору учасників, їх індивідуальні особливості, біографічні дані. Окремо зверталась увага на ті засоби, техніки та методи, які використовувались, яким чином проводились дані інтервенції.



Рис. 1 Модель дослідження

В рамках дослідження особлива увага зверталась на ті інтервенції, втручання, які використовували науковці, спеціалісти в межах проведення дослідження. Окремо важливо звертати увагу на ту послідовність проведення

індивідуальних, групових сесій, якою послуговувались дослідники в рамках проведення досліджень.

Повноцінний опис динаміки, послідовності та ефективності проведених інтервенцій відкривав змогу для кращого та детального розуміння особливостей, проведених інтервенцій, індивідуальної та групової динаміки в процесі терапевтичної взаємодії та розуміння ефективності наданих консультативних, терапевтичних втручань.

### **Висновки до другого розділу**

Системний огляд вимагає комплексної та систематичної стратегії пошуку, критичної оцінки якості досліджень, узагальнення результатів, а також прозорості та відтворюваності. Однак вони також вимагають багато часу та ресурсів і можуть бути обмежені упередженістю публікацій та труднощами в об'єднанні різнорідних досліджень. Загалом, системний огляд є цінним інструментом у розвитку психології і повинен проводитися ретельно і прозоро.

Важливим інструментом для проведення якісного системного огляду є PRISMA. За допомогою PRISMA надається стандартизований контрольний список для звітування про системні огляди та мета-аналізи, який включає 27 положень, які дослідники повинні включати в свій огляд. Ці положення охоплюють всі аспекти огляду, від назви та анотації до обговорення та джерел фінансування.

Другий розділ присвячений методологічному аспекту проведення системного огляду в рамках дослідницької роботи. Подано формулювання тематики огляду, сформовано критерії виключення та включення для системного огляду, надано характеристику особливостям механізмів пошуку відповідних наукових публікацій в часовому періоді з 2017 по 2023 роки, проведено опис процедури відбору наукових публікацій відповідно до критеріїв.

Так, за допомогою чітко сформованих критеріїв відбору емпіричних досліджень, до даного системного огляду було включено 12 наукових публікацій, стосовно яких було здійснено якісний аналіз.

## **РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ВІДБРАНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

### **3.1 Опис відібраних досліджень**

На основі ґрунтовного та об'ємного пошуку наукових публікацій на основі досліджень вдалось віднайти 12 наукових досліджень, які б в повній мірі відповідали критеріям включення до системного огляду. На основі скринінгу наукових баз вдалось встановити, що питання дослідження ефективності КПТ у наданні психологічної допомоги особам із ПТСР є вивченим на високому рівні. У відповідності до критеріїв включення вдалось виділити 12 наукових досліджень, у яких основним методом впливу є КПТ(зокрема її підвид ТФКПТ). Також, було досить інформативно поглянути на особливості застосування допоміжних методів та елементів допомоги особам із ПТСР за допомогою КПТ, тут можна виділити: інтеграцію дихальних технік, застосування сучасних технологій(інтернету) в наданні психологічних послуг. Також, важливо було долучити дослідження порівняння ефективності КПТ інтервенцій у поєднанні із EMDR. Одже, варто перейти до якісного аналізу відібраних статей та формування відповідних висновків на основі проведеного якісного аналізу інформації.

***1. "Інтеграція дихальних технік йоги в когнітивно-поведінкову терапію посттравматичного стресового розладу: Прагматичне рандомізоване контрольоване дослідження" The integration of yoga breathing techniques in cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder: A pragmatic randomized controlled trial (Haller) [29]***

**Рік публікації:** 2023

**Автори:** Heidemarie Haller, Dietmar Mitzinger and Holger Cramer



**Мета:** дослідити ефективність використання методів КПТ із елементами дихальних технік йоги при наданні допомоги особам із ПТСР

**Метод дослідження:** рандомізоване контрольоване дослідження

**Учасники:** 74 пацієнти у віковому діапазоні від 18 до 70 років, із діагнозом ПТСР за МКХ-10 та із ступенем тяжкості не менше 33 балів за опитувальником (PCL-5) та отриманням амбулаторного курсу КПТ

**Хід дослідження:** Дослідження проводилось в період з лютого 2018 по липень 2020 року. Результати ефективності КПТ та впровадження пранаями були зібрані на основі 10-ти сеансів.

Досліджувані були рандомізовано розділені у дві групи: контрольована та експериментальна. В експериментальній групі виконувались 3 раунди пранаями тривалістю 5-10 хвилин на початку кожного сеансу ТФКПТ. Після трьох раундів пранаями протягом решти часу від 40 до 45 хв проводили стандартну методіку ТФ-КБТ.

У контрольній групі втручання складалося з 50 хвилин стандартного ТФ-СВТ (5). Стабілізаційні техніки включали навчання про травму, прогресивну м'язову релаксацію, методи самоконтролю та контролю афекту, уяву та розвиток самодопомоги/ресурсів, за якими слідували стандартні техніки конфронтації

**Результати:** Перед та після психологічних інтервенцій із кожним учасником було виконано ряд методик спрямованих на визначення рівня ознак/симптоматики ПТСР. В процесі інтервенцій було проведено 10 сеансів ТФКПТ із розділом на контрольну (інтервенції лише у вигляді ТФКПТ ) та експериментальну (дихальні техніки + ТФКПТ). З 74 рандомізованих пацієнтів певна частина припинила участь в експерименті через проблеми із виконанням технік пранаями та з непов'язаних із експериментом причин. У контрольній групі дані про частину пацієнтів були втрачені в результаті життєвих подій (фінансові проблеми і нещасний випадок на роботі) і невідомих причин.

За допомогою статистичного аналізу не вдалось визначити значущих відмінностей між ефективністю надаваних інтервенцій. Також, було встановлено, що пранаяма (дихальні техніки) можуть посилювати ефекти стандартної КПТ за

умови, що пацієнти з ПТСР здатні переносити дихальні техніки, які використовуються. У цих і тільки в цих випадках 5-10 хвилин пранаями стабілізують пацієнтів ефективніше, ніж стандартні стабілізаційні техніки, що призводить до зниження тяжкості ПТСР після 10 сеансів КПТ. І навпаки, якщо техніки пранаями викликають негативні наслідки, пов'язані з травматичними спогадами, пранаяма, зокрема Капалабхаті і Кумбхака, дестабілізує пацієнтів і призводить до погіршення тяжкості ПТСР порівняно з однією лише КПТ. Таким чином, аналіз результатів первинних досліджень не виявив значущих відмінностей. Окремим фактором впливу може виступати наявність у досліджуваних різноманітних соматоформних розладів, які можуть негативно впливати на якість та ефективність виконання досліджуваними запропонованих технік.

Одже, на основі даного практичного дослідження можна констатувати, що ТФКПТ виступає ефективним методом зменшення симптоматики ПТСР. За умови, що у пацієнтів немає супутніх соматоформних розладів- інтеграція технік пранаями в ТФКПТ може зменшити посттравматичну симптоматику. Однак потрібні більші та триваліші дослідження на дану тематику, аби детальніше досліджувати ефективність даних додаткових інтервенцій спрямованих на зменшення симптоматики ПТСР та покращення якості життя осіб із ПСТР.

*2. "Керована когнітивно-поведінкова терапія посттравматичного стресового розладу на основі Інтернету: прагматичне, багаточентрове, рандомізоване контрольоване дослідження, що не має переваг (RAPID)" Guided, internet based, cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: pragmatic, multicentre, randomised controlled non-inferiority trial (RAPID) [4]*

**Рік публікації:** 2022

**Автори:** Jonathan I Bisson, Cono Ariti, Katherine Cullen, Neil Kitchiner, Catrin Lewis, Neil P Roberts, Natalie Simon, Kim Smallman, Katy Addison, Vicky Bell, Lucy Brookes-Howell, Sarah Cosgrove, Anke Ehlers, Deborah Fitzsimmons, Paula

Foscarini-Craggs, Harris, Mark Kelson, Karina Lovell, Maureen McKenna, Rachel McNamara, Claire Nollett, Tim Pickles, Rhys Williams-Thomas

**Мета:** полягає у визначенні ефективності ТФКПТ на основі інтернет ресурсів у порівнянні із ТФКПТ в офлайн форматі для легкого та помірного ПТСР на основі однієї травматичної події

**Метод дослідження:** рандомізоване контрольне дослідження

**Учасники:** 196 дорослих з первинним діагнозом ПТСР у відповідності до критерії ДСМ-5 від легкого до помірного ступеня були рандомізовані у співвідношенні 1:1 для участі в одному з двох втручань, з утриманням 82% через 16 тижнів і 71% через 52 тижні. 19 учасників і 10 терапевтів були цілеспрямовано відібрані та опитані для оцінки процесу.

**Хід дослідження:** Учасники були відібрані зі служб поліпшення доступу до психологічної терапії (IAPT) NHS на базі первинної медичної допомоги в Англії (Ковентрі, Уорікшир, Великий Манчестер, Лондон і південно-західний Йоркшир) та закладів психологічної допомоги NHS на базі первинної та вторинної медичної допомоги в Шотландії (Лотіан) і Південному Уельсі (Кардіфф, Гвент, Мід-Гламорган і Долина Гламорган). Потенційні учасники були ідентифіковані та запрошені клініцистом, який займається їх лікуванням, пройшли скринінг і були повністю оцінені одним з членів команди дослідників після надання інформованої згоди. Особи, які відповідали критеріям відбору, були рандомізовані для отримання керованої ТФКПТ через Інтернет за програмою Spring або очної ТФКПТ.

Вибірка учасників дослідження була цілеспрямованою і включала максимальну варіативність з точки зору розподілу інтервенцій, місця проведення дослідження, статі, віку, етнічної приналежності, рівня освіти, характеру травми та результату. Терапевти були відібрані за статтю та місцем проведення дослідження.

Розділ груп. У першому випадку проводилось до 12 індивідуальних сесій КПТ-ТФ, кожна тривалістю 60-90 хвилин, які проводяться в ручному режимі. У такому випадку ТФКПТ передбачала визначення відповідних оцінок,

характеристик пам'яті, тригерів, а також поведінкових і когнітивних стратегій, які підтримують симптоми ПТСР. Ці проблеми у класичних сесіях вирішувались шляхом: зміни надмірно негативних оцінок травми, її наслідків або і того, і іншого; зменшення повторного переживання шляхом обговорення спогадів про травму в уяві або оновлення пам'яті на основі наративу з використанням менш загрозливих смислів і дискримінації тригерів; припинення некорисних поведінкових і когнітивних стратегій, особливо тих, що пов'язані з уникненням тригерів, які викликають нав'язливі симптоми; і, за можливості, відвідування місця травми разом з терапевтом, щоб оновити спогади про травму.

У другому випадку використовувалась КПТ-ТФ в режимі онлайн з використанням восьмикрової онлайн-програми, яка передбачає до трьох годин контакту з терапевтом і чотири короткі телефонні дзвінки або контакти електронною поштою між сесіями. Дана програма мала на меті скоротити час контакту з терапевтом, надаючи частину терапевтичного змісту та заходів в онлайн форматі. Так, дані 8 кроків охоплюють психоосвіту, техніки заземлення, управління тривогою, поведінкову активацію, уявний вплив, когнітивну реструктуризацію, вплив *in vivo* та запобігання рецидивам. Зміст кожного етапу супроводжується аудіо-розповіддю з ключовими словами та зображеннями, що відображаються на екрані. Програма є інтерактивною, і вхідні дані користувача диктують зворотній зв'язок до ключових заходів у рамках програми. Екрани, що розгалужуються, дозволяють користувачеві певним чином контролювати навігацію по кожному кроку, а закладки дають змогу повернутися в програму з того місця, де він її перервав.

### **Результати:**

У первинній кінцевій точці 16 тижнів за шкалою CAPS-5 не було виявлено жодних відмінностей (середня різниця 1,01, односторонній 95% довірчий інтервал від  $-\infty$  до 3,90, відсутність відмінностей  $P=0,012$ ). Покращення за шкалою CAPS-5 більш ніж на 60% в обох групах зберігалося на 52 тижні, але результати неперевіреності були непереконаливими на користь очної КПТ-ТФ на цьому етапі (3,20, від  $-\infty$  до 6,00,  $P=0,15$ ).

Підсумовуючи, можна констатувати, що дослідження RAPID показало, що керована ТФКПТ в Інтернеті за допомогою програми спеціалізованої програми не поступалася очній ТФКПТ у зменшенні симптомів ПТСР у первинній кінцевій точці, через 16 тижнів після рандомізації. Цей висновок також був очевидним для всіх вторинних результатів через 16 тижнів, за винятком задоволеності клієнтів, яка була непереконаливою, але свідчила на користь очної ТФКПТ. Клінічно значущі поліпшення зберігалися і через 52 тижні після рандомізації, коли більшість результатів були непереконаливими, але свідчили на користь очної КПТ-ТФ.

**3. "Застосування когнітивно-поведінкової терапії для допомоги постраждалим від насильства під час знайомства: Пілотне дослідження"  
*Applying Cognitive-Behavioral Therapy to Help Survivors of Dating Violence: A Pilot Study [48]***

**Рік публікації:** 2021

**Автори:** Perangin-Angin, Stefanus & Wijono, Sutarto & Hunga, Arianti

**Мета:** дослідження мало на меті вивчити ефективність КПТ у зменшенні симптоматики ПТСР у жінок, які пережили домашнє насильство

**Метод дослідження:** змішаний підхід в оцінці результативності за допомогою кількісного та якісного методів збору та аналізу даних

**Учасники:** Учасники дослідження були відібрані методом цілеспрямованої вибірки шляхом, по-перше, проведення короткого скринінгового опитування 160 студентів психології та соціології в Християнському університеті Сатъя Вакана в Салатіга з метою виявлення потенційних учасників з університетського містечка. По-друге, дослідники також використовували такі методи, як поширення інформації про дослідження з вуст в уста, серед близьких друзів і одногрупників, щоб виявити і набрати потенційних учасників у Салатіга. За допомогою цих двох методів дослідники знайшли шість жінок, які мали право брати участь у цьому дослідженні, проте лише чотири жінки погодилися і дали свою згоду на участь у цьому дослідженні. Усі учасниці розійшлися зі своїми партнерами по побаченням і зазнали

насильства під час побачень з боку своїх партнерів. Для того, щоб взяти участь у цьому дослідженні, учасники повинні були мати вік від 18 до 30 років, мати попередній досвід насильства у стосунках зі своїми партнерами, мати мінімум 31-33 бали за шкалою посттравматичного стресового розладу для діагностики і статистики психічних розладів - 5-е видання (PCL-5), не проходити іншого лікування або психологічного втручання, а також бути готовими дати згоду і стати учасниками дослідження. Під час дослідження дослідник забезпечував транспортування кожного учасника від місця проживання до місця проведення сесії КПТ. Після завершення дослідження, як винагороду за участь у дослідженні, дослідник вручив кожному учаснику набір сувенірів на знак вдячності.

**Хід дослідження:** Інтервенція КПТ проводилася в Салатизі з травня 2019 року по вересень 2019 року. КПТ зосереджена на трьох основних компонентах: фізіологічному, когнітивному та поведінковому. Протокол КПТ у цьому дослідженні був розроблений таким чином, щоб допомогти учасникам полегшити симптоми ПТСР, по-перше, шляхом зміни їхніх знань про досвід домашнього насильства, а по-друге, шляхом зміни їхніх поточних поведінкових реакцій на минулий досвід домашнього насильства. Учасники цього дослідження отримували індивідуальні терапевтичні сесії тривалістю від 45 до 60 хвилин на тиждень відповідно до чинного протоколу КПТ. Протокол передбачав шість терапевтичних сесій, і терапевтичні сесії проводилися індивідуально для кожного учасника. Терапевтом була студентка останнього курсу магістратури з психології, яка працювала під наглядом ліцензованого клінічного психолога, і вона (психолог) мала 10-річний клінічний досвід роботи в галузі клінічної психології, лікування різних проблем і симптомів психічного здоров'я, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також була знайома і мала досвід у використанні КПТ інтервенцій. Для того, щоб забезпечити професійне проведення КПТ студентом-терапевтом, клінічний психолог провів попереднє навчання протягом 5 сесій щодо етапів проведення КПТ зі студентом-терапевтом.

Протокол КПТ для допомоги жертвам насильства на побаченнях	
Сесія	Протокол КТВ за сесію
Первинна співбесіда	Первинне інтерв'ю з учасниками щодо пережитого ними досвіду домашнього насильства
Передінтервенційна сесія	Оцінка потреб; введення PCL-5 перед втручанням (пре-тест)
Сесія 1	Пояснення симптомів ПТСР та зв'язку між мисленням, емоціями та поведінкою
Сесія 2	Продовження зв'язку між мисленням, емоціями та поведінкою; ознайомлення з моніторингом настрою та думок
Сесія 3	Продовження моніторингу настрою та думок; знайомство з когнітивними викривленнями та автоматичними думками
Сесія 4	Продовження про когнітивні викривлення та автоматичні думки; Вступ до когнітивної суперечки
Сесія 5	Продовження когнітивного диспуту
Сесія 6	Застосування релаксаційних технік
Сесія після втручання	Введення PCL-5 після втручання (посттест); рефлексія дослідження

*Примітка:* Під час когнітивного диспуту учасники вчилися оскаржувати свої неадаптивні уявлення, вивчаючи докази та вправи на зміну мислення. Терапевт представив учасникам техніки релаксації, такі як глибоке дихання та прогресивне розслаблення м'язів, і заохотив учасників регулярно практикувати ці техніки вдома щодня у власному темпі.

Рис 3.1 протокол КПТ для допомоги жертвам насильства на побаченнях

Після цього клінічний психолог уважно стежив за ходом кожної сесії, вимагаючи від терапевта звітувати перед психологом до і після проведення терапевтичної сесії. Що стосується стосунків з дослідником, терапевт походив з тієї ж дослідницької групи/команди, що і дослідник в установі/університеті. Так, консультативна взаємодія відбувалася на основі сформованого протоколу для допомоги жертвам насильства на побаченні (Рис. 3.1)

**Результати:** Початкове інтерв'ю та попереднє тестування учасників показало, що всі учасники відповідали критеріям ПТСР, причому один учасник перебував у легкій клінічній стадії, а троє інших- у помірній клінічній стадії. Вік учасників становив від 19 до 28 років.

У цьому дослідженні була висунута одна гіпотеза, яка мала бути перевірена. Перевірка гіпотези проводилася, по-перше, шляхом вимірювання та інтерпретації змін у балах за опитувальником PCL-5 до початку КПТ (претест) та після завершення КПТ (пост-тест). По-друге, зміни в балах за PCL-5 також перевірялися і підтверджувалися за допомогою оцінки терапевтом когнітивних і поведінкових змін протягом терапевтичних сесій. Це було зроблено шляхом аналізу відповідей учасників у робочих аркушах КПТ (наприклад, моніторинг настрою і думок, запис змін у думках і вивчення робочого аркуша з доказами) і спостереження за змінами в невербальних жестах і міміці учасників протягом кожної сесії.

Загалом, КПТ мала позитивний вплив на всіх учасників у вигляді покращення симптомів ПТСР, які переживали учасники або постраждали від насильства. Тим не менш, спостерігалися варіації та відмінності в поліпшенні симптомів у тих, хто пережив насильство. Двоє учасників (учасники 1 і 3) досягли ремісії симптомів ПТСР, а двоє інших учасників (учасники 2 і 4) покращили свій стан, але все ще перебувають у легкому діапазоні симптомів ПТСР.

Підсумовуючи, можна сказати, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) може зменшити симптоми ПТСР у жінок, які пережили насильство на побаченнях і брали участь у цьому дослідженні. Завдяки КПТ учасниці дослідження стали більш досвідченими у зміні дезадаптивних уявлень на більш позитивні та адаптивні, особливо щодо попереднього травматичного досвіду насильства на побаченнях. Це призвело до позитивного прогресу в таких сферах, як відчуття розширення можливостей, нове зобов'язання пробачити кривдника і нова рішучість рухатися далі і прагнути до нових цілей. Як висновок, це пілотне дослідження дає багатообіцяючі перші результати в наданні допомоги жертвам насильства за допомогою когнітивно-поведінкової терапії. Однак ці результати слід розглядати та інтерпретувати з обережністю, оскільки, хоча всі учасники мають клінічно значущі зміни та зменшення симптомів ПТСР, лише двоє учасників досягли стану ремісії та повернулися до нормального діапазону функціонування.

***4. "Ефективність когнітивно-поведінкової терапії при симптомах посттравматичного стресу після землетрусу та цунамі в Чилі" Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for post-disaster distress in post-traumatic stress symptoms after Chilean earthquake and tsunami [39]***

**Рік публікації:** 2018

**Автори:** Leiva-Bianchi, M., Cornejo, F., Fresno, A., Rojas, C., Serrano, C.

**Мета:** Оцінити ефективність КПТ інтервенцій після катастрофи в осіб із симптоматикою ПТСР або без неї.



**Метод дослідження:** Квазіекспериментальне дослідження з трьома групами. У квазіконтрольній групі застосовувалася повна , навіть якщо її члени не мали ПТСР; у квазіекспериментальній групі учасники отримували повне лікування, оскільки мали цей діагноз; у третій групі учасники з ПТСР отримували скорочену терапію (подвійні сесії) через організаційні вимоги.

**Учасники:** Загалом у дослідженні взяли участь 13 з 91 людини з діагнозом ПТСР. Крім того, добровільно взяли участь 16 осіб без діагнозу. Лікування завершили 29 учасників. Люди, які брали участь у дослідженні КПТ інтервенцій, були дорослими особами обох статей, які працювали в трьох різних сферах. Першу групу становили медичні працівники, які проживають у місті Конституьсон (ця група постраждала від землетрусу та цунамі). Люди з другої групи були працівниками державного департаменту з міста Талька (ця група пережила лише землетрус). Третя група складалася з учителів школи в місті Конституьсон.

**Хід дослідження:** Спочатку була проведена діагностика ПТСР за допомогою шкали SPRINT- E.28,29 Вимірювання було застосовано до всіх осіб, які виявили бажання взяти участь у дослідженні. На запитання анкети відповів 71 учасник з медичного центру здоров'я (21 чоловік і 50 жінок), 75 працівників державного департаменту (18 чоловіків і 57 жінок) і 10 з початкової школи (3 чоловіки і 7 жінок).

На основі діагнозів 91 учасник (34 з медичного центру, 51 з державного департаменту та 6 з початкової школи) відповідав первинному критерію для початку лікування, і їх було запрошено до участі в дослідженні. Цей критерій полягав у наявності щонайменше трьох важких симптомів ПТСР (іншим критерієм був вік старше 18 років, якому відповідали всі учасники). Однак, оскільки це була добровільна діяльність, лише 13 (14%) взяли участь у терапевтичному процесі.

З іншого боку, з огляду на потреби, представлені трьома організаціями цього дослідження, не всі учасники отримували однакове лікування. Так, 25 учасників (7 з медичного центру і 18 з державного департаменту) проходили

лікування за методикою Гамблена, яка складається з 10-12 сеансів (один на тиждень) тривалістю від 60 до 90 хвилин; у цій процедурі вправи, запропоновані в посібнику "Завдання", були успішно виконані на всіх сеансах. Крім того, у випадку учасників з початкової школи, процедура була сконцентрована на чотирьох сесіях тривалістю 2 години 30 хвилин, розрахованих на завершення через місяць; у цій процедурі вправи, описані в Посібнику, не виконувалися через завантаженість учасників.

Оскільки не всі учасники мали важкі симптоми і не застосовували однакове лікування, 29 учасників, які завершили лікування, були розподілені на три групи: перша - "без ПТСР та повної КПТ" - складалася з 16 учасників, які мали не більше трьох важких симптомів і отримували початкове лікування; друга - "з ПТСР та повною КПТ" - складалася з дев'яти учасників, які мали більше трьох важких симптомів і отримували початкове лікування; нарешті, третя - "з ПТСР та скороченою КПТ" - складалася з чотирьох учасників, які мали більше чотирьох важких симптомів і отримували початкове лікування та скорочену процедуру.

Обидва методи лікування (повний і скорочений) застосовувалися в період з вересня по грудень 2010 року. Після сеансів терапії сім працівників медичного центру, 18 працівників державного департаменту (двоє чоловіків і 13 жінок) і чотири вчителі початкової школи (один чоловік і три жінки) завершили терапевтичну процедуру. Наприкінці останнього сеансу була проведена пост-оцінка симптомів ПТСР за шкалою SPRINT-E.

Терапевтами були шість жінок з вищою психологічною освітою. Всі вони виконували дипломну роботу в рамках цього дослідження. Вони були попередньо навчені процедурі. Під час застосування КПТ за ними проводився щотижневий моніторинг. Під час навчання та моніторингу терапевти мали можливість ділитися досвідом, труднощами та знаннями, які виникли під час застосування КПТ; це допомогло стандартизувати лікування. У кожній групі працювало по два терапевти. Усі люди брали участь у дослідженні добровільно,

отримали інформовану згоду (підписану кожним) і дали дозвіл на використання їхніх даних.

**Результати:** Початковий показник тяжких симптомів ПТСР до застосування КПТ становив 0,6 для групи "без ПТСР та повного КПТ" ( $SD = 1,8$ ), 7,1 для групи "з ПТСР та повним КПТ" ( $SD = 2,2$ ) та 5,8 для групи "з ПТСР та скороченим КПТ" ( $SD = 2,2$ ). У свою чергу, середні значення тяжких симптомів ПТСР після застосування лікування становило 1,1 ( $SD = 1,4$ ), 1,1 ( $SD = 1,2$ ) і 4,5 ( $SD = 3,4$ ) для груп "без ПТСР і повної КПТ", "з ПТСР і повною КПТ" і "з ПТСР і скороченою КПТ", відповідно.

Результати щодо ефекту КПТ-ПД показують значне зниження рівня ПТСР у групі з важкими симптомами і в групі, яка отримувала оригінальний препарат. У групі "з ПТСР і повною КПТ" показник знизився на 6 балів, досягнувши в кінці терапії показника, близького до 1, що майже на два бали нижче межі, яка розглядається за "правилом 3/7". Таке значне зниження стає зрозумілим, якщо порівняти його з поведінкою інших двох груп. Обидві групи - та, що не мала важких симптомів ПТСР (при повному лікуванні), і та, що мала симптоми (при скороченому лікуванні), не зазнали значних змін у кількості симптомів після лікування.

Таким чином, можна сказати, що учасники з більш ніж трьома важкими симптомами ПТСР, які отримали повний курс КПТ, отримали користь від неї, зменшивши свої симптоми нижче небезпечного рівня. Однак іншою причиною, яка пояснює це зниження, є плин часу. Фактично, 52% дисперсії симптомів ПТСР пояснюється лише часом. Звичайно, без лікування пояснювана дисперсія не становила б 71% для взаємодії між плином часу і лікуванням, яке лише зменшило симптоми у квазі-експериментальній групі. З огляду на ці результати, є докази ефективності КПТ.

**5. "Когнітивно-поведінкова терапія для ветеранів з коморбідним посттравматичним головним болем та симптомами посттравматичного стресового розладу: Рандомізоване клінічне дослідження" Cognitive**

***Behavioral Therapy for Veterans With Comorbid Posttraumatic Headache and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Clinical Trial [41]***

**Рік публікації:** 2022

**Автори:** Donald D. McGeary, PhD; Patricia A. Resick, PhD; Donald B. Penzien, PhD; Cindy A. McGeary, PhD; Timothy T. Houle, PhD; Blessen C. Eapen, MD; Carlos A. Jaramillo, MD, PhD; Paul S. Nabity, PhD; David E. Reed 2nd, PhD; John C. Moring, PhD; Lindsay M. Bira, PhD; Hunter R. Hansen, PsyD; Stacey Young-McCaughan, RN, PhD; Briana A. Cobos, PhD; Jim Mintz, PhD; Terence M. Keane, PhD; Alan L. Peterson, PhD

**Мета:** Порівняти когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) головного болю та ПТСР з традиційним лікуванням посттравматичного головного болю, спричиненого легкою черепно-мозковою травмою (ЧМТ)

**Метод дослідження:** рандомізоване клінічне дослідження

**Учасники:** Учасників дослідження набирали через госпіталь для ветеранів війни, військові установи та громаду. Раса та етнічна приналежність оцінювалися шляхом самозвіту за допомогою стандартизованої демографічної анкети. Загалом 193 ветерани бойових дій після 11 вересня були включені в дослідження та повідомили про сильний вихідний головний біль, пов'язаний з втратою працездатності і важкі симптоми ПТСР (середній Оцінка PCL-5, 48,4 бали).

Усі вони відповідали критеріям Міжнародної класифікації розладів головного болю (МКБ) щодо персистуючого (МКБ-3, 5.2.2) або відстроченого (МКБ-3, A5.2.2.1) головного болю, посттравматичного структурованого головного болю та підтвердженого лікарем ветеранів війни (В.С.Е., С.А.І.), який має досвід у лікуванні головного болю.

Кваліфіковані учасники мали підтверджену ЧМТ на основі встановленого визначення випадку, стабільне дозування ліків від головного болю (тобто без змін під час участі в дослідженні) та клінічно значущі симптоми ПТСР ([DSM-5] [PCL-5] або більше, а також вплив травматичної події, 1 або більше симптомів

та 1 або більше симптомів уникнення на основі шкали ПТСР, що застосовується лікарем, для DSM-5).

**Хід дослідження:** У цьому 3-груповому рандомізованому клінічному дослідженні порівнювали СВТН (cognitive behavioral therapy for headache) і СРТ (cognitive processing therapy) з традиційним лікуванням (ТРУ) при великій множинній травмі голови. Учасники були рандомізовані у співвідношенні 1:1:1 за допомогою комп'ютеризованої центральної рандомізації та сліпого розподілу. Стандартний період лікування в дослідженні становив 6 тижнів, хоча пацієнти отримували додатковий час для завершення лікування, якщо вони пропускали сеанси.<sup>24</sup> Учасників просили заповнити анкети до лікування, після лікування, через 3 місяці та через 6 місяців після лікування.

СВТН проводилася у вигляді 8 щотижневих або двотижневих 1-годинних сесій підготовленими, ліцензованими клінічними психологами (P.S.N., J.C.M.) або аспірантами клінічної психології (L.M.V., H.R.H.). Фахівці з лікування пройшли 2-годинне ознайомлення з посібником і продемонстрували свою компетентність на 2 клінічних випадках під наглядом. Фахівці з СРТ отримували експертне клінічне спостереження від дослідників дослідження.

СРТ- це мануалізоване втручання для лікування ПТСР, яке проводиться у вигляді 12-годинних сесій протягом 6 тижнів. Усі фахівці пройшли стандартизоване навчання з ПТСР та СРТ, регулярне спостереження та консультації з пацієнтами, а також процес підвищення кваліфікації, що відповідає найкращим практикам навчання СРТ.

ТПТ узгоджувалася з мультидисциплінарним лікуванням у великому травматологічному центрі ветеранів війни, що дозволило порівняти експериментальні втручання для ПТГ (КПТ і КПТ) з найвищим стандартом клінічної допомоги ветеранам війни при ЧМТ. Учасники, які отримували ТПТ, отримували її у вигляді фармакотерапії, інтервенційного знеболення (наприклад, ін'єкції ботоксу), фізичної терапії, а також додаткових та інтегративних методів лікування (наприклад, масажу, акупунктури).

СВТН і СРТ були розроблені з використанням концепції КПТ. Інтервенція СВТН зосереджувалася виключно на головному болю і стресі, значною мірою покладаючись на поведінкові інтервенції та управління стресом з деякими елементами когнітивної терапії. СРТ зосереджувалася виключно на ПТСР з акцентом на когнітивну терапію.

**Результати:** У даному рандомізованому клінічному дослідженні взяли участь учасники з ПТГ та супутніми симптомами ПТСР, і було виявлено значне покращення показників інвалідності, пов'язаної з головним болем, серед тих, хто отримував лікування СВТН. ПТГ, пов'язаний з ЧМТ, є складним, поширеним серед військових ветеранів і призводить до значної інвалідизації.

Попереднє дослідження дійшло висновку, що немедикаментозні втручання (тобто СВТ) можуть не спрацювати для осіб з ПТГ. Однак, дане дослідження пропонує перші докази того, що немедикаментозне втручання (СВТН) може значно покращити інвалідність, пов'язану з головним болем, при головному болю, спричинену ЧМТ, на термін до 6 місяців у порівнянні зі звичайним лікуванням. ПТСР теоретично розглядався як потенційний механізм розвитку ПТГ у військових ветеранів, але СРТ не змогла покращити інвалідність від головного болю в цьому дослідженні, незважаючи на значне зменшення вираженості симптомів ПТСР. Цей висновок свідчить про те, що ПТСР і ПТГ можуть бути незалежними в цій популяції. Слід зазначити, що учасники, які пройшли СВТН, продемонстрували значне покращення порівняно зі звичайним лікуванням щодо непрацездатності через головний біль та клінічно значуще покращення симптомів ПТСР з ефектом лікування, який тривав до 6 місяців після лікування.

Вторинний аналіз не виявив значного поліпшення частоти або інтенсивності головного болю, незважаючи на поліпшення показників за шкалою НІТ-6, що було дивним, оскільки частота та інтенсивність головного болю є сильними предикторами інвалідності в дослідженнях мігрені та головного болю напруження. Поведінкові втручання, такі як СВТН, краще підходять для вирішення проблеми непрацездатності, ніж частота або

інтенсивність головного болю, особливо коли головний біль є хронічним, а когніції/поведінка щодо болю (основні цілі лікування СВТ) можуть бути більше пов'язані з функцією, ніж з переживанням болю. Дійсно, дослідження показують, що такі втручання, як СВТН, мають сумнівний вплив на частоту і тривалість головного болю, хоча мало хто з дослідників вивчав ці методи лікування при РТН.

Понад 40% осіб з ПТГ мають супутній ПТСР, який пов'язаний з сильним головним болем та втратою працездатності. Хоча це не було статистично значущим порівняно з ТРУ, учасники групи СВТН продемонстрували значне поліпшення симптомів ПТСР з часом при меншій кількості сеансів лікування і меншій підготовці клініцистів, ніж СРТ, а результати СВТН за шкалою PCL-5 перевищили поріг достовірних змін для військовослужбовців-чоловіків з ПТСР. Недавні дослідження показують, що короткі психотерапії, такі як КПТ, можуть давати результати лікування ПТСР, які не поступаються критеріально-стандартним методам лікування, таким як КПТ. У цьому дослідженні було зафіксовано значно більший відсів у групі КПТ порівняно з групами КПТ і ТПУ; отже, кращі результати лікування ПТСР у КПТ можуть бути пов'язані з вищим рівнем завершення лікування. Люди, які пережили військову травму, часто припиняють лікування, орієнтоване на травму, а учасники КПТ, можливо, завершили більше лікування, тому що ці методи лікування не спрямовані на симптоми травми, як КПТ. Когнітивно-поведінкові втручання при головному болю покращують самоефективність подолання, що також може опосередковано покращувати ПТСР.

Клінічна користь від нефармакологічних втручань залежить від дози,<sup>56</sup> і серед ветеранів, які лікуються від ПТСР і болю, часто трапляються випадки припинення лікування. Початок лікування становив 75% або більше в обох групах поведінкового лікування, а рівень завершення лікування перевищував 50% (краще, ніж очіувалося, виходячи із суворих термінів завершення лікування). Клінічні дослідження ПТСР повідомляють про високий рівень відсіву, і ветерани часто припиняють участь у поведінковому лікуванні будь-

яких хронічних захворювань (>30%). Легка ЧМТ збільшує ризик відсіву, можливо, через загострення пов'язаних з ПТСР фізичних симптомів, таких як головний біль. Співробітники дослідження опитали приблизно третину тих, хто припинив участь у дослідженні, і виявили, що відсів насамперед пов'язаний з логістичними факторами. Більшість опитаних учасників КПТ повідомили, що причиною припинення участі в дослідженні були витрати часу на пересування, а двоє з них вважали, що КПТ є надто складною процедурою. Більше половини тих, хто відмовився від участі в КПТ, вказали час/дорогу як перешкоду, а дехто вважав КПТ занадто складним. В обох поведінкових групах учасники, які отримували певне лікування, повідомили про помірне задоволення та низький рівень навантаження.

**6. "Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) при дисоціативному підтипі ПТСР: Випадок з практики" *Cognitive Behavior Therapy (CBT) for dissociative subtype PTSD: A case study [62]***

**Рік публікації:** 2022

**Автор:** Vancappel A.

**Мета:** Дослідження ефективності скринінгової програми КПТ дисоціативного підтипу ПТСР (D-PTSD) на основі дослідження окремого випадку

**Метод дослідження:** аналіз випадку

**Учасниця:** Пані Ф.- пацієнтка віком 56 років. Вона прийшла на консультацію за рекомендацією свого професійного психолога. Консультація проходила в психіатричній службі університетського госпітального центру. Під час першої бесіди пані Ф. пояснила, що травматичні симптоми у неї з'явилися після смерті доньки, чотири роки тому. Протягом останніх днів життя її дочки їй довелося спостерігати за тим, як повільно помирає її донька від пухлини у мозку.

**Хід дослідження:** В ході терапевтичної взаємодії використовувались різноманітні інтервенційні техніки КПТ для роботи із ДПТСР (D-PTSD). Пацієнтці було запропоновано доекспозиційну терапію, яка складалася з психоедукації, тренінгу з ідентифікації та регуляції емоцій, тренінгу з



когнітивної модифікації, тренінгу з управління дисоціацією та мета-дисоціативної та мета-емоційної реструктуризації. На подальших етапах терапевтичної взаємодії було запропонували експозиційну терапію і продовжено тренування навичок під час другої частини терапії.

**Результати:** За допомогою адаптованих інтервенційних технік КПТ при Д-ПТСР було виявлено позитивний ефекти стосовно інтенсивності проявів симптомів Д-ПТСР. Одже, на основі інтервенцій спостерігалось значне покращення психічного стану пацієнтки після терапії. Було виявлено зменшення дисоціації під час першої частини терапії, в той час як інтрузії залишалися постійними. Під час другої частини терапії ми спостерігалось зменшення інтрузивних симптомів.

Підсумовуючи можна сказати, що пацієнти, які страждають на D-PTSD, можуть отримати користь від скоригованої КПТ. Перед проведенням експозиційної терапії слід розробити тренінг з регулювання емоцій та управління дисоціацією.

7. *"Результати лікування в груповій когнітивно-поведінковій терапії хронічного болю: Дослідження симптомів ПТСР" Treatment outcomes in group-based cognitive behavioural therapy for chronic pain: An examination of PTSD symptoms [1]*

**Рік публікації:** 2020

**Автори:** Sophia Åkerblom, Lance M. McCracken, Sean Perrin PhD, Marcelo Rivano Fischer

**Мета:** дослідження ефективності лікування за допомогою КПТ осіб із ПТСР та хронічним болем. Окремо в дослідженні важливо виділити

**Метод дослідження:** вимір ефективності

**Учасники:** У дослідженні взяли участь 159 пацієнтів з хронічним болем, які послідовно проходили мультидисциплінарну групову програму КПТ у відділенні реабілітації болю в Університетській лікарні Сконе. До і після лікування, а також під час 12-місячного спостереження проводили самооцінку травматичного впливу і симптомів ПТСР, а також вимірювання депресії,

тривоги, інтенсивності болю, больових перешкод, психологічної негнучкості, контролю над життям і кінезіофобії.

**Хід дослідження:** Лікування являє собою мультидисциплінарну амбулаторну програму КПТ, яку проводять три окремі команди, що складаються з лікаря, соціального працівника, ерготерапевта, фізіотерапевта та клінічного психолога. Лікування проводиться в групах приблизно по 10 пацієнтів, причому кожен пацієнт має індивідуальні цілі лікування. Учасники отримують інформацію про біль, навчаються навичкам та фізичним вправам. Контроль за дотриманням режиму лікування здійснюється за допомогою щотижневих групових зустрічей. Програма лікування триває 5 тижнів з 18 днями активного лікування. Після цього настає 2-місячний період, коли пацієнти працюють над своїми індивідуальними цілями вдома за підтримки команди лікування. Потім пацієнти беруть участь у двох додаткових днях лікування в клініці, де основна увага приділяється прогресу, труднощам і майбутнім цілям. Після цього етапу проводиться оцінка результатів лікування. Через рік усім пацієнтам надсилають однакові анкети (для самозвіту) з оцінкою результатів (подальша оцінка) з високим відсотком повернення.

Тяжкість симптомів ПТСР вимірювали за допомогою широко використовуваного опитувальника PDS, що складається з 49 пунктів, які вимірюють усі діагностичні критерії ПТСР за DSM-IV. PDS включає контрольний список травми, пункти, що визначають найбільш тривожну травматичну подію, сприйняту загрозу життю, чи був хтось поранений, чи призвела подія до безпорадності або жаху, а також пункти, що вимірюють вираженість симптомів і перешкоди в повсякденному житті. Загальна оцінка вираженості симптомів розраховується на основі 17 симптомів ПТСР за DSM-IV, з балами від 0 до 51 (1-10 = легкий; 11-20 = помірний; 21-35 = від помірного до важкого;  $\geq 36$  = важкий). Окрім загальної оцінки тяжкості симптомів, ми також підраховували окремі бали тяжкості симптомів у чотирьох симптомокомплексах моделі емоційного оніміння, які приблизно відповідають чотирьом симптомокомплексам у критеріях ПТСР DSM-5, тобто повторне переживання,

уникнення, емоційне оніміння (аналогічно фактору негативного пізнання та настрою в DSM-5) та гіперактивність (аналогічно фактору змін збудження та реактивності в DSM-5).

Для того, щоб бути віднесеними до категорії осіб з поточним діагнозом ПТСР, учасники повинні були відповідати наступним критеріям, які оцінювалися за допомогою опитувальника PDS: (а) пережити, стати свідком або зіткнутися з подією, яка включала фактичну смерть або загрозу смерті, серйозну травму або загрозу фізичній цілісності себе або інших, і відреагувати на неї сильним страхом, безпорадністю або жахом; (б) один або більше симптомів повторного переживання; (в) три або більше симптомів уникнення і заціпеніння; (г) два або більше симптомів гіперзбудження; (д) тривалість симптомів більше місяця; і (е) клінічно значущий дистрес або погіршення в двох або більше сферах життєдіяльності. Учасники не мали ПТСР, якщо вони не повідомляли про травму або повідомляли про травму, але з надто малою кількістю симптомів або недостатнім ступенем порушення.

Всі учасники заповнювали ПДС, але лише ті, хто повідомляв про травматичну подію, заповнювали пункти, що вимірюють вираженість симптомів. Таким чином, лише учасники, які зазнали травми, були включені в подальший аналіз ПТСР. PDS також використовувався для оцінки травматичного впливу в цьому дослідженні. Як і англomовний оригінал, шведська версія, використана в цьому дослідженні, має задовільну валідність і внутрішню надійність для субшкал ( $\alpha = 0,82-0,89$ ).

**Результати:** Травматичний вплив та вираженість симптомів ПТСР не прогнозували інтенсивність болю або перешкод під час 12-місячного спостереження. Не було виявлено загальних значущих змін у вираженості симптомів ПТСР після лікування або під час подальшого спостереження, але у 24,6% пацієнтів спостерігалися потенційні клінічно значущі зміни під час подальшого спостереження. Психологічна гнучкість опосередковувала зміни, що відбулися в симптомах ПТСР під час лікування.

Одже, можна дійти до висновків, що ані травматичний вплив, ані вихідні симптоми ПТСР не передбачали результатів лікування, проаналізованих у цьому дослідженні. Незважаючи на поліпшення як коморбідної депресії, так і тривоги, участь у цій програмі КПТ, орієнтованій на лікування болю, не була пов'язана з поліпшенням коморбідного ПТСР. Якщо зміни в симптомах ПТСР і відбувалися, то вони були опосередковані змінами в психологічній негнучкості під час лікування.

Значущість полягає у дослідженні програми КПТ, орієнтовані на лікування болю, які дають клінічно значущі поліпшення болю і супутніх симптомів депресії і тривоги, але можуть мати незначний вплив на коморбідний ПТСР. Це піднімає питання про те, чи можна модифікувати існуючі програми КПТ, орієнтовані на лікування болю, для покращення результатів при коморбідних станах, можливо, шляхом кращої спрямованості на психологічну гнучкість, і/або чи може окреме лікування ПТСР бути пов'язане з покращенням результатів лікування болю.

**8. *"Результати першого рандомізованого контрольованого дослідження комплексної когнітивно-поведінкової терапії розладів харчової поведінки та посттравматичного стресового розладу" Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder [59]***

**Рік публікації:** 2022

**Автори:** Kathryn Trottier, Candice M. Monson, Stephen A. Wonderlich, Ross D. Crosby

**Мета:** Основною метою цього первинного рандомізованого контрольованого дослідження було визначити, чи комплексна когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) при поєднаному перебігу розладів харчової поведінки та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є кращою за стандартну КПТ при розладах харчової поведінки в плані покращення симптомів ПТСР. Також досліджували безпечність та бажаність втручання, а також відносну ефективність методів лікування в покращенні симптомів тривоги, депресії та ЕД.

**Метод дослідження:** рандомізоване контрольоване дослідження

Учасники: Особи з ЕД-ПТСР були набрані для участі та рандомізовані на інтегровану КПТ для ЕД-ПТСР або стандартну КПТ для ЕД. Вибірка складалася з 42 осіб з різними діагнозами ЕД.

**Хід дослідження:** Обидва курси склалися з 16 індивідуальних терапевтичних сесій, які проводилися протягом 14 тижнів. Сеанси 1-8 проводилися двічі на тиждень, сеанси 9-12 - щотижня, а сеанси 13-14 - з інтервалом у 2 тижні. Тривалість сесій 1-3 та 15-16 становила 50 хв, а сесій 4-14 - 90 хв.

КПТ для лікування ЕД була розроблена першим автором шляхом адаптації інтервенцій з КПТ-Е для проведення після інтенсивного лікування ЕД. Відповідно до гібридного дизайну дослідження, стан порівняння (тобто КПТ при ЕД) моделювався після лікування, яке пропонувалося в рамках рутинної медичної допомоги в клінічній програмі, де проводилося дослідження. Як і в попередньому пілотному дослідженні, інтегрована КПТ при ЕД-ПТСР являла собою мануалізоване лікування, що складалося з комбінації інтервенцій КПТ і КПТ-Е. Інтенсивне лікування ЕД, яке передувало досліджуваному лікуванню, було спрямоване на переривання переїдання та очищення, встановлення режиму регулярного, необмеженого харчування та відновлення ваги (за необхідності).

Чотири психологи з програми Університетської мережі охорони здоров'я ЕД надавали обидва методи лікування. Усі терапевти пройшли попередню підготовку з КПТ та КПТ-Посилена, включаючи відвідування особистих клінічних тренінгів, проведених розробниками методів лікування. Для того, щоб сприяти дотриманню протоколів лікування, терапевти брали участь у щотижневих групових консультаціях з першим та/або другим автором, зосереджених на застосуванні методів лікування відповідно до протоколів дослідження. Терапевтичні сесії були записані на аудіо для цілей консультацій та оцінки достовірності. Десять відсотків терапевтичних сеансів у кожному стані оцінювалися на предмет дотримання інструкцій і компетентності терапевта чотирма незалежними експертами, які пройшли навчання з метою забезпечення

надійності. Для оцінки компетентності (діапазон 0-6, де 0 означає відсутність доказів компетентності, а 6 - виняткову компетентність) та прихильності (діапазон 0-1, де 0 означає відсутність прихильності, а 1 - прихильність) щодо компонентів КПТ інтегрованої КПТ для лікування ЕД-ПТСР використовували встановлену шкалу оцінки вірності КПТ (КПТ). Та ж шкала оцінювання була адаптована для оцінки прихильності та компетентності щодо втручань КПТ при ЕД в обох режимах лікування. Оцінка 3 бали або вище за шкалою оцінки компетентності вказувала на достатню компетентність. Ступінь прихильності був дуже високим: 100% основних елементів КПТ для лікування ЕД та 98,6% для інтегрованої КПТ для лікування ЕД-ПТСР були виконані. Сто відсотків сесій КПТ при ЕД та 85% сесій КПТ при ЕД-ПТСР мали середній рейтинг компетентності понад 3 бали.

**Результати:** Не було виявлено суттєвих відмінностей між станами за первинними та вторинними показниками результату на вихідному рівні. Тести фіксованих ефектів виявили значущі взаємодії стану та часу на симптоми ПТСР, оцінені клініцистами та самооцінку (CAPS-5 та PCL-5 відповідно),  $F(3, 45,26) = 4,06$ ,  $p = 0,01$  та  $F(3, 41,65) = 7,13$ ,  $p = 0,001$ , відповідно. Показники за шкалою CAPS-5 знизилися при застосуванні обох методів лікування, причому при застосуванні КПТ для лікування ЕД-ПТСР зниження було значно більшим, ніж при застосуванні КПТ для лікування лише ЕД, на початковому етапі, через 3 місяці та 6 місяців спостереження. Попарні порівняння показали, що поліпшення зберігалися протягом усього періоду спостереження. Таку ж закономірність було виявлено і для оцінок за шкалою PCL-5. Взаємодія стану з часом не була значущою для тривоги,  $F(3, 45,84) = 0,64$ ,  $p = 0,60$ , депресії,  $F(3, 38,08) = 2,44$ ,  $p = 0,08$ , або психопатології ЕД,  $F(3, 34,04) = 1,55$ ,  $p = 0,22$ . Однак оцінки фіксованих ефектів показали, що покращення тривожності від початкового рівня до 6-місячного спостереження було значно більшим у КПТ для ЕД-ПТСР, ніж у КПТ для стану ЕД,  $F(1, 19) = 5,48$ ,  $p = 0,03$ . Міжгрупові відмінності в тривожності не були значущими для ЕОТ і 3-місячного спостереження.

Були виявлені значні основні впливи часу на тривогу, депресію та психопатологію ЕД:  $F(3, 45.84) = 12.36, p < 0.001$ ;  $F(3, 38.08) = 6.27, p = 0.001$ ; і  $F(3, 34.04) = 3.88, p = 0.02$ , відповідно. Парні порівняння показали, що показники тривоги та депресії за шкалою DASS значно покращилися після обох методів лікування, і ці зміни зберігалися протягом подальших спостережень. Також було виявлено значний основний вплив стану на тривожність,  $F(1, 37.44) = 8.11, p = 0.01$ . Попарне порівняння двох станів терапії не виявило значущих змін у показниках Глобальної шкали EDE впродовж лікування та подальшого спостереження.

Діагностичний статус ПТСР та ЕД на початку терапії та під час подальшого спостереження. Більша частка учасників більше не відповідала критеріям ПТСР в інтегрованій КПТ для лікування ЕД-ПТСР, ніж у КПТ для лікування ЕД на момент закінчення лікування та 3-місячного спостереження,  $p = 0,002$  та  $p = 0,03$ , відповідно, за точним критерієм Фішера. Різниця не була статистично значущою при 6-місячному спостереженні. Не було суттєвих відмінностей між станами у співвідношенні осіб, у яких спостерігалось достовірне покращення та погіршення показників за CAPS-5 протягом лікування та під час подальших спостережень. Загалом, частки учасників, у яких спостерігалось достовірне покращення, погіршення та відсутність змін у глобальних показниках EDE, були схожими між режимами терапії. Не було статистично значущої різниці у відсотках учасників, які вважалися такими, що більше не відповідають діагностичному порогу для ЕД.

Обидва методи лікування отримали високу оцінку: 96,8% були хоча б частково задоволені, а 90,4% - від дуже задоволених до повністю задоволених. Відмінностей у задоволеності лікуванням між станами не було,  $U$  Манна-Уїтні = 0,40. Усі учасники обох програм, які надали дані, сказали, що порекомендували б лікування, яке вони отримали, комусь іншому. Було виявлено значну перевагу комплексного лікування як ЕД, так і ПТСР (87,1%) над окремими методами лікування ЕД або ПТСР. Нарешті, 93,3% тих, хто отримував комплексну КПТ, вважали, що лікування ПТСР полегшить їхнє одужання від ЕД.

Підсумки. Змішані моделі виявили значну взаємодію часу та умов терапії на тяжкість симптомів ПТСР за оцінкою клініцистів та самооцінкою на користь інтегрованої КПТ для ЕД-ПТСР. Обидва методи лікування були пов'язані зі статистично значущим покращенням симптомів ПТСР, тривоги та депресії. Покращення зберігалися протягом 3- та 6-місячного спостереження. Обидва втручання були безпечними, а задоволеність обома методами лікування була високою. Однак перевага надавалася комплексному лікуванню.

Інтеграція КПТ для лікування ПТСР та ЕД після інтенсивного лікування ЕД є безпечною, бажаною та ефективною для покращення симптомів ПТСР. Необхідні подальші дослідження з більшими розмірами вибірок, щоб визначити, чи інтегрована КПТ при ЕД-ПТСР має переваги над стандартною КПТ при ЕД щодо результатів лікування ЕД.

**9. "Чи ефективна лише одна когнітивна методика? Результати рандомізованого контрольованого дослідження двох різних версій когнітивно-поведінкової інтервенції для лікування посттравматичного стресового розладу в арабськомовних країнах" *Is only one cognitive technique also effective? Results from a randomized controlled trial of two different versions of an internet-based cognitive behavioural intervention for post-traumatic stress disorder in Arabic-speaking countries [8]***

**Рік публікації:** 2021

**Автори:** Maria Böttche, Birgit Wagner, Max Vöhringer, Manuel Heinrich, Jana Stein, Pirko Selmo, Nadine Stammel, Christine Knaevelsrud

**Мета:** З'ясувати, чи призводить коротке інтернет-втручання з використанням однієї когнітивної методики (TF-short, 6 завдань) до таких же змін симптомів ПТСР і меншого відсіву учасників порівняно з більш тривалим втручанням з використанням двох когнітивних методик (TF-reg, 10 завдань).

**Метод дослідження:** рандомізоване контрольоване дослідження

**Учасники:** Загалом 224 арабських учасники (67,4% жінок; M = 25,3 років) з ПТСР були рандомізовані для проходження КПТ в Інтернеті з використанням протоколу TF-reg (n = 110) або протоколу TF-short (n = 114). Симптоми ПТСР та



вторинні результати (тривога, депресія, соматичні скарги, якість життя) оцінювалися онлайн на початковому етапі та після лікування. Зміни, пов'язані з лікуванням, оцінювали за допомогою багатогрупових моделей оцінки латентних відмінностей.

**Хід дослідження:** Для дослідження змін, а також відмінностей у змінах протягом усього втручання було використано кілька опитувальників. Усі показники оцінювалися онлайн на початковому етапі (до лікування) і після лікування. Усі опитувальники вже були перекладені на стандартну арабську мову, а згодом сліпим зворотним перекладом на оригінальну версію для дослідження TF-reg.

Ступінь тяжкості ПТСР Діагностична шкала посттравматичного стресу (ПДС) - це 17-пунктовий інструмент для самозвіту, який оцінює симптоми ПТСР за 4-бальною шкалою від "ніколи" (0) до "майже завжди" (3), із загальною кількістю балів від 0 до 51. Бали від 1 до 10 вказують на легкий ступінь, від 11 до 20 - на помірний, від 21 до 35 - на середній і важкий, а понад 35 - на важкий ПТСР. Нещодавнє дослідження виявило підтримку онлайн-застосуванню PDS як розумного підходу до вимірювання ПТСР. У цьому дослідженні альфа Кронбаха становила  $\alpha = .80$ .

Тривога та депресія Для вимірювання симптомів депресії та тривоги були використані середні бали за субшкалами опитувальника симптомів Гопкінса-25 (HSCL-25). Кожен з 25 пунктів оцінюється за 4-бальною шкалою від "зовсім не виражений" (1) до "дуже виражений" (4). Арабська версія HSCL-25 продемонструвала відповідні психометричні властивості при застосуванні в онлайн-контексті (Selmo et al., 2016). Внутрішня узгодженість становила  $\alpha = .81$  для депресії та  $\alpha = .84$  для субшкали тривоги.

Соматичні скарги Для оцінки соматичних скарг використовували субшкалу соматизації Опитувальника симптомів-90 (SCL-90-R) (Derogatis & Savitz, 1999). Ця субшкала складається з 12 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта від зовсім не виражений (0) до дуже виражений (4). Внутрішня узгодженість становила  $\alpha = .91$

Якість життя Шкала EUROHIS-QOL-8 з 8 пунктів, яка вимірює якість життя в чотирьох сферах (психологічна, фізична, соціальна, екологічна), є похідною від WHOQOL-BREF. Пункти оцінюються за 5-бальною шкалою від "зовсім не відповідає" (1) до "повністю відповідає" (5), причому вищі середні бали свідчать про кращу якість життя. У крос-культурному дослідженні EUROHIS-QOL-8 показав прийнятні результати. У цьому дослідженні внутрішня узгодженість становила  $\alpha = .68$ .

Інтервенції, які використовувались базуються на голландському когнітивно-поведінковому підході до ПТСР, розробленому для впровадження за допомогою Інтернету, який було перекладено на сучасну стандартну арабську мову та адаптовано до культурних особливостей. Обидва втручання склалися з двох щотижневих 45-хвилинних структурованих письмових завдань. Для проведення обох інтервенцій використовувався захищений паролем веб-додаток.

Інтервенція з використанням двох когнітивних технік (когнітивна реструктуризація та обробка; TF-reg) Інтервенція TF-reg складалася з трьох компонентів з десятьма письмовими завданнями протягом п'яти тижнів: 1) письмова самоконфронтація (уявна експозиція) шляхом опису травматичної події та її обставин якомога детальніше, від першої особи та в теперішньому часі (чотири завдання); 2) когнітивна реструктуризація для роздумів про почуття провини, дисфункціональні автоматичні когніції та коригування нереалістичних припущень (чотири завдання); 3) когнітивна обробка у формі роздумів про травму та її значення для особистості шляхом написання листа з підтримкою самому собі під час травми, так званий соціальний обмін (два завдання). На початку кожного компонента надавалася (психоосвітня) інформація про принципи етапу лікування. Протокол TF-reg довів свою ефективність у попередньому рандомізованому контрольованому дослідженні за участю арабомовних пацієнтів.

Втручання з однією когнітивною технікою (когнітивна обробка; TF-short) Втручання TF-short було ідентичним до протоколу TF-reg, але без другого компонента когнітивної реструктуризації з чотирма завданнями. Отже, протокол

TF-short складався з двох компонентів (компоненти 1 і 3 протоколу TF-reg): 1) письмовий самоаналіз травматичної події (чотири завдання) та 2) когнітивна обробка у формі рефлексії та осмислення значення травми для особистості, тобто соціальний обмін (два завдання). Короткий протокол ТФ включав шість письмових завдань протягом трьох тижнів.

Консультанти- вісім консультантів, які є носіями арабської мови і проживають в Єгипті або Німеччині, проводили обидва втручання. Консультанти мали або багаторічний практичний досвід роботи в якості психосоціальних консультантів, або ступінь бакалавра з психології чи суміжних з психологією дисциплін. Протягом періоду дослідження консультанти проходили підготовку на численних і безперервних семінарах, присвячених роботі з посібником з лікування та специфічним аспектам лікування в Інтернеті. Крім того, вони відвідували щомісячні супервізійні зустрічі. В обох інтервенціях консультанти надавали письмовий зворотний зв'язок щодо письмових завдань учасників та подальші інструкції щодо наступного завдання протягом 48 годин. Зворотній зв'язок та інструкції склалися зі стандартного посібника, а також індивідуального зворотного зв'язку, адаптованого до потреб кожного учасника. Телефонний контакт з учасниками обмежувався технічними проблемами або надзвичайними ситуаціями (наприклад, суїцидальними думками).

**Результати:** Бали за шкалою PDS під час базової оцінки коливалися від 5 до 51, із середнім значенням 32,4 (SD = 9,3). Відповідно до запропонованої класифікації тяжкості на основі PDS, більшість учасників мали помірні, середні (n = 112, 50%) або тяжкі симптоми ПТСР (n = 90, 40%). Лише 10% (n = 22) були класифіковані як такі, що мають легке або помірне симптоматичне навантаження. Крім того, були підвищені рівні симптомів депресії (M = 2,1, SD = 0,5) і тривоги (M = 1,8, SD = 0,7).

Загалом, 19,3% (n = 22) учасників короткої фази та 24,5% (n = 27) учасників основної фази не розпочали лікування. Ці показники суттєво не відрізнялися між групами лікування,  $\chi^2 (1/N = 224) = 0,90$ ,  $p = .342$ . Крім того, не було суттєвих відмінностей між тими, хто розпочав лікування, і тими, хто його ніколи не

розпочинав, за жодними соціально-демографічними або клінічними змінними.

Посттравматичні симптоми. Загальний бал за шкалою PDS знизився приблизно на 15 балів в обох групах лікування. Відмінності між групами (TF-reg vs. TF-short) при пост-оцінці були невеликими і несуттєвими,  $\Delta = 0,29$ ,  $p = .89$ ,  $d = 0,02$ , 95% ДІ [-0,30, 0,34]. Така ж картина спостерігається для субшкал уникнення,  $\Delta = 0,02$ ,  $p = .98$ ,  $d = 0,00$ , 95% ДІ [-0,34, 0,35], повторного переживання,  $\Delta = 0,04$ ,  $p = .96$ ,  $d = 0,01$ , 95% ДІ [-0,31, 0,32] та збудження,  $\Delta = 0,22$ ,  $p = .80$ ,  $d = 0,04$ , 95% ДІ [-0,29, 0,38].

Показники вторинних результатів. Як і для первинного показника, всі внутрішньо групові зміни протягом інтервенції були статистично значущими з використанням вибірки ІТТ зі стандартизованими оцінками ефекту в діапазоні від  $d = 0,70$  (якість життя, TF-короткий) до  $d = -1,16$  (депресія, TF-короткий). Всі оцінки міжгрупових ефектів (TF-reg проти TF-short) були описово малими і незначущими (депресія,  $\Delta = -0,17$ ,  $p = .27$ ,  $d = -0,19$ , 95% ДІ [-0,53, 0,15], тривожність,  $\Delta = -0,22$ ,  $p = .16$ ,  $d = -0,25$ , 95% ДІ [-0,59, 0,10], соматичні скарги,  $\Delta = -0,12$ ,  $p = .49$ ,  $d = -0,11$ , 95% ДІ [-0,43, 0,21] та якість життя,  $\Delta = 0,42$ ,  $p = .75$ ,  $d = 0,06$ , 95% ДІ [-0,28, 0,39]).

Одже, загальний показник ПТСР, оцінений за допомогою PDS, знизився приблизно на 15 балів в обох станах. Міжгрупові відмінності (TF-reg vs. TF-short) після оцінки були незначущими,  $\Delta = 0,29$ ,  $p = .896$ ,  $d = 0,02$ , 95% ДІ [-0,30, 0,34]. Як і для первинного результату, всі внутрішньо групові зміни для вторинних результатів протягом усього втручання були статистично значущими, а всі міжгрупові ефекти були незначущими. Загалом, показники відсіву не відрізнялися між двома умовами,  $\chi^2 (1/N = 175) = 0,83$ ,  $p = 0,364$ .

Отримані дані свідчать про те, що коротший період призводить до таких же змін симптомів і рівня відсіву, як і довший період. Це підкреслює потенціал коротших, більш масштабованих інтернет-втручань в соціально обмежених і (пост)конфліктних суспільствах.

***10. Treatment Efficacy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: Latent Class Trajectories of Treatment Response and Their Predictors***

***"Ефективність лікування ветеранів з посттравматичним стресовим розладом: Латентні класові траєкторії відповіді на лікування та їх предиктори" [43]***

**Рік публікації:** 2018

**Автори:** Murphy, D., & Smith, K. V.

**Мета:** У поточному дослідженні ставилось на меті дослідити неоднорідність відповіді на лікування у вибірці британських ветеранів, які пройшли засноване на доказах стандартизоване втручання в стаціонарі з приводу ПТСР.

**Метод дослідження:** рандомізоване клінічне дослідження

**Учасники:** У дослідженні були використані клінічні дані 960 британських військових ветеранів, які пройшли стандартизовану 6-тижневу програму лікування посттравматичних стресових розладів у стаціонарі між 2013 і 2016 роками. Ветерани були направлені до програми з різних джерел з усього Сполученого Королівства, таких як UK National Служба охорони здоров'я, ветеранські благодійні організації та самозвернення тощо. Після направлення ветерани були обстежені психіатром для діагностичного інтерв'ю. Якщо у ветеранів був діагностований посттравматичний стресовий розлад, вони проходили повторне обстеження у психолога. Під час цієї оцінки клініцист дослідив деталі травматичного досвіду та оцінив критерії включення та виключення з програми.

**Хід дослідження:** Програма пропонувалася закритим групам від 8 до 10 учасників і складалася з 55 групових сесій та 15 індивідуальних терапевтичних сесій. Групи можна умовно поділити на два напрямки: психоосвітні та групи з управління симптомами. Психоосвітні групи включали психологічну модель ПТСР, інформацію про гігієну сну та принципи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Групи з управління симптомами включали заняття з поведінкової активації при депресії, стратегій управління тривогою, використання заземлюючих предметів для управління дисоціацією, усвідомленості та управління гнівом. Крім того, пацієнтам було запропоновано шість щотижневих

груп арт-терапії та чотири сесії ерготерапевтів, спрямовані на сприяння одужанню. Учасникам пропонували щонайменше 15 індивідуальних 90-хвилинних сесій КПТ, орієнтованої на травму (КПТ-ТФ). У Великій Британії КПТ визнана золотим стандартом лікування ПТСР. Існують переконливі докази того, що КПТ перевершує інші методи лікування ветеранів з ПТСР. Як і багато інших методів лікування ПТСР, експозиція *in vivo* є невід'ємною частиною КПТ з використанням ТФ-КПТ. Клініцист активізує спогади про травму, просячи пацієнта згадати травматичну подію; потім пацієнту допомагають контекстуалізувати перцептивні сенсорні аспекти "гарячих точок", або найгірших моментів травми, вводячи відповідні сигнали безпеки та нову інформацію про значення травми. Цей процес називається "актуалізацією пам'яті про травму" і відбувається через уявне переживання та вербальну обробку. Паралельно пацієнтам пропонується повернутися до уникнутих стимулів і ситуацій, щоб придушити страх і розвинути майстерність реагування. Після 6-тижневої програми учасники були виписані, і ми не змогли відстежити, яку підтримку вони могли отримати від інших постачальників послуг.

Дані для дослідження були зібрані в рамках рутинного клінічного аудиту. Учасники дали згоду на використання даних і заповнили пакет психометричних показників на початку терапії (тобто до лікування), наприкінці лікування (тобто після лікування), а потім у трьох часових точках спостереження (через 6 тижнів, 6 місяців і 12 місяців після завершення лікування). Для проведення подальшого спостереження використовувалася трихвильова поштова стратегія для отримання відповідей.

Симптоми ПТСР оцінювали за допомогою переглянутої шкали впливу події, що складається з 22 пунктів. IES-R ґрунтується на критеріях ПТСР, викладених у четвертому виданні Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-IV). У кожному пункті опитувальника учасникам пропонується оцінити частоту, з якою вони відчували різні симптоми ПТСР протягом останніх 7 днів, за 5-бальною шкалою від 0 (зовсім не відчували) до 4 (дуже сильно). Пункти оцінюються від 0 до 4, а загальна кількість балів може

варіюватися від 0 до 88, причому вищі бали свідчать про значну вираженість симптомів. Шкала показала відмінну внутрішню узгодженість ( $\alpha$  Кронбаха = .96).

Депресію оцінювали за допомогою дев'ятипунктового опитувальника здоров'я пацієнта (PHQ-9), в якому пацієнтів просять оцінити частоту виникнення симптомів, пов'язаних з депресією, за 4-бальною шкалою від 0 (зовсім не буває) до 3 (майже кожного дня). Відповідність критеріям випадку визначалася як оцінка 10 або більше балів за шкалою PHQ-9. Внутрішня надійність опитувальника виявилася відмінною, а значення альфа-критерію Кронбаха становило від 0,86 до 0,89.

Тривожність оцінювали за допомогою опитувальника генералізованого тривожного розладу (GAD-7), що складається з семи пунктів. Відповідність критеріям визначалася як оцінка 8 балів або вище з можливого діапазону оцінок від 0 до 21 бала за GAD-7. Показано, що цей показник має високу внутрішню узгодженість.

Для оцінки проблем з гнівом використовувався опитувальник "Вимірювання реакцій гніву" (DAR-5), що складається з п'яти пунктів. Відповідність критеріям випадку визначалася як оцінка 12 або більше балів з 25 можливих за шкалою DAR-5. Повідомлялося про хорошу внутрішню узгодженість ( $\alpha$  Кронбаха = .88).

Для дослідження функціональних порушень використовувалася Шкала оцінки трудової та соціальної адаптації (WSAS). WSAS досліджує функціональні порушення, про які повідомляють самі пацієнти, у п'яти сферах (робота, ведення домашнього господарства, соціальна активність, дозвілля та близькі стосунки). Оцінки варіюються від 0 до 40 балів. Альфа-значення Кронбаха для внутрішньої узгодженості шкал коливається від 0,70 до 0,94.

Зловживання алкоголем оцінювали за допомогою тесту на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT). Відповідність критеріям випадку визначалася як оцінка 8 або більше з 40 можливих балів за тестом AUDIT. Повідомлялося про значення альфа Кронбаха в діапазоні від 0,75 до 0,94.

**Результати:** Це дослідження надає докази того, що у більшості ветеранів із посттравматичним стресовим розладом відмічено покращення в балах за тяжкість посттравматичного стресового розладу через 12 місяців після лікування. Однак значна меншість не відповіла на лікування. Бойова роль під час військової служби та супутня депресія та тривога підвищили ймовірність резистентності до лікування. Результати поточного дослідження свідчать про те, що більш точне сортування для оцінки тяжкості проявів було б корисним для забезпечення кращого цілеспрямованого лікування та що необхідні додаткові дослідження для кращої підтримки потреб найбільш уразливих ветеранів. Цілком можливо, що ця група могла мати більш серйозні прояви посттравматичного стресового розладу, які могли б відповідати новому діагнозу комплексного посттравматичного стресового розладу за МКХ-11, хоча для підтвердження цього необхідні додаткові дослідження.

**11. "Ефективність експозиційної когнітивно-поведінкової терапії посттравматичного стресового розладу у працівників екстрених служб: Рандомізоване клінічне дослідження" *Efficacy of exposure-based cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder in emergency service personnel: A randomised clinical trial [13]***

**Рік публікації:** 2018

**Автори:** Bryant, Richard & Kenny, Lucy & Rawson, Natasha & Cahill, Catherine & Joscelyne, Amy & Garber, Benjamin & Tockar, Julia & Dawson, Katie & Nickerson, Angela.

**Мета:** Оцінити ефективність когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для лікування ПТСР у працівників екстрених служб, а також з'ясовано, чи є короткий вплив (КПТ-В) на спогади про травму не менш ефективним, ніж тривалий вплив (КПТ-Л).

**Метод дослідження:** рандомізоване клінічне дослідження

**Учасники:** Сто співробітників екстрених служб з ПТСР були рандомізовані для проходження КПТ-Л, КПТ-Б або для проходження КПТ у режимі очікування (WL). Після оцінки після лікування учасники групи



очікування були рандомізовані на активне лікування. Учасників, рандомізованих до КПТ-Л або КПТ-Б, оцінювали на початковому етапі, після лікування та через 6 місяців після його завершення.

**Хід дослідження:** КПТ-Л та КПТ-Б склалися з 12 індивідуальних щотижневих сесій, які включали одну сесію психоосвіти, чотири сесії тренінгу навичок КПТ, шість сесій, які включали уявну та реальну експозицію, та одну сесію профілактики рецидивів. Терапія супроводжувалася тренінгами з подолання супутніх проблем, з якими зазвичай стикаються рятувальники в надзвичайних ситуаціях. Тренінг передбачав короткі інструкції в одній або декількох з наступних сфер, залежно від супутньої патології учасника: управління депресією, управління панікою, регулювання емоцій, управління зловживанням психоактивними речовинами, управління гнівом або міжособистісними стосунками. Учасникам було надано робочий зошит, який містив інформацію про вищезазначені навички. Когнітивна реструктуризація була включена в сесії 2-11 для реструктуризації дезадаптивних когніцій. Сесії КПТ-КП тривалістю 90 хвилин включали 40 хвилин уявної експозиції. Сеанси КПТ-Б тривали 60 хвилин і включали 10 хвилин уявної експозиції, таким чином, час сеансу без експозиції був обмежений 50 хвилинами в обох умовах. Коротка експозиція зосереджувалася на найбільш тривожних рисах спогадів про травму. Після завершення кожного сеансу експозиції проводилося коротке обговорення питань, що виникли в результаті експозиції, для максимального опрацювання експозиції. Експозиція *in vivo* розпочалася на сесії 7 і продовжувалася на кожній наступній сесії. Обидві форми КПТ проводили п'ять клінічних психологів, які мають ступінь магістра або доктора наук.

Для оцінки дотримання протоколу всі терапевтичні сесії записувалися, і 15% з них оцінювалися незалежними клініцистами, які використовували контрольний список, заснований на керівних принципах оцінки дотримання протоколу. Два незалежні експерти оцінювали наявність кожного з 22 компонентів лікування, незалежно від стану пацієнта або сеансу лікування (середнє значення  $\kappa = 0,91$ ). Експерти також оцінювали якість наданої терапії за

семибальною шкалою (1 = "неприйнятно", 7 = "дуже добре") (середня міжрейтингова надійність:  $r = 0,87$ ). Перевірка достовірності показала, що всі належні інтервенції КПТ були надані, і відповідна тривалість експозиції була дотримана в умовах КПТ-Л і КПТ-Б, відповідно. Будь-які ознаки психіатричної кризи (наприклад, неминучий суїцидальний ризик) або потреба в терміновому захисті були передані на розгляд місцевої консультативної ради, учасники були перенаправлені до відповідних служб, і їх було вилучено з дослідження.

Результати: Важливо, що рівень тяжкості ПТСР до лікування не відрізнявся між учасниками, рандомізованими до КПТ-КПТ-Л або КПТ-Б після періоду, та учасниками, рандомізованими одразу ( $t_{91} = 1,6$ ,  $P = 0,12$ ). Порівнянні частки учасників як КПТ-Л, так і КПТ-Б відвідали 0-3 сесії (10,2% проти 9,1%), 4-7 сесій (22,4% проти 18,2%), 8-11 сесій (20,4% проти 27,3%) та 12-14 сесій (47,0% проти 45,4%). Вісімдесят один (86%) учасник, рандомізований до КПТ-Л або КПТ-Б, завершив 6-місячне спостереження. Учасники, яких було залучено до подальшого спостереження, не відрізнялися від тих, кого було втрачено, за віком, рівнем освіти, стажем роботи в екстрених службах, часом, що минув з моменту розвитку ПТСР, або вихідним ступенем тяжкості ПТСР.

У моделі після лікування спостерігався значущий вплив часу ( $F_{63.06} = 176.03$ ,  $P < 0.001$ ), що вказує на те, що показники CAPS знижувалися після лікування для всіх станів. Крім того, спостерігався значний ефект взаємодії ( $F_{47.25} = 20.04$ ,  $P < 0.001$ ), що свідчить про те, що обидва режими КПТ призвели до більшого зниження показників, ніж ЗП, після лікування. Між КПТ-Л і КПТ-Б була незначна різниця ( $F_{49.00} = 0,20$ ,  $P < 0,85$ ). Менше учасників КПТ-Л ( $n = 11$ , 40,7%), ніж ЗП ( $n = 25$ , 89,3%) відповідали критеріям ПТСР (середня різниця 48,5%; 95% ДІ 23,7-66,2%;  $\chi^2 = 14,3$ ,  $P < 0,001$ ). Менше учасників КПТ-Б ( $n = 7$ , 24,1%), ніж ЗП ( $n = 25$ , 89,3%) відповідали критеріям ПТСР (середня різниця 65,2%; 95% ДІ 24,1-89,3%;  $\chi^2 = 24,1$ ,  $P < 0,001$ ). Була виявлена між КПТ-Л і КПТ-Б була незначна різниця (середня різниця 16,6%; 95% ДІ 24,1-89,3%;  $\chi^2 = 1,8$ ,  $P = 0,18$ ). Вторинний аналіз показав, що кількість коморбідних розладів не впливає на відповідь на лікування після завершення лікування ( $F_{84.24} = 1,0$ ,  $P = 0,42$ ).

На основі аналізу результатів даних можна підсумувати, що після лікування в учасників спостерігалось менше зниження тяжкості ПТСР (за шкалою ПТСР, що застосовується клініцистами), депресії, дезадаптивних оцінок себе та світу, а також менше покращення психологічної та соціальної якості життя, ніж у учасників КПТ-Л та КПТ-Б, порівняно з учасниками КПТ-В. Не було виявлено відмінностей між КПТ-Л і КПТ-Б при подальшому спостереженні за первинними або вторинними показниками, але як КПТ-Л, так і КПТ-Б мали значні розміри ефекту від початкового рівня до подальшого спостереження щодо зменшення симптомів ПТСР.

**Висновки.** Це дослідження підкреслює, що КПТ, яка може включати в себе як тривалу, так і коротку уявну експозицію, є ефективною у зменшенні симптомів ПТСР у працівників екстрених служб.

***12. A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Augment Posttraumatic Stress Disorder Treatment in Survivors of Interpersonal Violence "Рандомізоване клінічне дослідження когнітивно-поведінкової терапії безсоння для покращення лікування посттравматичного стресового розладу у постраждалих від міжособистісного насильства" [63]***

**Рік публікації:** 2022

**Автори:** Wilfred R. Pigeon, Hugh F. Crean, Catherine Cerulli, Autumn M. Gallegos, Todd M. Bishop, Kathi L. Heffner

**Мета:** визначити, чи ефективніше послідовне лікування безсоння та посттравматичного стресового розладу порівняно з лікуванням лише посттравматичного стресового розладу.

**Метод дослідження:** рандомізоване клінічне дослідження

**Учасники:** У 20-тижневому дослідженні 110 учасників, які піддавалися IPV (сексуальне насильство), які мали посттравматичний стресовий розлад, депресію та безсоння, були рандомізовані на КПТі з подальшим КПТ або на контроль уваги з наступним КПТ.

**Хід дослідження:** Учасники, які отримували КПТі + КПТ, відвідували 4 щотижневі індивідуальні сесії КПТі - стандартизованого багатокомпонентного втручання. Хоча КПТі зазвичай складається з 6-8 сесій, продемонстровано порівнянний вплив на поліпшення стану безсоння, коли стандартні компоненти втручання застосовувалися протягом 4 сесій. У поточному дослідженні застосовувались такі стандартні компоненти: терапію контролю над стимулами, включаючи встановлення режиму перед сном (сесія 1), психоосвіту сну (сесії 1 і 2), терапію обмеження сну (сесія 2), гігієну сну (сесія 2), когнітивну терапію (сесія 3) і самоконтроль / управління / профілактику рецидивів (сесія 4). Перед першою сесією учасники заповнювали щоденник сну протягом тижня (повідомляючи про час відходу до сну, хвилину до засинання, кількість і тривалість пробуджень, час останнього пробудження і час відсутності в ліжку протягом дня), а потім вели щоденники протягом усього курсу КПТі. Одним із доповнень до стандартної КПТі, яке включили в це дослідження, було проведення опитувальника страху сну з 23 пунктів на початковому етапі, який був розроблений для виявлення думок і переконань, пов'язаних зі сном, які є специфічними для безсоння, пов'язаного з травмою. Пункти цього опитувальника, які отримали високу оцінку, були використані для інформування терапевта та учасників під час психоосвіти уві сні та когнітивної терапії. Кожен учасник бачився з одним і тим же терапевтом протягом 4 сесій, а терапевти були ліцензованими постачальниками послуг з охорони психічного здоров'я або докторантами з просунутою клінічною психологією, які пройшли навчання КПТі під наглядом автора W.R.P.

Учасники контрольної групи +КПТ заповнювали щоденники сну і отримували 4 щотижневі телефонні дзвінки від клінічного координатора. Зміст дзвінків включав короткі перевірки та нагадування про протокол, про те, коли розпочати наступний 1-тижневий щоденник сну та про наступну зустріч.

Після 4-тижневого періоду КПТі, або контрольного періоду, було запропоновано всім учасникам КПТ, що складається зі стандартного, структурованого, щотижневого протоколу з 12 сесій. Хоча ця когнітивна терапія

більш детально описана в інших джерелах, вона починається з психоосвіти (сесія 1), розробки твердження про вплив травматичної події на кожен з 5 ключових життєвих вимірів, тобто безпеку, довіру, владу/контроль, повагу та інтимність (сесія 2). КПТ продовжується початковими кроками когнітивної терапії та написанням/переписуванням розповідей про травму (заняття 3-5), виявленням та оскарженням переконань, які заважають одужанню (заняття 6 і 7), дослідженням того, як змінилися переконання щодо 5 вимірів, та оскарженням дезадаптивних переконань, пов'язаних з кожним з них (заняття 8-11), і завершується оглядом та підсумковим звітом про вплив (заняття 12). Сертифіковані терапевти КПТ були ліцензованими психіатрами, проводили індивідуальні щотижневі сесії та були сліпими щодо призначення досліджуваної групи.

**Результати:** Результати: Через 6 тижнів у групі КПТі спостерігалось більше зниження показників за шкалами ISI, HAM-D і CAPS, ніж у групі, що застосовувала КПТ з контролем уваги. Через 20 тижнів учасники, які приймали КПТі +КПТ, мали більше зниження показників за шкалами ISI, HAM-D та CAPS, ніж учасники, які були в контрольній групі +КПТ. Ефекти були більшими для безсоння і депресії, ніж для ПТСР. Подібні закономірності спостерігалися і щодо клінічної відповіді та ремісії. Аналіз чутливості до критичної точки підтвердив правдоподібність отриманих результатів. Підсумовуючи, можна сказати, що послідовне проведення КПТі і КПТ мало вірогідний, значний вплив на безсоння, депресію і ПТСР порівняно з КПТ. Вплив на симптоми ПТСР був помірним і клінічно значущим.

### 3.2 Синтез на основі відібраних досліджень

На основі якісного аналізу наукових публікацій: емпіричних досліджень, системних оглядів та мета аналізів- можна сформулювати певні уявлення про особливості та визначення рівня ефективності КПТ інтервенцій при наданні психологічної/ психотерапевтичної допомоги особам із ПТСР.

Аби детальніше обґрунтувати особливості та рівень ефективності використання методів КПТ варто коротко звернути окрему увагу на ті інтервенції, які використовувались для написання магістерського кваліфікаційного дослідження.

Варто окремо звернути увагу на дослідження ефективності класичних КПТ інтервенцій при наданні психологічної допомоги особам із ПТСР ефективність використання ТФКПТ при ПТСР є встановленою та зосередженою на валідації/ усвідомленню травматичних подій, з якими стикалась особистість в часі надзвичайно високого стресового навантаження. На основі дослідження про дисоціативний ПТСР можна говорити про ефективність проведених інтервенцій, які допомогли клієнтці зменшити рівень дисоціації та зменшення інтрузивних спогадів. У другому випадку, коли досліджувалась ефективність КПТ інтервенцій у випадку сформованого ПТСР на основі травматичних подій на побаченні- результати показували позитивну динаміку впливу на рівень психічного здоров'я досліджуваних, зменшення симптоматики ПТСР. так, двоє учасників досягнули ремісії симптомів ПТСР, проте двоє змогли покращити рівень власного психічного здоров'я, але все ще перебували у легкому діапазоні симптомів ПТСР. Ще одним показовим прикладом використання КПТ інтервенцій при ПТСР, є дослідження ефективності методів КПТ при наданні психологічної особи із симптомами ПТСР. аналіз результатів дослідження показав, що ті особи, які отримали повний курс КПТ змогли знизити негативну симптоматику до безпечного рівня, що показує ефективність використання КПТ інтервенцій для допомоги особам із ПТСР.

Важливість сну в повноцінному функціонування особистості важко недооцінити. Особлива увагу на якість та належний рівень сну звертається в рандомізованому клінічному дослідженні КПТ безсоння з метою підвищення ефективності лікування ПТСР набутого в наслідок міжособистісного насильства. У цьому дослідженні піднімалась цікава та важлива тематика розуміння спрямованості інтервенцій, адже при ПТСР важливим критерієм наявності даного розладу є проблеми із сном. Так, дослідження мало на меті дослідити ефективність КПТ та КПТ сну. Результати дослідження показали, що використання спеціалізованих КПТ інтервенцій показували вищу ефективність у порівнянні із класичними інтервенціями. Це дає можливість до розуміння важливості підбору інтервенцій у відповідності до запитів та цілей консультативної/терапевтичної взаємодії, проте детальніше дослідження ефективності потребує глибиннішого аналізу та розробки методології інтервенцій у відповідності до запитів та мішеней такої взаємодії.

Тематика психологічної допомоги ветеранам із ПТСР, є та буде актуальною протягом наступних років та десятиріч. Наукова публікація авторів Murphy, D., & Smith, K. V. дозволяє краще поглянути на ефективність використання технік та протоколів допомоги особам із ПТСР. Результати дослідження свідчать, що ефективність КПТ інтервенцій спостерігається в довгостроковому вимірі та показує свою ефективність. Важливим аспектом є і розуміння головних мішеней КПТ інтервенцій, що може свідчити про важливість індивідуального підходу до кожного пацієнта, навіть із урахуванням поставленого попередньо діагнозу. Важливо звертати увагу на індивідуальні запити та особливості особистості для надання більш кваліфікованої допомоги.

Також, важливим є розуміння ефективності різновидів КПТ при наданні особам із коморбідними станами, зокрема РХП та ПТСР. У дослідженні «Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder» розкриваються особливості та вимір ефективності технік КПТ. Результати даного дослідження дозволяють

стверджувати, що ефективність наданих інтервенцій є статистично значущою та показує ефективність навіть в довготривалому вимірі.

Надання психологічної допомоги працівникам екстрених служб виступає вагомою мішенню досліджень, особливо в сучасних реаліях життя. Дослідження даної тематики, огляд якого було здійснено в даній роботі дозволяє зробити висновки, що важливо звертати увагу на індивідуальні запити у роботі із пацієнтами. КППТ інтервенції показують позитивний вплив на ПТСР симптоматику, експозиційні техніки є важливим та ефективним інструментарієм в даному процесі, проте потрібно проводити подальші дослідження для формування цілісної картини, та розуміння особливостей надання КППТ інтервенцій в залежності від регіональних, професійних та особистих особливостей особистості, якій надається психологічна допомога.

Ще одним важливим аспектом дослідження особливостей та ефективності КППТ технік є їх ефективність у роботі із ПТСР та певними коморбідними станами (на рівні фізичних проблем, а не розладів психіки). В межах нашого системного огляду, у відповідності до критеріїв включення було виокремлено 2 дослідження які звертали увагу на даний аспект. У першому дослідженні- із коморбідним посттравматичним головним болем та симптомами ПТСР було встановлено що КППТ інтервенції є малоефективними стосовно інтенсивності головного болю, особливо коли він є хронічним. Але, у тих випадках, коли головні болі були наслідком ПСТР було значне покращення та збільшення якості життя, допомагали долати наслідки негативного впливу на життя та опосередковано позитивно впливали на зменшення інтенсивності симптоматики ПТСР.

Також, варто звернути увагу на дослідження результату лікування в груповій КППТ хронічного болю, симптомів ПТСР. дослідження показали, що програми КППТ, орієнтовані на лікування болю, які дають клінічно значущі поліпшення болю і супутніх симптомів депресії і тривоги, але можуть мати незначний вплив на коморбідний ПТСР. Це піднімає питання про те, чи можна модифікувати існуючі програми КППТ, орієнтовані на лікування болю, для покращення результатів при коморбідних станах, можливо, шляхом кращої



спрямованості на психологічну гнучкість, і/або чи може окреме лікування ПТСР бути пов'язане з покращенням результатів лікування болю.

Надзвичайно вартісним, в межах написання та роботи над даним науковим дослідженням було те, аби поглянути на особливості та ефективність використання КПТ технік у потенційному поєднанні із додатковими техніками впливу, аби визначити подальшу їх доцільність у використанні при діагнозі ПТСР. У такому випадку варто звернути увагу на дослідження особливості інтеграції дихальних технік йоги у КПТ при ПТСР. На основі сформованих висновків можна констатувати, що статистичної значущості не вдалось виявити, але дихальні техніки можуть виступати ефективним доповненням до технік стабілізації, та полегшувати симптоматику ПТСР після 10-ти сеансів. Проте за результатами даного дослідження можна констатувати, що ТФКПТ виступає ефективним засобом спрямованим на зменшення симптоматики ПТСР.

Не менш важливими є розуміння особливостей та ефективності використання технік КПТ за допомогою інноваційних методів взаємодії. Ефективність даного виду інтервенцій досліджується у науковій роботі «керована КПТ ПТСР на основі інтернету». Результати дають можливість зрозуміти, що керована КПТ-КПТ в Інтернеті за допомогою програми спеціалізованої програми не поступалася очній КПТ-КПТ у зменшенні симптомів ПТСР у первинній кінцевій точці, через 16 тижнів після рандомізації. Цей висновок також був очевидним для всіх вторинних результатів через 16 тижнів, за винятком задоволеності клієнтів, яка була непереконливою, але свідчила на користь очної КПТ-КПТФ. Клінічно значущі поліпшення зберігалися і через 52 тижні після рандомізації, коли більшість результатів були непереконливими, але свідчили на користь очної КПТ-ТФ.

Ще одним аспектом виміру ефективності КПТ інтервенцій розуміння особливостей та ефективності у відповідності до тривалості здійснення впливу, дані особливості розкриваються в дослідженні виміру ефективності різних версій КПТ інтервенцій. На основі даних наведених в науковій публікації, є можливість підсумувати, що короткотривалі КПТ інтервенції приводять до таких

же результатів зменшення негативної симптоматики та поліпшення якості життя як і довготриваліші програми. Це знання є ціннісним та важливим зокрема у вимірі та потенційному формування короткотривалих програм надання консультативної/терапевтичної допомоги з метою оптимізації та можливості отримати кваліфіковану психологічну допомогу доступніше та простіше.

### **Висновки до третього розділу**

Підводячи підсумки, можна сказати, що дослідження ефективності КПТ технік при роботі із ПТСР показують високу ефективність, гнучкість та доказовість при виборі варіанту надання психологічної або психотерапевтичної допомоги особам із ПТСР. Потрібно проводити подальші дослідження з метою формування чіткого розуміння механізму роботи із ПТСР у відповідності до причин, які викликали розвиток даного розладу в особистості. Важливо в подальших дослідженнях звертати увагу на особливості застосування КПТ інтервенцій при коморбідних станах (супутніх фізичних проблем, а не психологічних).

Важливою складовою якісного аналізу різновидів КПТ інтервенцій є огляд тих засобів та методів моніторингу її ефективності. Тут важливо звертати на різноманітні шкали моніторингу рівня прояву ПТСР симптоматики, симптоматики супутніх психічних станів, матеріалів саморефлексії та щоденників власного психічного стану, клінічних записів спеціалістів. Сукупність моніторингових даних відкривала можливість для оцінки рівня ефективності наданих КПТ інтервенцій та кращого розуміння особливостей використання та засобів втілення КПТ інтервенцій на практиці.

## ВИСНОВКИ

У даному дослідженні було проведено теоретичний огляд розуміння доцільності, ефективності та особливостей впровадження технік когнітивно-поведінкової терапії для осіб із посттравматичним стресовим розладом. Було проведено теоретичний аналіз особливостей КПТ, розуміння поняття ПТСР, факторів схильності та причин виникнення. Також, було проведено системний огляд літератури стосовно емпіричного дослідження особливостей та рівня використання технік КПТ для осіб із ПТСР для перевірки поставлених гіпотез на початку дослідження.

Під час написання даної роботи було дотримано вимог стосовно структурних компонентів роботи, а саме: вступу, трьох розділів, висновків до них, висновків, списку використаних джерел та додатків.

При написанні роботи основна увага зверталась на формування інформаційного наповнення у відповідності до актуальності, об'єкту, предмету, мети, гіпотез дослідження, завдань, методологічних та теоретичних основі, наявність наукової новизни, теоретичну та практичну важливість даного дослідження.

У теоретичній частині роботи було розкрито особливості психологічних/психотерапевтичних інтервенцій в КПТ методі, коротко окреслено історію розвитку КПТ як ефективного напрямку надання психологічної/психотерапевтичної допомоги особам, проведено огляд наукових публікацій стосовно ПТСР, особливостей його розвитку, особливостей негативного його впливу на особистість вцілому, виокремлено основні інтервенції, які використовуються у КПТ для надання допомоги особам із ПТСР.

Методом дослідження даної тематики наукової роботи було обрано системний огляд. Було описано особливості, критерії та поетапність написання наукової роботи, важливість виконання саме даного типу наукової роботи у відповідності до сучасних реалій та розуміння важливості даної роботи для подальших досліджень.

В процесі пошуку наукових робіт вдалося виокремити 42 статей відповідної тематики, серед яких, в кінцевому результаті вдалось виокремити 12, які б відповідали сформованим критеріям виключення та включення. У третьому розділі наведено результати якісного аналізу статей. Виділено та сформовано розуміння рівня ефективності застосування КПТ інтервенцій при допомозі особам із ПТСР.

Було досягнена мета дослідження та виконані поставлені завдання, а саме:

- Проведено теоретичний огляд наукової літератури стосовно ефективності та особливостей впровадження КПТ інтервенцій особам із ПТСР.
- Визначено доказовість та ефективність КПТ методу, встановлено важливість індивідуального підходу та певної гнучкості в процесі здійснення інтервенцій. Було здійснено скринінг та якісний аналіз досліджень тематики ефективності та особливостей використання технік КПТ при ПТСР визначено високий рівень ефективності інтервенцій даного підходу в процесі допомоги особам із ПТСР.
- Досліджено потенційні фактори впливу, які можуть впливати на ефективність КПТ інтервенцій: індивідуальні особливості, особливості середовища перебування, складність та тривалість симптоматики ПТСР, наявність коморбідних психічних або фізичних проблем.
- Проведено якісний аналіз відібраних статей та отримано результати стосовно наявності статистичної значущості в результатах скринінгу досліджуваних до та після впровадження КПТ інтервенцій.

У відповідності до гіпотез дослідження було встановлено, що КПТ інтервенції демонструють позитивну динаміку в осіб із ПТСР, ефективність впливу може варіюватися від тяжкості, інтенсивності негативних симптомів, та у деяких випадках від незалежних причин. Сформовано розуміння особливостей та рівня ефективності застосування методів КПТ при наданні психологічної допомоги особам із ПТСР.

Результати даного дослідження можуть використовуватись на практиці та виступати важливими або цінними для психологів, психотерапевтів, соціальних

працівників та лікарів-психіатрів та інших осіб, які працюють з людьми у яких проявляється симптоматика ПСТР та потребують допомоги.

Після проведеного якісного теоретичного та оглядового аналізу наукових публікацій стосовно тематики особливостей та ефективності застосування методів КПТ для надання психологічної допомоги особам із ПТСР постає розуміння важливості подальших досліджень даної тематики саме в Українських реаліях, використання представлених в роботі моделей та етапів роботи на практиці та формування на основі практичних заходів наукових публікації для збільшення рівня обізнаності фахівців стосовно методів та ефективності використання технік КПТ при роботі із особами з ПТСР.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Åkerblom, S., Perrin, S., Fischer, M. R., & McCracken, L. M. (2020). Treatment outcomes in group-based cognitive behavioural therapy for chronic pain: An examination of PTSD symptoms. *European journal of pain (London, England)*, 24(4), 807–817. <https://doi.org/10.1002/ejp.1530>.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
3. Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
4. Bisson, J. I., Ariti, C., Cullen, K., Kitchiner, N., Lewis, C., Roberts, N. P., Simon, N., Smallman, K., Addison, K., Bell, V., Brookes-Howell, L., Cosgrove, S., Ehlers, A., Fitzsimmons, D., Foscarini-Craggs, P., Harris, S. R. S., Kelson, M., Lovell, K., McKenna, M., McNamara, R., ... Williams-Thomas, R. (2022). Guided, internet based, cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: pragmatic, multicentre, randomised controlled non-inferiority trial (RAPID). *BMJ (Clinical research ed.)*, 377, e069405. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069405>
5. Bisson, J., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD003388.
6. Bonanno, G. A., Mancini, A. D., Horton, J. L., Powell, T. M., LeardMann, C. A., Boyko, E. J., & Smith, T. C. (2012). Trajectories of trauma symptoms and resilience in deployed US military service members: prospective cohort study. *BMJ*, 345, e7799.
7. Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2011). *Introduction to meta-analysis*. John Wiley & Sons.
8. Böttche, M., Wagner, B., Vöhringer, M., Heinrich, M., Stein, J., Selmo, P., Stammel, N., & Knaevelsrud, C. (2021). Is only one cognitive technique also effective? Results from a randomized controlled trial of two different versions of an internet-based cognitive behavioural intervention for post-traumatic stress disorder in Arabic-

- speaking countries. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1943870. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943870>
9. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2011). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy outcomes for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 168(3), 293-300.
  10. Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632.
  11. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
  12. Bryant, R. A., Creamer, M., & O'Donnell, M. (2017). Acute and delayed posttraumatic stress disorder: a history and some issues. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(10), 954-959.
  13. Bryant, Richard & Kenny, Lucy & Rawson, Natasha & Cahill, Catherine & Joscelyne, Amy & Garber, Benjamin & Toekar, Julia & Dawson, Katie & Nickerson, Angela. (2018). Efficacy of exposure-based cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder in emergency service personnel: A randomised clinical trial. *Psychological Medicine*. 49. 1-9. 10.1017/S0033291718002234.
  14. Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
  15. Cipriani, A., Williams, T., Nikolakopoulou, A., Salanti, G., Chaimani, A., & Ipser, J. (2018). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(12), 1975-1984.
  16. Cochrane. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Cochrane.
  17. Cramer, H., Anheyer, D., Saha, F. J., & Dobos, G. (2018). Yoga for posttraumatic stress disorder—A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 72.

18. Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. et al. Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry* 8, 36 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-36>
19. Davis, T. E., Ollendick, T. H., & Öst, L. G. (2008). Intensive exposure treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder. In J. B. Freeman & W. K. Silverman (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (2nd ed., pp. 461-486). Cambridge University Press.
20. Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658–670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
21. Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2005). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1041-1048.
22. Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., & Williams, N. L. (2019). Trauma-related guilt and shame predict posttraumatic stress disorder onset and severity: A prospective study of motor vehicle accident survivors. *Depression and Anxiety*, 36(2), 122-130.
23. Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences, therapist guide*. Oxford University Press.
24. Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2019). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*, 321(20), 2008-2018.
25. Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Yadin, E., Yarvis, J. S., ... & Peterson, A. L. (2018). Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: A randomized clinical trial. *Jama*, 319(4), 354-364.



26. Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., Bonanno, G. A., Marsh, A. A., & Rottenberg, J. (2018). Is PTSD a chronic health condition? A longitudinal investigation of PTSD symptom trajectories in deployed military personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 31(1), 101-110.
27. Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
28. Guo, T., Ren, Y., Kou, J., Shi, J., Tian, X., & Liang, F. (2019). Acupuncture for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 117, 1-14.
29. Haller, H., Mitzinger, D., & Cramer, H. (2023). The integration of yoga breathing techniques in cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1101046. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1101046>
30. Hamner, M. B., Faldowski, R. A., Ulmer, H. G., Frueh, B. C., Huber, M. G., & Arana, G. W. (2003). Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: a preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *International clinical psychopharmacology*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1097/00004850-200301000-00001>
31. Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Vol. 4). John Wiley & Sons.
32. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
33. Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351
34. Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.

35. Kar, N., & Bastia, B. K. (2013). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 216-224.
36. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... & Degenhardt, L. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Suppl 5), 1353383.
37. Kitchenham, B. A., Brereton, P., Budgen, D., Turner, M., Bailey, J., & Linkman, S. (2009). Systematic literature reviews in software engineering—a systematic literature review. *Information and software technology*, 51(1), 7-15.
38. Lee, C. W., Cuijpers, P., & Ayalon, L. (2018). The effects of psychotherapy for adult depression on social support: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 511-521.
39. Leiva-Bianchi, M., Cornejo, F., Fresno, A., Rojas, C., & Serrano, C. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for post-disaster distress in post-traumatic stress symptoms after Chilean earthquake and tsunami. *Gaceta sanitaria*, 32(3), 291–296. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.018>
40. McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2016). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(2), 96-114.
41. Mcgeary, Don & Resick, Patricia & Penzien, Donald & Mcgeary, Cindy & Houle, Timothy & Eapen, Blessen & Jaramillo, Carlos & Nabity, Paul & Reed, David & Moring, John & Bira, Lindsay & Hansen, Hunter & Young-McCaughan, Stacey & Cobos, Briana & Mintz, Jim & Keane, Terence & Peterson, Alan. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for Veterans With Comorbid Posttraumatic Headache and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*. 79. 10.1001/jamaneurol.2022.1567.
42. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P. (2015). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097.

43. Murphy, D., & Smith, K. V. (2018). Treatment Efficacy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: Latent Class Trajectories of Treatment Response and Their Predictors. *Journal of traumatic stress*, 31(5), 753–763. <https://doi.org/10.1002/jts.22333>
44. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). Post-traumatic stress disorder. Clinical guideline [CG26]. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
45. National Institute of Mental Health. (2019). Post-traumatic stress disorder. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
46. Nezu, A. M., & D'Zurilla, T. J. (2010). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Springer Publishing Company.
47. Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160.
48. Perangin-Angin, Stefanus & Wijono, Sutarto & Hunga, Arianti. (2021). Applying Cognitive-Behavioral Therapy to Help Survivors of Dating Violence: A Pilot Study. *Jurnal Psikologi*. 48. 41-61. 10.22146/jpsi.56023.
49. Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. Blackwell publishing.
50. Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635-641. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
51. Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. Guilford Publications.
52. Rizzo, A. A., Graap, K. M., Perlman, K., McLay, R. N., Rothbaum, B. O., Reger, G. M., & Bordnick, P. S. (2019). Virtual Iraq/Afghanistan: A randomized controlled trial of exposure therapy using virtual reality to treat combat-related PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 635-646.

53. Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*, 349, g7647.
54. Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., ... & AMSTAR Group. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008.
55. Smith, K. W., Sicignano, D. J., Hernandez, A. V., & White, C. M. (2022). MDMA-Assisted Psychotherapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Journal of clinical pharmacology*, 62(4), 463–471. <https://doi.org/10.1002/jcph.1995>
56. Stein, M. B., Chen, C. Y., Jain, S., Jensen, K. P., He, F., Heeringa, S. G., ... & Kessler, R. C. (2018). Genetic risk variants for social anxiety. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 177(3), 327-333.
57. Sutton, A. J., Abrams, K. R., Jones, D. R., Sheldon, T. A., & Song, F. (2000). *Methods for meta-analysis in medical research*. John Wiley & Sons.
58. Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Kastner, M., ... & PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473.
59. Trottier, K., Monson, C. M., Wonderlich, S. A., & Crosby, R. D. (2022). Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 52(3), 587–596. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004967>
60. U.S. Department of Veterans Affairs. (2018). Prolonged exposure therapy for PTSD. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/public/treatment/therapy-med/prolonged-exposure-therapy.asp>
61. Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.

62. Vancappel A, Réveillère C, El-Hage W, Cognitive Behavior Therapy (CBT) for dissociative subtype PTSD: A case study, *European Journal of Trauma Dissociation*, Volume 6, Issue 4, 2022, ISSN 2468-7499
63. Wilfred R. Pigeon, Hugh F. Crean, Catherine Cerulli, Autumn M. Gallegos, Todd M. Bishop, Kathi L. Heffner; A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Augment Posttraumatic Stress Disorder Treatment in Survivors of Interpersonal Violence. *Psychother Psychosom* 18 January 2022; 91 (1): 50–62.

## ДОДАТКИ

## Додаток А.

№	Назва статті	Автори	Дата публікації	Метод	Учасники	Інтервенції	Результат
1	The integration of yoga breathing techniques in cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder: A pragmatic randomized controlled trial "Інтеграція дихальних технік йоги в когнітивно-поведінкову терапію посттравматичного стресового розладу: Прагматичне рандомізоване контрольоване дослідження"	Heidemarie Haller, Dietmar Mitzinger and Holger Cramer	2023	рандомізоване контрольоване дослідження	74 пацієнти з ІПТСР (18-70 років)	1- ТФКІП 2- ТФКІП +елементи технік усвідомленого глибокого дихання	не було виявлено статистично значущих відмінностей між використанням ТФКІП і ТФКІП+ технік дихання
2	Guided, internet based, cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder: pragmatic, multicentre, randomised controlled non-inferiority trial (RAPID) "Керована когнітивно-поведінкова терапія посттравматичного стресового розладу на основі Інтернету: прагматичне, багатокентрове, рандомізоване контрольоване дослідження, що не має переваг (RAPID)"	Jonathan I Bisson, Cono Ariti, Katherine Cullen, Neil Kitchiner, Catrin Lewis, Neil P Roberts, Natalie Simon, Kim Smallman, Katy Addison, Vicky Bell, Lucy Brookes-Howell, Sarah Cosgrove, Anke Ehlers, Deborah Fitzsimmons, Paula Forcarini-Craggs, Shaun R S Harris, Mark Kelson, Karina Lovell, Maureen McKenna, Rachel McNamara, Claire Nollett, Tim Pickles, Rhys Williams-Thomas,	2022	рандомізоване контрольоване дослідження	196 дорослих осіб із пераним діагнозом легкого та помірного ІПТСР	До 12 особистих індивідуальних сеансів СВТ-ТФ, кожен з яких тривав 60-90 хвилин; або СВТ-ТФ під керівництвом Інтернету з онлайн-програмою з восьми етапів, з до трьох годин контакту з терапевтом і чотирьох коротких телефонних дзвінків або контактів електронною поштою між сеансами.	Керована КПТ-ТФ на основі Інтернету для легкого та помірного ІПТСР до однієї травматичної події була не гіршою за індивідуальну КПТ-ТФ віч-на-віч, і її слід розглядати як лікування першої лінії для людей із цим захворюванням.
3	Applying Cognitive-Behavioral Therapy to Help Survivors of Dating Violence: A Pilot Study3. "Застосування когнітивно-поведінкової терапії для допомоги постраждалим від насильства під час знайомства: Пілотне дослідження"	Perangin-Angin, Stefanus & Wijono, Sutarto & Hunga, Arianti.	2021	визначення ефективності	вік 19-28 років, 160 учасників, студентів студентів психології, які пережили насильство на побаченні	КІП	Результати показали, що в усіх учасників спостерігалася зменшення симптомів ІПТСР після лікування. Проте два учасники все ще відповідали критеріям посттравматичного стресового розладу, оскільки їхні бали після лікування все ще перевищували порогові показники ремісії.
4	Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after Chilean earthquake and tsunami "Ефективність когнітивно-поведінкової терапії при симптомах посттравматичного стресу після землетрусу та цунамі в Чилі"	Leiva-Bianchi, M., Cornejo, F., Fresno, A., Rojas, C., & Serrano, C.	2017	квалі-експеримент з трьома групами	у дослідженні взяли участь 13 з 91 особи з діагнозом ІПТСР. Крім того, 16 осіб без діагнозу добровільно взяли участь.	ГТФКІП (групова травмофокусована КІП)	У групі, яка пройшла повний курс лікування з діагнозом ІПТСР, спостерігалася значне зменшення загальної кількості симптомів до рівня нижче небезпечного
5	"Когнітивно-поведінкова терапія для ветеранів з коморбідним посттравматичним головним болем та симптомами посттравматичного стресового розладу: Рандомізоване клінічне дослідження" Cognitive Behavioral Therapy for Veterans With Comorbid Posttraumatic Headache and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Clinical Trial	Donald D. McGeary, PhD; Patricia A. Resick, PhD; Donald B. Penzien, PhD; Cindy A. McGeary, PhD; Timothy T. Houle, PhD; Bliessen C. Eapen, MD; Carlos A. Jaramillo, MD, PhD; Paul S. Nabity, PhD; David E. Reed 2nd, PhD; John C. Moring, PhD; Lindsay M. Bira, PhD; Hunter R. Hansen, PsyD; Stacey Young-McCaughan, RN, PhD; Briana A. Cobos, PhD; Jim Mintz, PhD; Terence M. Keane, PhD; Alan L. Peterson, PhD	2022	рандомізоване клінічне дослідження	Загалом 193 ветерани бойових дій після 11 вересня були включені в дослідження та повідомили про сильний вихідний головний біль, пов'язаний з втраченою працездатності і важкі симптоми ІПТСР (середній [SD]Оцінка PCL-5, 48,4 [14,2] бали).	ТФКІП	Дослідження показало, що ветерани, які отримували КІП, мали значне зменшення частоти головного болю та симптомів ІПТСР порівняно з тими, хто отримував лише едукцію щодо головного болю. У групі КІП також спостерігалася значне поліпшення показників депресії, тривожності та якості життя.  Дослідники дійшли висновку, що КІП є ефективним методом лікування ветеранів з коморбідним посттравматичним головним болем і симптомами ІПТСР. Дослідження припускає, що усунення симптомів ІПТСР може також покращити результати лікування головного болю в цій групі. Крім того, результати дослідження підкреслюють потенційні переваги КІП у лікуванні інших сунутних станів, які часто спостерігаються у ветеранів з ІПТСР.
6	Cognitive Behavior Therapy (CBT) for dissociative subtype PTSD: A case study "Когнітивно-поведінкова терапія (КІП) при дисоціативному підтипі ІПТСР: Випадок з практики"	(PDF) Cognitive Behavioral Therapy for Veterans With Comorbid Posttraumatic Headache and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Clinical Trial. Available from: <a href="https://www.researchgate.net/publication/361593760_Cognitive_Behavioral_Therapy_for_Veterans_With_Comorbid_Posttraumatic_Headache_and_Posttraumatic_Stress_Disorder_Symptoms_A_Randomized_Clinical_Trial">https://www.researchgate.net/publication/361593760_Cognitive_Behavioral_Therapy_for_Veterans_With_Comorbid_Posttraumatic_Headache_and_Posttraumatic_Stress_Disorder_Symptoms_A_Randomized_Clinical_Trial</a> [accessed May 09 2023].	2022	аналіз випадку	56-річна особа із ДІПТСР(дисоціативний ІПТСР)	ТФКІП	Після терапії ми спостерігали значне покращення. Ми виявили зменшення дисоціації протягом першої частини терапії, тоді як інтрузії залишалися постійними. Ми спостерігали зменшення інтрузивних симптомів під час другої частини терапії.



7	Treatment outcomes in group-based cognitive behavioural therapy for chronic pain: An examination of PTSD symptoms "Результати лікування в груповій когнітивно-поведінковій терапії хронічного болю: Дослідження симптомів ПТСР"	Sophia Åkerblom, Lance M. McCracken, Sean Perrin PhD, Marcelo Rivano Fischer	2020	вимір ефективності	У дослідженні взяли участь 159 пацієнтів з хронічним болем	групова КПТ	Ані травматичний вплив, ані початкові симптоми посттравматичного стресового розладу не передбачили результатів лікування, розділених тут. Незважаючи на покращення як супутньої депресії, так і тривоги, участь у цій орієнтованій на біль програмі КПТ не була пов'язана з покращенням коморбідного ПТСР. У тій мірі, в якій зміни в симптомах посттравматичних стресових розладів дійсно відбулися, вони були опосередковані змінами психологічної негнучкості під час лікування.
8	Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder "Результати першого рандомізованого контрольованого дослідження комплексної когнітивно-поведінкової терапії розладів харчової поведінки та посттравматичного стресового розладу"	Kathryn Trottier, Candice M. Monson, Stephen A. Wonderlich, Ross D. Crosby	2022	рандомізоване контрольоване дослідження	Особи з ЕД-ПТСР були набрані для участі та рандомізовані на інтегровану КПТ для ЕД-ПТСР або стандартну КПТ для ЕД. Вибірка складалася з 42 осіб з різними діагнозами ЕД.	Інтегрована КПТ	Змішані моделі виявили значну взаємодію часу та стану терапії на тяжкість симптомів посттравматичного стресового розладу, оцінену клініцистами та за власними оцінками, на користь інтегрованої когнітивної терапії для ЕД-ПТСР. Обидва види лікування були пов'язані зі статистично значущим покращенням ПТСР, тривоги та депресії. Покращення зберігалися через 3 та 6 місяців спостереження. Обидва втручання були безпечні, і задоволеність обома методами лікування була високою. Однак існувала сильніша перевага комплексного лікування.
9	Is only one cognitive technique also effective? Results from a randomized controlled trial of two different versions of an internet-based cognitive behavioural intervention for post-traumatic stress disorder in Arabic-speaking countries "Чи ефективна лише одна когнітивна методика? Результати рандомізованого контрольованого дослідження двох різних версій когнітивно-поведінкової інтервенції для лікування посттравматичного стресового розладу в арабськомовних країнах"	Maria Bittche, Birgit Wagner, Max Vöhringer, Manuel Heinrich, Jana Stein, Pirko Selmo, Nadine Stammel, Christine Knaevelsrud	2021	рандомізоване контрольоване дослідження	Загалом 224 арабські учасники (67,4% жінки; M = 25,3 років) з посттравматичним стресовим розладом були випадковим чином призначені для КПТ через Інтернет за допомогою протоколу TF-cog (n = 110) або короткого протоколу TF (n = 114). Симптоми посттравматичного стресового розладу та вторинні наслідки (тривога, депресія, соматичні скарги, якість життя) самооцінювали онлайн на початку та після лікування.	Інтернет КПТ	Загальна оцінка ПТСР, оцінена за допомогою PDS, знизилася приблизно на 15 балів в обох ставах. Міжгрупові відмінності (TF-cog проти TF-short) після оцінки були незначними, $\Delta = 0,29$ , $p = 0,896$ , $d = 0,02$ , 95% ДІ (-0,30, 0,34). Як і первинний результат, усі внутрішньогрупові зміни для вторинних результатів протягом втручання були статистично значущими, а всі міграційні ефекти були незначними. Загалом рівень відсіву не відрізнявся між двома умовами, $\chi^2(1/N = 175) = 0,83$ , $p = 0,364$ . Висновки: отримані дані свідчать про те, що короткий стан призводить до такої ж зміни симптомів і рівня вибуття, як і тривалий стан. Це підкреслює потенціал більш коротких, більш масштабованих інтервенцій на основі Інтернету в соціально
10	Treatment Efficacy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: Latent Class Trajectories of Treatment Response and Their Predictors "Ефективність лікування ветеранів з посттравматичним стресовим розладом: Латентні класові траєкторії відповіді на лікування та їх предиктори"	Murphy, D., & Smith, K. V.	2018	рандомізоване клінічне дослідження	квітничі дані з 200 британських військових ветеранів, які пройшли стандартизовану 6-тижневу програму лікування посттравматичних стресових розладів у стаціонарі між 2013 і 2016 роками. Ветерани були направлені до програми з різних джерел з усього Сполученого Королівства, таких як UK National Service of Health, ветеранські благодійні організації та самозвернення тощо.	Індивідуальна та групова КПТ	близько до тяжкості посттравматичного стресового розладу через 12 місяців після лікування. Однак значна меншість не відповіла на лікування. Бойова роль під час військової служби та супутня депресія та тривога підвищили ймовірність резистентності до лікування. Результати поточного дослідження свідчать про те, що більш точне сортування для оцінки тяжкості проявів було б корисним для забезпечення кращого цілеспрямованого лікування та що необхідні додаткові дослідження для кращої підтримки потреб найбільш уразливих ветеранів. Цілком можливо, що ця група могла мати більш серйозні прояви посттравматичного стресового розладу, які могли б відповідати новому діагнозу комплексного посттравматичного стресового розладу за МКХ-11, хоча для підтвердження цього необхідні додаткові дослідження.
11	Efficacy of exposure-based cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder in emergency service personnel: A randomised clinical trial "Ефективність когнітивно-поведінкової терапії на основі впливу посттравматичного стресового розладу у персоналі екстреної служби: рандомізоване клінічне дослідження"	Bryant, Richard & Kenny, Lucy & Rawson, Natasha & Cahill, Catherine & Joscelyne, Amy & Garber, Benjamin & Tockar, Julia & Dawson, Katie & Nickerson, Angela.	2018	рандомізоване клінічне дослідження	У дослідженні взяли участь 14 дорослих обох статей. Вони були завербовані через засоби масової інформації (газети, журнали, телебачення і радіо) і широким поширенням інформації про лікування серф медичних працівників. Тільки пацієнти старші 18 років з діагнозом ПТСР з новими критеріями ПТСР, згідно зі структурованим клінічним інтерв'ю для DSM-IV (SCID), були включені в дослідження.	КПТ	Результати цього пілотного дослідження не показали змін серцевих та ендокринних параметрів, викликаних КПТ, при вимірюванні в стані спокою. Однак це пілотне дослідження з невеликою вибіркою, що призводить до можливості хибнонегативних результатів. Що стосується нейробіологічних параметрів, рівні кортизолу мали тенденцію до паралельного терапевтичного процесу, підвищуючись у ранній період впливу та знижуючись на етапах психолодації, управління тривогою та когнітивної реструктуризації. Вплив КПТ спостерігався в індексі ДЧ варіабельності серцевого ритму, що може бути пов'язано зі зменшенням симптомів вегетативного збудження, викликаних КПТ. Інші серцево-судинні параметри, з іншого боку, при вимірюванні в стані спокою не слідували впливу КПТ, припускаючи, що тільки серцева реактивність, виміряна під час впливу симптомів, реагує на вплив, викликаний лікуванням, або що зразок був занадто малий, щоб досягти статистичної значущості.
12	A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Augment Posttraumatic Stress Disorder Treatment in Survivors of Interpersonal Violence "Рандомізоване клінічне дослідження когнітивно-поведінкової терапії безсоння для покращення лікування посттравматичного стресового розладу у постраждалих від міжособистісного насильства"	Willfred R. Pigeon, Hugh F. Crean, Catherine Cerulli, Autumn M. Gallegos, Todd M. Bishop, Kathi L. Heffner	2022	рандомізоване клінічне дослідження	У 20-тижневу дослідженні 110 учасників, які піддавалися IPV, які мали посттравматичний стресовий розлад, депресію та безсоння, були рандомізовані на КПТ з подальшим КПТ або на контроль уваги з наступним КПТ.	КПТ	Через 6 тижнів стан СВТ мав більше зниження показників ISI, HAM-D та CAPS, ніж умова контролю уваги. Через 20 тижнів учасники в умовах СВТ+СРТ мали більше зниження показників ISI, HAM-D і CAPS порівняно з контрольованою групою СРТ. Ефекти були більшими для безсоння та депресії, ніж для ПТСР. Подібні закономірності спостерігалися щодо клінічної відповіді та ремісії. Аналіз чутливості переломного моменту підтвердив працездатність висновків. Висновки: послідовне введення СВТ та СРТ мало вірогідний значущий вплив на безсоння, депресію та посттравматичний стресовий розлад порівняно з одним СРТ. Вплив на симптоми ПТСР був помірним і клінічно незначущим.