

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів. Харків, 2016, С.360-361*

**Молчанюк Д.А., Платинюк О.Б.**

### **ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПТСР**

**Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології**

**Харківський національний медичний університет,**

**м.Харків, Україна**

**Науковий керівник – д.м.н., проф. Коростій В.І.**

Актуальність дослідження зумовлена зростанням випадків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) останнім часом на Україні та неоднозначністю критеріїв при постановці даного діагнозу. Діагностика ПТСР базується на наявності в анамнезі пацієнта травматичної події, учасником якої він був безпосередньо (у ролі постраждалого чи у ролі того, хто спричиняє травму) чи в якості свідка. У пацієнта мають бути вираженими симптоми вторгнення (нав'язливі чи повторювані спогади екстремальної події, кошмарні сновидіння, «флешбеки», тобто миттєві відродження травматичної події з патологічною достовірністю і повнотою почуттів; інтенсивні негативні переживання, вегетативна гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують травматичну подію); уникання думок, почуттів, розмов стосовно події; симптоми гіперактивації (часто зустрічаються у пацієнтів з ПТСР, проте не є обов'язковими при проведенні діагностики). Окрім того, з моменту травми має пройти більш ніж 1 місяць. Тобто задля постановки діагнозу ПТСР необхідно довести наявність вищевказаних симптомів, що може бути здійснено шляхом ретельного опитування та аналізу скарг, анамнезу пацієнта, підтвердженням чого будуть результати спеціальних діагностичних тестів.

Нами було обстежено 35 пацієнтів віком від 25 до 45 років, військовослужбовців, які перебували на обстеженні та лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону і у яких попередньо діагностували ПТСР чи розлади адаптації. Кожному пацієнту були видані психодіагностичні тести: цивільний варіант Місісіпської шкали посттравматичної стресової події та DSM-V. Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій дозволяє оцінити ступінь виразності цих реакцій та провести диференційний діагноз з розладами адаптації. У 10% хворих результат тестування перевищував 100 б., що свідчить про високий рівень впливу травматичної події (результат вище 100 б. характерний для ПТСР). Шкала DSM-V дозволяє оцінити частоту та інтенсивність виявлення індивідуальних симптомів розладу, а також ступінь їхнього впливу на соціальну активність пацієнта. Час вивчення проявів кожного симптому – 1 тиждень. Тобто дозволяє діагностувати розлади, спричинені нещодавніми травмами та динаміку стану пацієнта. За результатами у 50% хворих на момент огляду виражені симптоми вторгнення та когнітивні порушення; у 25% - симптоми уникнення виходять на перший план; у 15% - домінують симптоми гіперактивації; у 10% хворих присутні всі симптоми, окрім деперсоналізації та дереалізації, окрім того, у даних пацієнтів виражений дистрес: порушення у соціальному функціонуванні і професійній діяльності. Трьом пацієнтам, у яких були виявлені показники, що відповідають діагнозу ПТСР, була видана шкала SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, шкала Дерогатіса) з метою уточнення проявів захворювання. Ця шкала дозволяє визначити симптоми, що є найвираженішими у хворого з ПТСР. Домінуючими симптомами в одного з хворих виявились

соматизація, депресія та нав'язливість; у другого – тривожність та паранояльність; у третього – соматизація та міжособистісна сенситивність.

Отже, дані психодіагностичні тести дозволяють не тільки підтвердити діагноз ПТСР, поставлений на основі скарг, анамнезу та об'єктивного дослідження, а й визначити провідні симптоми та оцінити динаміку після проведення лікування.