

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА**

Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ЧЕРНЯК АНАСТАСІЯ ВАЛЕРІЇВНА

УДК:159.944.4.07:616.895-021.3-07]:616.895.8

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПЕРЕЖИВАННЯ ПЕРШОГО
ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ ЯК ТРАВМУЮЧОЇ ПОДІЇ У ХВОРИХ НА
ШИЗОФРЕНІЮ**

Спеціальність 053 Психологія

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ А.В.Черняк

Науковий керівник: **Завязкіна Наталія Володимирівна**, доктор психологічних наук, доцент кафедри психодіагностики та клінічної психології факультету психології

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Черняк А. В. Психологічні чинники переживання першого психотичного епізоду, як травмуючої події у хворих на шизофренію. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 – Психологія (галузь знань – 05 Соціальні та поведінкові науки).– Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Україна, Київ, 2024.

Дисертаційне дослідження присвячено вивченню психологічних чинників переживання першого психотичного епізоду, як травмуючої події у хворих на шизофренію. У роботі здійснено теоретичний аналіз наукових підходів до розгляду компонентів психотичного епізоду, як травмуючої події. Вперше в Україні розмежовано поняття травми психотичного епізоду від інших видів травмуючих подій.

На сьогодні існує не велика кількість напрацювань теоретичного та прикладного характеру, які спрямовано на вивчення процесів утворення травмуючого досвіду переживання психотичного епізоду, тож дана робота надає нові дані в умовах психодіагностики та психологічної допомоги в Україні стосовно актуального питання переживання симптомів посттравматичного стресового розладу в наш час.

Було побудовано теоретико-методологічну модель дослідження на теорії розподілу дистресу Мейерса, яка свідчить про утворення додаткової симптоматики за рахунок психотичного епізоду. У комплексі з психодинамічним підходом це надає більш розгорнуті, об'ємні інтерпретації щодо самого психотичного аспекту і його потенційної травматичності.

Розроблені психодіагностичні принципи діагностики посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинним психотичним епізодом.

Досліджені умови формування посттравматичних симптомів після психозу, особливості їх перебігу, наслідків та визначення прогностичної та диференційно-діагностичної значущості їх окремих клініко-психологічних параметрів.

Дослідження серії випадків продемонструвало безпечну, здійсненну та прийнятну інтеграцію сучасних когнітивно-поведінкових підходів в уніфікований

протокол для осіб із поточними симптомами посттравматичного стресового розладу після першого психотичного епізоду. Дослідження має хорошу екологічну валідність, оскільки вибірка була репрезентативною зі ста сорока трьох осіб з досвідом першого психотичного досвіду.

Був оцінений досвід суб'єктивних переживань, пов'язаних з переживанням психотичних симптомів та лікуванням у пацієнтів з психотичними епізодом, за допомогою якісних та кількісних методів. Дослідження охоплювало побудову теоретико-методологічної моделі для вивчення посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинними психотичними епізодами, використовуючи клінічні інтерв'ю, форми персональних даних, шкали впливу травматичності подій, описи роздумів, пов'язаних з подіями, субшкали розкриття травми, вимірювання саморозкриття, опитувальники посттравматичного зростання та опитувальники процесу відновлення.

Психодіагностичний інструментарій вивчення сформованості травми на фоні першого психотичного досвіду, був використаний, дотримуючись необхідних вимог щодо ефективних психологічних тестів, включаючи аспекти, такі як метричність шкал, надійність (внутрішня узгодженість та ретестова надійність), валідність, дискримінантність та стандартизація.

Проведене дослідження підкреслює важливість перенесення уваги на розуміння впливу психотичного епізоду з ширшої точки зору. Теми, визначені в цьому дослідженні, включаючи дезінтеграцію, відчуження, стигматизацію, почуття втрати та дефіциту, визнання хвороби як постійної проблеми та сприйняття примусового лікування, вказують на вплив першого психотичного епізоду на особистість людини, стосунки. Хоча учасники цього дослідження представляли різні професії, стать і регіони, необхідні подальші дослідження з різними когортами осіб, які пережили перший психотичний епізод, щоб встановити ширше розуміння цих тем.

За результатами експерименту розроблено соціально-психологічну програму втручання за рахунок об'єднання травма-фокусованої терапії з когнітивно-поведінковою терапією, яка в ході дослідження показала свою ефективність.

Оцінки задоволеності були високими: 88% досягли надійного покращення принаймні одного симптому після терапії.

Найсуттєвіше покращення спостерігалось щодо посттравматичних симптомів, де всі клієнти показали кращі показники, при цьому 63% вказували на достовірну зміну. Ці багатообіцяючі висновки підтверджують думку про те, що для полегшення посттравматичних симптомів необхідно використовувати стратегії прямої обробки пам'яті.

Експериментальне дослідження було проведено на базі клініки «Ренесанс-Київ», Київського обласного психіатрично-наркологічного медичного об'єднання та Комунального некомерційного підприємства Кам'янської міської ради «Міської лікарні №1».

Експериментально доведено, що досвід нещодавнього психотичного епізоду пов'язаний із високим рівнем дистресу, включаючи симптоми посттравматичного стресового розладу, пов'язані з самими психотичними симптомами, а також досвідом лікування, таким як примусова госпіталізація, ізоляція та обмеження, що було основними психологічними чинниками переживання першого психотичного епізоду як травмуючої події.

Це дослідження було унікальним у своїй спрямованості на оцінку важливості критеріїв A1/A2 для травматичної події в діагностиці симптомів ПТСР після психотичного епізоду. Майже вдвічі більше учасників відповідали критеріям симптомів ПТСР незалежно від критеріїв A1/A2 (66%), ніж відповідали повним критеріям ПТСР, включаючи критерії A1/A2 (39%).

Учасники висвітлили ряд аспектів, які можуть викликати травматичні ефекти в ході психіатричного лікування. Серед тих, хто пережив принаймні один епізод психозу, виникли п'ять основних тем, пов'язаних з травматогенними аспектами лікування: (1) довготривале перебування в лікарні; (2) побічні ефекти лікарських засобів; (3) примусове лікування, включаючи примусову госпіталізацію, використання обмежень і примусове введення ліків, і (4) перебування з іншими пацієнтами; та (5) ставлення з боку професіоналів, з, наприклад, застосуванням примусового лікування.

Серед різних негативних переживань, описаних учасниками, пов'язаних із їх психотичним епізодом, 53% повідомили, що симптоми були найбільш

засмучувальними, 42% повідомили, що досвід лікування був найбільш засмучувальним, а 5% вказали, що подія пов'язана як із симптомами, так і з лікуванням разом, найбільше засмучувала. Серед учасників, для яких найбільш тривожна подія сталася більше місяця тому, 58% відповідали критеріям синдрому ПТСР, а 38% відповідали повним діагностичним критеріям ПТСР (тобто обидва критерії симптомів, подія, що сталася) більше ніж один місяць тому та критерії A1/A2, пов'язані з їх найбільш тривожною подією.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає в тому, що до нього в літературі, яка вивчає психологічні реакції на шизофренічні психози, акцент робиться на взаємозв'язку лише з постпсихотичними симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) повторних епізодів психозу. В даному ж дослідженні важливим внеском є розгляд симптомів ПТСР як вторинного психічного розладу після психозу, що розширює розуміння психічних наслідків шизофренії.

Другий аспект полягає в обґрунтуванні виражених постпсихотичних симптомів ПТСР, пов'язаних саме з психотичним досвідом, а не наслідками лікування.

Третій аспект стосується виявлення значущих психологічних реакцій осіб з психозом на психотичні симптоми та примусове лікування. Відсутність даних у кількісних дослідженнях щодо сприйняття цих симптомів робить актуальним використання якісних методів дослідження, щоб зрозуміти суб'єктивний досвід та визначити потенційні підходи до лікування, чого раніше не проводили в Україні стосовно діагностики ПТСР симптомів після першого психотичного епізоду при шизофренії.

Крім того, дослідження виокремлює необхідність інтегрованої діагностики для ефективного лікування ранніх психозів та посттравматичних симптомів, що свідчать про практичний вимір дослідження. Загалом, це дослідження розширює розуміння взаємозв'язків між психозами, травмою та психічним здоров'ям, вносячи нові дані і перспективи для клінічної практики та подальших досліджень.

У контексті значних суспільних витрат на психози важливою є розробка індивідуальної стратегії профілактики та вдосконалення існуючих методів лікування. Дослідження відкриває перспективи для раннього втручання та практичного

використання інструментів для виявлення ПТСР після першого психотичного епізоду. Зокрема, варто акцентувати увагу на когнітивних оцінках та схемах, що впливають на психотичний досвід, а також на поліпшення діагностики посттравматичного стресу. Це може сприяти покращенню лікування, орієнтованого на супутні захворювання та дистрес.

Практичне значення цього дослідження виявляється в наданні конкретних рекомендацій щодо безпечного та ефективного управління взаємозв'язком між травматичним аспектом і психотичними симптомами при лікуванні. Фахівці матимуть змогу отримати докладну інформацію щодо часового взаємозв'язку між травматичними подіями та розвитком психотичних симптомів, що сприятиме оптимізації терапевтичного лікування, включаючи психоосвіту щодо симптомів ПТСР, що є цінно, враховуючи розповсюдження психологічних наслідків війни.

Дослідження відкриває перспективи для раннього втручання та практичного використання інструментів для виявлення ПТСР після першого психотичного епізоду. Зокрема, варто акцентувати увагу на когнітивних оцінках та схемах, що впливають на психотичний досвід, а також на поліпшення діагностики посттравматичного стресу. Особливий акцент на виявленні травм на ранніх етапах може значно знизити ризик розвитку психотичних розладів, що вказує на потенційно велику цінність дослідження для стратегій профілактики.

Висновки щодо аспектів симптомів, які можуть викликати травмогенні реакції серед пацієнтів, можуть служити основою для створення протоколів лікування, щоб пацієнти мали належне уявлення про те, що очікувати під час переходу до психотичного епізоду. Пацієнти часто ділилися негативним, іноді травмуючим досвідом лікування. Вплив такого досвіду на рівень довіри пацієнта до фахівців у галузі психічного здоров'я був видимий під час інтерв'ю.

Висновки підкреслюють актуальність вирішення проблем, пов'язаних із посттравматичними реакціями на психоз. Зокрема, результати вказують на необхідність розгляду негативних умов госпіталізації та наслідків стигматизації, що часто виникають під час психотичного епізоду та етапів лікування. Реакції після гострого психотичного епізоду були варіативними: деякі зазначали полегшення через

те, що найгірше минуло, тоді як інші залишалися травмованими через події. Психотерапія може бути рекомендована для тих, хто демонструє ознаки посттравматичних реакцій, з метою полегшення травматичних реакцій на психоз. Якісне лікування посттравматичних реакцій як психотичного наслідку може потенційно покращити здатність пацієнтів активніше співпрацювати із психіатричними клініками та брати активну участь у лікуванні свого психічного розладу.

Подальшою перспективою для дослідження може стати розвиток інтегрованих терапевтичних підходів, дослідження вказує на важливість адаптації терапевтичного лікування до когнітивних особливостей, пов'язаних із травмами, які впливають на психотичний досвід. Важливим є поглиблення досліджень на більш ранніх етапах, враховуючи значимість ранніх етапів виявлення та лікування, подальші дослідження можуть акцентувати увагу на методах виявлення травм та ранніх симптомів ПТСР для забезпечення ефективного втручання. Також перспективним є розглядання впливу травми на різні фази психозу, включаючи передпсихотичний період, активні фази та післяпсихотичний стан, може виявитися важливим для розуміння хронології та механізмів взаємодії.

Ці перспективи можуть сприяти подальшому розвитку терапевтичних стратегій, підвищенню ефективності лікування та попередженню серйозних психічних розладів в осіб, які мали перший психотичний епізод.

Ключові слова: Психічний розлад, шизофренія, психотичний епізод (або психоз), травма, травматичний досвід, ПТСР, стигматизація, когнітивно-поведінкова терапія, патопсихологічні симптомокомплекси, когнітивний стиль, активні і пасивні копінг-стратегії, соціальна допомога, складна життєва ситуація, криза, емоції.

SUMMARY

Cherniak A. V. Psychological factors of experiencing the first psychotic episode as a traumatic event in patients with schizophrenia. – *Qualifying scientific work on manuscript rights.*

Dissertation for the Doctor of Philosophy degree in specialty 053 – Psychology (field of knowledge – 05 Social and behavioral sciences).– Taras Shevchenko Kyiv National University, Ukraine, Kyiv, 2024.

The dissertation study is devoted to the study of psychological factors of experiencing the first psychotic episode as a traumatic event in patients with schizophrenia. The paper provides a theoretical analysis of scientific approaches to considering the components of a psychotic episode as a traumatic event. For the first time in Ukraine, the concept of trauma of a psychotic episode is distinguished from other types of traumatic events.

To date, there is not a large amount of theoretical and applied work aimed at studying the processes of formation of the traumatic experience of experiencing a psychotic episode, so this work provides new data in terms of psychodiagnostics and psychological assistance in Ukraine regarding the current issue of experiencing the symptoms of post-traumatic stress disorder in our time.

A theoretical-methodological research model was built based on Meyers' theory of distress distribution, which indicates the formation of additional symptoms due to a psychotic episode. In combination with the psychodynamic approach, this provides more detailed, voluminous interpretations of the psychotic aspect itself and its potential trauma.

Developed psychodiagnostic principles of diagnosing post-traumatic symptoms in patients with a primary psychotic episode.

The conditions of the formation of post-traumatic symptoms after psychosis, the peculiarities of their course, consequences, and the determination of the prognostic and differential diagnostic significance of their individual clinical and psychological parameters were investigated.

A case series study demonstrated the safe, feasible, and acceptable integration of current cognitive-behavioral approaches into a unified protocol for individuals with current PTSD symptoms following a first psychotic episode. The study has good ecological validity

because the sample was representative of one hundred and forty-three individuals with a first psychotic experience.

The experience of subjective experiences related to the experience of psychotic symptoms and treatment in patients with a psychotic episode was assessed using qualitative and quantitative methods. The study included the construction of a theoretical and methodological model for the study of posttraumatic symptoms in patients with primary psychotic episodes, using clinical interviews, personal data forms, scales of the impact of traumatic events, descriptions of thoughts related to events, subscales of trauma disclosure, measures of self-disclosure, questionnaires post-traumatic growth and recovery process questionnaires.

The psychodiagnostic toolkit for studying the formation of trauma against the background of the first psychotic experience was used, following the necessary requirements for effective psychological tests, including aspects such as metric scale, reliability (internal consistency and retest reliability), validity, discriminant and standardization.

The present study highlights the importance of shifting focus to understanding the impact of a psychotic episode from a broader perspective. Themes identified in this study, including disintegration, alienation, stigmatization, feelings of loss and deficiency, recognition of the illness as an ongoing problem, and perceptions of coercive treatment, indicate the impact of a first psychotic episode on a person's personality, relationships. Although the participants in this study represented different occupations, genders, and regions, further research with different cohorts of first-episode psychotic survivors is needed to establish a broader understanding of these themes.

Based on the results of the experiment, a social-psychological intervention program was developed by combining trauma-focused therapy with cognitive-behavioral therapy, which proved to be effective during the study.

Satisfaction ratings were high, with 88% achieving reliable improvement in at least one symptom after therapy.

The most significant improvement was seen in post-traumatic symptoms, where all clients showed improvement, with 63% indicating significant change. These promising

findings support the idea that direct memory processing strategies should be used to alleviate posttraumatic symptoms.

The experimental study was carried out on the basis of the "Renaissance-Kyiv" clinic, the Kyiv Regional Psychiatric-Narcological Medical Association and the Municipal Non-Profit Enterprise of the Kamian City Council "City Hospital No. 1".

Experience of a recent psychotic episode has been empirically shown to be associated with high levels of distress, including PTSD symptoms associated with the psychotic symptoms themselves, as well as treatment experiences such as involuntary hospitalization, isolation, and restraint, which were major psychological contributors to distress. the first psychotic episode as a traumatic event.

This study was unique in its focus on assessing the importance of A1/A2 criteria for a traumatic event in the diagnosis of PTSD symptoms following a psychotic episode. Almost twice as many participants met PTSD symptom criteria independent of A1/A2 criteria (66%) than met full PTSD criteria including A1/A2 criteria (39%).

The participants highlighted a number of aspects that can cause traumatic effects during psychiatric treatment. Among those who experienced at least one episode of psychosis, five main themes emerged related to the traumatizing aspects of treatment: (1) long hospital stays; (2) side effects of drugs; (3) involuntary treatment, including involuntary hospitalization, use of restraints, and involuntary medication, and (4) placement with other patients; and (5) treatment by professionals, with, for example, the use of coercive treatment.

Among the various negative experiences participants described related to their psychotic episode, 53% reported that the symptoms were the most upsetting, 42% reported that the treatment experience was the most upsetting, and 5% indicated that the event was related to the symptoms , and with the treatment together, was the most upsetting. Among participants whose most distressing event occurred more than one month ago, 58% met criteria for PTSD syndrome, and 38% met full diagnostic criteria for PTSD (ie, both symptom criteria, event that occurred) more than one month ago, and criteria A1/A2, related to their most distressing event.

The scientific novelty and theoretical significance of the study lies in the fact that before it, in the literature that studies psychological reactions to schizophrenic psychoses, emphasis is placed on the relationship only with post-psychotic symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) of repeated episodes of psychosis. In this study, an important contribution is the consideration of PTSD symptoms as a secondary mental disorder after psychosis, which expands the understanding of the mental consequences of schizophrenia.

The second aspect consists in substantiating the pronounced post-psychotic symptoms of PTSD, which are related precisely to the psychotic experience, and not to the consequences of treatment.

The third aspect concerns the identification of significant psychological reactions of individuals with psychosis to psychotic symptoms and coercive treatment. The lack of data in quantitative studies regarding the perception of these symptoms makes it relevant to use qualitative research methods to understand the subjective experience and determine potential treatment approaches, which was not previously carried out in Ukraine regarding the diagnosis of PTSD symptoms after the first psychotic episode in schizophrenia.

In addition, the study highlights the need for integrated diagnostics for the effective treatment of early psychoses and post-traumatic symptoms, indicating the practical dimension of the study. Overall, this study advances understanding of the relationships between psychosis, trauma, and mental health, providing new evidence and perspectives for clinical practice and further research.

In the context of significant public costs of psychosis, it is important to develop an individual prevention strategy and improve existing treatment methods. The study opens up prospects for early intervention and the practical use of tools to detect PTSD after a first psychotic episode. In particular, attention should be paid to cognitive assessments and schemas affecting psychotic experience, as well as to improving the diagnosis of post-traumatic stress. This may contribute to improved treatment targeting comorbidity and distress.

The practical value of this study is in the provision of specific recommendations for the safe and effective management of the relationship between the traumatic aspect and psychotic symptoms in treatment. Specialists will be able to obtain detailed information on

the temporal relationship between traumatic events and the development of psychotic symptoms, which will contribute to the optimization of therapeutic treatment, including psychoeducation about PTSD symptoms, which is valuable given the prevalence of the psychological effects of war.

The study opens up prospects for early intervention and the practical use of tools to detect PTSD after a first psychotic episode. In particular, attention should be paid to cognitive assessments and schemas affecting psychotic experience, as well as to improving the diagnosis of post-traumatic stress. A special emphasis on identifying trauma at an early stage can significantly reduce the risk of developing psychotic disorders, indicating the potentially great value of the research for prevention strategies.

Findings about aspects of symptoms that may trigger trauma reactions among patients can inform treatment protocols so that patients have an adequate understanding of what to expect during the transition to a psychotic episode. Patients often shared negative, sometimes traumatic experiences of treatment. The impact of this experience on the patient's level of trust in mental health professionals was evident during the interviews.

The findings emphasize the relevance of solving problems related to post-traumatic reactions to psychosis. In particular, the results indicate the need to consider the negative conditions of hospitalization and the consequences of stigmatization that often occur during the psychotic episode and stages of treatment. Reactions to an acute psychotic episode varied, with some reporting relief that the worst was over, while others remained traumatized by the events. Psychotherapy may be recommended for those who show signs of post-traumatic stress disorder, with the goal of alleviating the traumatic response to psychosis. Quality treatment of PTSD as a psychotic sequelae can potentially improve patients' ability to engage more actively with psychiatric clinics and actively participate in the treatment of their mental disorder.

A further avenue for research may be the development of integrated therapeutic approaches, research pointing to the importance of tailoring therapeutic treatment to trauma-related cognitive features that influence the psychotic experience. Further research at earlier stages is important, given the importance of early detection and treatment, further research may focus on methods to identify trauma and early symptoms of PTSD to ensure effective

intervention. It is also promising to examine the impact of trauma on the various phases of psychosis, including the pre-psychotic period, active phases, and the post-psychotic state, which may be important for understanding the chronology and mechanisms of interaction.

These perspectives may contribute to the further development of therapeutic strategies, increasing the effectiveness of treatment and prevention of serious mental disorders in persons who have had a first psychotic episode.

Key words: Mental disorder, schizophrenia, psychotic episode (or psychosis), trauma, traumatic experience, PTSD, stigmatization, cognitive-behavioral therapy, pathopsychological symptom complexes, cognitive style, active and passive coping strategies, social assistance, difficult life situation, crisis, emotions.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ **Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати** **дисертації:**

Публікації у фахових виданнях України:

1. Черняк А. В., «Психологічні чинники переживання першого психотичного епізоду як травмуючої події при шизофренії». Науковий журнал Габітус, номер 29, с. 121-126, 2021;
2. Черняк А. В., Завязкіна Н. В., «Когнітивно-поведінкова терапія шизофренії: застосування в клінічних умовах». Науковий журнал «Наукові перспективи», номер 3, с. 428-441, 2023.
3. Черняк А. В., «Перший психотичний епізод як травмуюча подія у ендогенних хворих». Журнал «Наукові інновації та передові технології», 2024, №4, ст. 1390-1401.

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації у періодичному науковому виданні держави, яка входить до Організації економічного співробітництва та розвитку та Європейського Союзу:

1. Черняк А. В., «Schizophrenomorphical psychosys in the period of trauma: clinical picture and methods» - Scientific practice: modern and classical research, номер 10, с. 140-143, 2022.
2. Черняк А. В., Завязкіна Н. В., «Еволюція когнітивно-поведінкової терапії психозу». Grail of Science periodical scientific journal NGO, Index Copernicus, номер 10, с. 386-397, 2023.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Черняк А. В., Завязкіна Н. В., «Переживання психотичного епізоду як травмуюча подія у ендогенних хворих». IV Міжнародній науково-практичній конференції «Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень» УДК, с. 151-157, 2020.
2. Черняк А. В., «Психологічні чинники переживання першого психотичного епізоду як травмуючої події у хворих на шизофренію». XXIII Міжнародна конференція молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження», КНУ ім. Тараса Шевченка, с. 271-275, 2021.
3. Черняк А. В., «Психологічні чинники переживання першого психотичного епізоду як травмуючої події у хворих на шизофренію». Всеукраїнська наукова конференція «Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє» КНУ ім. Тараса Шевченка, с. 45-48, 2021.

4. Черняк А. В., Завязкіна Н. В., «Когнітивно-поведінкова терапія шизофренії - Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia» GRUNDLAGEN DER MODERNEN WISSENSCHAFTLICHEN FORSCHUNG с. 161-164, 2023.

5. Черняк А. В., Завязкіна Н. В., «Роль когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні шизофренії». Київський журнал сучасної психології та психотерапії, с. 93-95, 2023.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	18
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ ЯК ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ....	32
1.1. Систематичний огляд психологічної травми після досвіду першого епізоду психозу: поширеність та супутні чинники.....	32
1.2. Особливості перебігу першого епізоду психозу при шизофренії.....	41
1.3. Виокремлення феномену психологічної травми.....	49
Висновки до першого розділу.....	63
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ ЯК ТРАВМУЮЧОЇ ПОДІЇ.....	65
2.1. Методики дослідження наявності психологічної травми після першого психотичного епізоду.....	65
2.2. Характеристики вибірки.....	86
2.3. Процедура дослідження впливу першого психотичного епізоду на виникнення психологічної травматизації.....	89
Висновки до другого розділу.....	91
РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ ЯК ТРАВМУЮЧОЇ ПОДІЇ.....	93
3.1. Аналіз симптоматики ПТСР серед пацієнтів з першим епізодом психозу, що мають шизофренію	93
3.2. Особливості перебігу психотичного епізоду, що чинять психологічно-травмуючий вплив.....	111
3.3. Зв'язок між постпсихотичною травмою та когнітивними порушеннями як причинно-наслідковий, так і діагностичний.....	135
Висновки до третього розділу.....	144
РОЗДІЛ IV. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ІНСТРУМЕНТАРІЮ, СПРЯМОВАНОГО НА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНЕ ВТРУЧАННЯ ПІСЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІД ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ.....	147

4.1. Пояснювальна записка до психотерапевтичної програми для пацієнтів з першим психотичним епізодом.....	147
4.2. Розробка психотерапевтичної програми.....	159
4.3. Результати психотерапевтичної програми.....	166
Висновки до четвертого розділу.....	172
Висновки.....	174
Список використаних джерел.....	180
Додатки.....	197

ВСТУП

Актуальність теми. Звіт Міністерства соціальної політики України за 2017 рік свідчить про те, що майже два мільйони українців щороку стають пацієнтами психіатричних лікарень. В світі серед людей із психозом існує високий рівень наявності психічних травм [51], і в цій групі також повідомляється про підвищений рівень симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який коливається від 17% до 46% [49]. На сьогоднішній день психодіагностика симптоматики ПТСР в Україні у зв'язку з війною є актуальною. Також було встановлено, що наявність супутнього діагнозу ПТСР негативно впливає на перебіг важких психічних захворювань [81], що вказує на потребу в ранній діагностиці та лікуванні для запобігання дестабілізації стану пацієнтів. Незважаючи на те, що ця дисертація зосереджена на психотичних епізодах, психологічна травма пов'язана також з іншими проблемами психічного здоров'я. Негативне ставлення до пацієнтів загалом через стигму є моральним викликом для нашого суспільства. Поглиблений огляд травми стигматизації, перспективи зменшення суспільної стигми, вплив стигми на добробут, а також роль інтерналізованих стереотипів у депресії та соціальній тривожності є важливими. Публічна та інтерналізована стигма потенційно шкодить благополуччю, самооцінці та одужанню. Не менше важливими є підняті в дисертації питання умов надання психіатричної допомоги стаціонарним пацієнтам в Україні та їх сприйняття госпіталізації травмуючою подією.

Визнання ПТСР серед пацієнтів з психозом та іншими важкими психічними розладами становить близько 2%, які отримують офіційно підтверджений діагноз ПТСР [74]. Після виділення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у самостійну нозологічну рубрику, з'явилося безліч досліджень, які вказують на високу коморбідність ПТСР і психозів шизофренічного спектра [54]. Однак, чітких диференційно-діагностичних критеріїв психогенно-спровокованих розладів за клінічної картини немає, вказується на гострий реактивний стан. Лише декілька досліджень розглядало інструменти самооцінки ПТСР та травмуючої події, які є більш придатними для рутинного скринінгу в клінічній практиці, ніж тривалі клінічні інтерв'ю, до того ж вони продемонстрували внутрішню узгодженість та надійність

повторного тестування [61]. Однак висновки цих досліджень обмежені використанням вибірок пацієнтів з хронічними психотичними розладами.

У сучасній клінічній психології при вивченні психічних порушень, в тому числі психотичних станів, превалує нейробіологічний підхід, в той час як клінічний, психологічний, феноменологічний напрямок, поступово займає все менше місце, залишаючись багато в чому вичерпанним. Наукова психологія має враховувати особистісний аспект психічної патології і акцентувати увагу на вплив психозу на особистість хворого.

Тим часом, психотичні стани є для людини не тільки неординарним, але і інтенсивним впливом, який може викликати важкі наслідки, адже за своїми кількісними і якісними характеристиками психотичний стан відповідає критеріям травматичної ситуації – екстремальної критичної події, незалежно від тривалості (короткострокова, серійна чи пролонгована) [56]. Так, в класифікаторі DSM-V, спостерігається розширення критеріїв травматичної події, зокрема, крім того, що вона пов'язана зі смертю або її загрозою, додається варіант «переживання повторних або екстремальних впливів» [63], що в широкому сенсі відповідає й критеріям психотичного стану.

Психотичні стани мають високий травматогенний потенціал для особистості пацієнта. З метою оцінки «травматогенних ефектів» психозу, пропонується обстежувати пацієнтів, які перенесли психози ендогенного походження.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-того перегляду (МКБ-10) [81] психогенно-спровокованому психозу шизофренічного спектра визначено місце в рубриці F23 «Гострі і минулі психотичні розлади». П'ятим знаком в цій рубриці наказано кодувати параметр «асоційованості психозу зі стресом». Автори класифікації при цьому всіляко підкреслюють неоднорідність і гетерогенність цієї групи, вказуючи на те, що «номенклатура цих гострих станів настільки ж невизначена, як і їх нозологічне положення» [58]. У класичних уявленнях про травмуючу подію генезис стресу розглядається переважно як формально зовнішня щодо особистості подія чи серія подій, що пов'язана з лінійними і психологічно-зрозумілими причинно-наслідковими взаємовідносинами між психічною травмою і

реакцією на неї [11]. Тим часом симптоми психозу, що розвиваються аутохтонно (ендогенно), також можуть розглядатися в якості значущої для особистості стресової події або серії подій, але з менш очевидною каузальним ланцюжком «психічна травма – реакція на травму» [27]. Дана ситуація є ендопсихічною травмою та протиставляється травмі екзопсихічній. Складнощі у виявленні та описі ендопсихічної травматичної події та її наслідків пов'язані з різними чинниками – прихований фасад продуктивної і негативної психопатологічної симптоматики, деформація особистісної структури захворюванням, вплив фармакотерапії, що в сукупності призводить до атипії прояву посттравми [3]. Найбільш близькою, ймовірно, яка вбирає в себе психоз-асоційований посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) видається діагностична категорія постшизофренічної депресії, що розвивається за реактивно-особистісним механізмом та традиційно розглядається в структурі вторинної негативної симптоматики [14]. Говорячи про реактивну депресію, найчастіше мають на увазі реакцію втрати [56]. Традиційна клінічна психіатрія пропонує досить поверхневий, механічний опис даних порушень, нерідко займаючись пошуком «конституційних основ», «грунту» [68]. Також характерно виключення пацієнтів з шизофренією з досліджень реактивних депресій, що досить штучно протиставляє «ендогенне» і «психогенне», «велику» і «малу» психіатрію [17].

Розглядаючи психоз в аспекті стресового впливу, не можна не брати до уваги і вплив чинника госпіталізації хворого, особливо якщо вона є недобровільною і пов'язана з застосуванням заходів фізичного обмеження [4]. Крім того, очевидно, що психотичні стани значно психологічні і мають потенційно травмуючий вплив на найближче оточення пацієнта [25].

За даними систематичних оглядів і метааналізу, у кожного другого пацієнта після першого психотичного епізоду виявляються симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а стан кожного третього відповідає всім критеріям цього діагнозу [43]. Комплекс переживань хворого в період психозу або «травматичний досвід» багато в чому визначає клінічні прояви постпсихотичного періоду.

Якщо звернутися до діагностичних формулювань постпсихотичних станів, то найчастіше фігурують такі знеособлені конструкти, як «деформація структури

особистості» і «редукція енергетичного потенціалу», які малоспецифічні і часто не відповідають ступеню вираженості особистісних змін. Клінічно розмитою і гетерогенною є і рубрика «постшизофренічна депресія», потенційно містить в собі посттравматичні (постпсихотичні в аспекті стресу) симптоми [35]. Ще однією діагностичною рубрикою, що потенційно вбирає в себе прояви посттравми, є стійкі зміни особистості, не пов'язані з пошкодженням або розладом головного мозку, з підрубриками змін після переживань катастрофи і після психічного захворювання. Останні важко диференціювати від негативної симптоматики, тому діагностика потребує більш розширеного розгляду.

Певну роль в ігноруванні особистісних змін в постпсихотичні періоди відіграє і недостатня інтеграція клінічної психології в психіатрії. Зокрема, такі зміни особистості при шизофренічному процесі, як зміщення – включення переживань психозу в світ цінностей і уявлень хворого [57], з позицій психології стресу можуть розглядатися в якості копінг-стратегії, тобто те, що дозволяє впоратися з травматичним досвідом психозу. У разі незначного зниження активності в рамках латентного варіанту дефіцитарного симптомокомплексу у пацієнтів після перенесеного психозу описується реформування особистісного складу, радикальні особистісні зміни, «нове життя» [45], що може включати в себе і риси посттравматичної деформації особистості у відповідь на екстраординарні переживання при ендогенному психотичному стані.

Травматичний контекст дозволяє змінити кут огляду і наповнити новим змістом клінічну типологію пристосувальної поведінки при шизофренії, зокрема такі її варіанти, як регресивний (суспільно пасивна життєва позиція, відмова від боротьби за соціально значимі цілі, малі за глибиною і бідні за змістом соціальні контакти), захисний механізм з «відступом до малого життя» і залежного життя [33].

Виходячи зі сказаного, представляють інтерес аналіз структури постпсихотичного періоду захворювання з точки зору психічної травматизації і її місця в ряду негативних і депресивних постпсихотичних явищ, а також можливості інтеграції відповідних клінічних та клініко-психологічних (психодинамічних)

концепцій. Також адаптація належного втручання щодо симптомів посттравматичного стресового розладу після першого психотичного епізоду.

Об'єкт дослідження. Перший психотичний епізод як психотравмуюча подія.

Предмет дослідження. Психологічні чинники переживання першого психотичного епізоду, як травмуючої події у хворих на шизофренію.

Мета дослідження – виявлення та опис психологічних чинників психотичного епізоду, як травмуючої події, розробка та впровадження інструментарію роботи з ними.

Завдання дослідження.

1. Побудувати теоретико-методологічну модель дослідження посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинним психотичним епізодом.

2. Оцінити суб'єктивні переживання, пов'язані з переживанням психотичних симптомів та лікуванням у пацієнтів з психотичними епізодом, за допомогою якісних та кількісних методів.

3. Зробити порівняльний аналіз особливостей та різниці проявів посттравматичних симптомів після психогенного та екзогенного психозу; Розробити психодіагностичні принципи діагностики посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинним психотичним епізодом.

4. Дослідити умови формування посттравматичних симптомів після психозу, особливості їх перебігу, наслідків та визначити прогностичну і диференційно-діагностичну значущість їх окремих клініко-психологічних параметрів.

5. Обґрунтувати підходи до вибору методів психотерапії та профілактики посттравматичних симптомів після психозу.

Для досягнення мети і розв'язання поставлених завдань використано такі **методи дослідження:**

Методологія дослідження містить в собі теоретичний, клініко-психопатологічний, автобіографічний, експериментально-психологічний, психометричний та статистичний методи.

Теоретичний метод: аналіз наукових джерел, систематизація, узагальнення,

порівняння, класифікація існуючих емпіричних даних щодо предмету дослідження.

Клініко-психопатологічний метод полягав у зборі анамнестичних відомостей, психопатологічній оцінці перенесеного психозу і поточного психічного статусу відповідно до традиційних клінічних принципів, водночас визначався механізм формування марення [49].

Задля досягнення цієї мети було використано шкалу оцінки впливу травматичних подій, яка містила пункти, кожен з яких оцінюватиметься як «ніколи/рідко/інколи/часто» [18] з автобіографічним методом у вигляді завдання – в довільній формі пацієнту пропонуватиметься написати свою автобіографію, відобразивши найбільш значущі, з його точки зору, події життя. При цьому не позначатиметься кінцева мета даного завдання для мінімізації будь-якої попередньої установки і смислових акцентів. Після цього тексти автобіографій оцінюватимуться за наявністю або відсутністю описів переживань під час психотичного стану (як травматичні і атравматичні автобіографії відповідно), при їх наявності складався індивідуальний травматичний «словник» – довільний ряд з десяти слів, що відображають переживання психозу («семантичне картування» індивідуальної психотичної травми). Крім того, з кожної автобіографії обирався довільний ряд щодо нейтральних слів, не пов'язаних безпосередньо з психотичним станом даного пацієнта.

Експериментально-психологічний метод містив в себе семантичний аналіз: у вільному порядку пацієнтові будуть продемонстровані картки з чотирьох серій по десять слів кожна: ряд нейтральних слів, ряд слів з загальним травматичним змістом, ряд слів індивідуального травматичного «словника» і індивідуальний ряд нейтральних слів. Буде запропоновано озвучити свої асоціації до слів, при цьому відзначатиметься час між пропонованим словом-стимулом і початком відповідного асоціативного потоку (латентний період), а також кількість асоціацій до кожного слова-стимулу. Зазначений метод є модифікацією методик запам'ятовування емоційних слів і методу вільних асоціацій [112].

Психометричний метод включатиме в себе шкалу оцінки впливу травматичної події з підшкалами уникнення, вторгнення і збудливості [111] і оціночну психіатричну шкалу.

Обраний інструментарій дозволив оцінити травматичні ефекти психотичного стану з позицій традиційних критеріїв посттравми і з урахуванням індивідуальних особливостей перенесеного психозу. Оцінюватиметься наявність або відсутність взаємозв'язків між показниками шкали оцінки впливу травматичної події (сумарний бал), кількістю асоціацій і латентним періодом в асоціативному експерименті на основі індивідуального «словника травми»; між семантичними рядами нейтрального, загально прийнятого травматичного і індивідуального травматичного змісту (для відповіді на питання про те, наскільки травмогенним є сам зміст і семантика психозу); між структурою психотичного стану (провідним механізмом марення) і показниками шкали оцінки впливу травматичної події (сумарний бал і підшкали) (для відповіді на питання про те, як пов'язаний перебіг та форма психозу з ймовірністю розвитку симптомів ПТСР).

Теоретико-методологічну основу дослідження склала теорія розподілу дистресу Мейєрса [57], який приділяв особливу увагу утворенню додаткової симптоматики за рахунок психотичного епізоду. Також психодинамічний підхід надає більш розгорнуті, об'ємні інтерпретації щодо самого психотичного матеріалу і його потенційної травматичної «токсичності» [58]. Психотична структура в аналітичних концепціях характеризується використанням довербальних і дораціональних психологічних захистів (втеча в фантазії, заперечення, тотальний контроль, примітивна ідеалізація і знецінення, примітивні форми проєкції і інтроекції, розщеплення і дисоціація), а центральний конфлікт визначається як неповна впевненість у власному існуванні, труднощі з вирішенням питань самовизначення [37]. У цьому плані заслуговує на увагу концепція структурної дисоціації особистості, застосовувана до формування прикордонного особистісного розладу. Деякі автори [71] з позицій цієї концепції розглядають прикордонну особистість як варіант ПТСР з явищами вторинної стосовно дитячої травми дисоціації.

Звертаючись до традиційного клінічного посттравматичного стану, звертають на себе увагу більш вузькі рамки поняття травматизації, що зачіпають зовнішні катастрофічні, екстраординарні стресові події з формуванням відповідного симптомокомплексу. У цьому випадку дослідження взаємозв'язку психотичних розладів і травмуючої події обмежуються описом варіантів коморбідних розладів і ігнорується можливість прямого причинно-наслідкового зв'язку між окремими формами поєднаної патології. Так, виділяється «автономний тип» коморбідності (дезактуалізація симптоматики ПТСР у міру наростання темпів прогресивності шизофренічного процесу), «синергічний з утворенням загальних симптомів» (змішення психогенних і псевдо-психопатичних розладів) і, нарешті, «синергічний з розщепленням синдрому» (формування двох «ліній» іпохондричного розвитку – постреактивного і ендогенного псевдоневрологічного) [83]. У даній типологічній моделі саме психотичний стан не розглядається як травматичний чинник і часто простежуються розширене трактування малопродієнтного шизофренічного процесу, але на цій моделі розроблена детальніша діагностика.

Постпсихотичний період при ендогенних психічних захворюваннях в клінічній психіатрії розглядається переважно в аспекті наростання вираженості негативного симптомокомплексу, а при екзогенних психозах – як когнітивне зниження, але в обох випадках практично поза реакції особистості [42]. Однією з небагатьох концепцій, в яких розглядається не тільки органічний, але і особистісний контекст психозу, є трактування постпсихотичних змін при алкогольному психозі і хронічному алкоголізмі, представлених як диссоціативна парадигма хімічних аддикцій з формуванням «травматичного архіву» [58, 79].

Науково-теоретична новизна дослідження. В області вивчення психологічних реакцій на психози (МКБ-10 F 20.0, F 20.1) [36] та їх лікування документована проблема постпсихотичної депресії і симптомів посттравматичного стресу (ПТСР). Сучасне бачення ПТСР як вторинного психічного розладу після психозу в даному дослідженні виявляє наявність симптомів ПТСР після психотичного епізоду шизофренії, таких як повторне переживання травматичних подій, уникнення тригерів, пов'язаних із травмою та підвищене збудження. Дане

дослідження підтверджує високий рівень постпсихотичних симптомів ПТСР, що пов'язані з психотичним досвідом. Вплив психозу та його лікування ускладнений наслідками психічного захворювання, анозогнозією та соціальною стигмою. Особи, які пережили початковий психоз, уникають професійної допомоги через страх стигми, а внутрішні наслідки усвідомленої стигми розглянуті в цьому дослідженні. Це перше дослідження в Україні, яке розглядає перший психотичний епізод як травмуючу подію у пацієнтів з шизофренією. Також був вперше запропонований комбінований метод психотерапевтування для даної проблеми з пацієнтами українських лікарень.

Під час вивчення психозів та травматичних подій виявлені достовірні підтвердження високого рівня травматизації при психозах та шизофренії. Посттравматичний стресовий розлад часто виникає внаслідок психологічної травми серед людей з психозом. Згідно з різними дослідженнями, рівень ПТСР у цій групі коливається від 25% до 48%, що практично вдесятеро вище, ніж у загальній популяції [27], але до того ніколи не досліджувались за даними критеріями пацієнти з шизофренією з України.

Ці травматичні події, в поєднанні з травматичним досвідом психотичних епізодів та психіатричного лікування, підкреслюють важливість зменшення наслідків постпсихотичної травми у даній групі, чим і займалося дане дослідження в четвертому розділі, використовуючи травма-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію.

Незважаючи на наявність літератури, яка фіксує психологічні реакції на психоз та його лікування, відсутні дані щодо сприйняття психотичних симптомів чи досвіду примусового лікування саме серед людей із першим психозом, тому дана робота підіймає ці питання. Застосування якісних методів дослідження може стати ефективним напрямом для зрозуміння суб'єктивного досвіду та розробки пропозицій щодо можливих підходів до лікування.

Висновки цього дослідження розширюють відому літературу, залучаючи хворих із першим психотичним епізодом, адже в зарубіжній літературі в основному фокус на багаторазовості психозу як травмуючого. Дослідження травматичних

подій було проведено на фоні різних наслідків психозу, включаючи підвищений ризик ПТСР симптомів через позитивні психотичні симптоми, а не події до психозу, які більшою мірою підіймаються в міжнародних дослідженнях. Оскільки вплив травми пов'язаний із різними психічними розладами, специфіка впливу психозу на травму залишається невизначеною. Це дослідження висвітлює два слабо досліджені аспекти: взаємозв'язок між травмою та психозом у контексті інших розладів, що часто є наслідком травми, і запропоновані механізми, які пов'язують травму з психозом. Дослідження основного зв'язку між впливом травми та всім спектром психозу, з фокусом на вплив типу конкретних психотичних симптомів, розглядається як перспективне завдання.

Пропозиція інтегрованої діагностики як першочергового підходу до лікування супутнього раннього психозу та посттравматичних симптомів є дещо складною, враховуючи те, що недостатня підготовка та нагляд, а також недостатня інституційна та фінансова підтримка інтегрованого лікування стають бар'єрами для лікування в Україні, тож пропонується програма, яка має на меті заощадити кошти своєю оперативністю та короткостроковістю. Комплексне лікування одразу першого психотичного епізоду з ПТСР симптомами є ідеалом, який клінічні експерти визнають найбільш підходящим і часто прагнуть забезпечити його, навіть якщо вони погано підготовлені для цього. А модель втручання когнітивно-поведінкової терапії у комплексі з травма-фокусованою показали значні результати за оперативністю в даному дослідженні.

Хоча ранній психоз, природно, часто є першочерговим чинником, що викликає занепокоєння в програмах раннього психозу, і вирішення проблем раннього психозу до вирішення супутніх захворювань узгоджується з існуючими рекомендаціями щодо клінічної практики щодо раннього психозу (Міжнародна група з питань раннього психозу) [79], важливим було через це дослідження забезпечити теоретично і емпірично систему, де рішення щодо лікування раннього психозу та посттравматичних симптомів керується обґрунтованим прийняттям клінічних призначень, на відміну від уникнення лікування травматичних розладів з боку практикуючих лікарів через недосвідченість чи дискомфорт.

Особи з супутніми ранніми психозами та коморбідними розладами, пов'язаними з травмою, надають зміст, пов'язаний з травмою, змішаний з оманливими чинниками. Дане дослідження сформулювало загальнопрограмні зусилля щодо вирішення цієї проблеми, зосереджуючись на психовихованні щодо стресу загалом та на розробці та використанні навичок подолання для управління стресом у повсякденному житті, але і на психоосвіті щодо травм та обробці травматичних подій. Слухові галюцинації та, наприклад, візуальні марення в цілому пов'язані з параноєю або переслідуванням трапляються приблизно у 40% осіб з важким ПТСР. Крім того, зміст цих психотичних симптомів часто, хоча і не завжди, пов'язаний з травмою, як показує дане дослідження.

Практичне значення дослідження полягає у наданні чітких вказівок щодо того, як безпечно та ефективно вирішувати поєднання змісту, пов'язаного з травмою, і маячення або галюцинаторного вмісту при лікуванні. Фахівці матимуть можливість отримати докладну інформацію, яка допоможе зрозуміти часовий взаємозв'язок між повідомленими травматичними подіями та розвитком психотичних симптомів та осмислити психотичні симптоми із вмістом, пов'язаним з травмою, як вказівку на те, що психотерапевтичне лікування, включаючи психовиховання щодо травми, може бути доцільним. Саме комбінація травма-фокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії дала позитивні результати в даному дослідженні, що сприятиме в майбутньому розгляду цього інструменту як одного з допоміжних.

З огляду на величезні суспільні витрати на психози, важливо розробити індивідуальні зусилля з профілактики та лікування або вдосконалити сучасні методи. Дослідження має перспективи раннього втручання та практичного застосування для розуміння взаємовідносин запропонованого інструментарію для вияву ПТСР симптомів після першого психотичного епізоду та психотерапевтування. По-перше, у світлі важливості когнітивних оцінок та схем, пристосування лікування до когніцій, пов'язаних із травмами, які впливають на психотичний досвід, може виявитися перспективним. По-друге, зусилля, спрямовані на покращення діагностики симптомів посттравматичного стресового розладу та емоційної дисрегуляції також є корисними заходами, які можуть бути спрямовані на супутні захворювання (наприклад,

депресію) та дистрес, пов'язаний з оцінкою загроз. Загалом, для психологів та психіатрів, які працюють з особами з психотичними симптомами та ПТСР, досліджений терапевтичний шлях через семантичні словники травм. Не менш важливою є оцінка симптомів ПТСР для осіб, які страждають на психози, оскільки історія ПТСР може відігравати важливу роль у феноменології та лікуванні психозу. На рівні профілактики через додаткову шкалу ПТСР, спрямовується виявлення травм на ранніх етапах і це є критично важливим для зниження частоти розвитку психотичних розладів. З огляду на сильний зв'язок між ПТСР та загальною психопатологією, громадські та політичні зусилля щодо запобігання травматичному життєвому досвіду, такому як зловживання, нехтування, насильство та віктимізація з боку соціуму, є надзвичайно важливим аспектом теми здоров'я населення, тому дані про наслідки умов стаціонарних психіатричних лікарень для впровадження змін є практично значущими.

Характеристика вибірки. Дослідження проводилось в Комунальному некомерційному підприємстві Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання пацієнтів», також в клініці «Ренесанс-Київ» та Кам'янській психіатричній лікарні №1 з первинними психозами двох основних груп - ендогенної (шизофренічні психози – діагнози за МКБ-10 F 20.0, F 20.1) і екзогенної (інтоксикаційні психози - діагнози за МКБ-10 F 10.4, F 12.5, F15.5)[23]. Для дослідження було набрано однорідну вибірку щодо учасників, кожен з них мав досвід першого психотичного епізоду та зверталися до послуг психічного здоров'я через досвід психотичного епізоду. Щоб забезпечити однорідну вибірку щодо всіх учасників, які мають досвід психозу, усі учасники повинні були або мати діагноз МКБ-10 за спектром шизофренії, або відповідати критеріям вступу до служби раннього втручання при психозі за шкалою позитивного та негативного синдрому (SCL-90-R) [87]. Хоча вибірка не була однорідною за іншими змінними, такими як вік, освіта чи зайнятість, стверджується, що вибірка була однорідною щодо ключових аспектів цілей дослідження, тобто досвіду психозу. Вибірку склали 143 пацієнта.

Достовірність і надійність результатів забезпечувались методологічною й теоретичною обґрунтованістю вихідних даних; вибором методів, адекватних

предмету, меті і завданням дослідження; репрезентативністю вибірки; поєднанням кількісного і якісного аналізу результатів дослідження; застосуванням методів статистичної обробки даних.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Черняк А. В., Завязкіна Н. В., «Переживання психотичного епізоду як травмуюча подія у ендогенних хворих». IV Міжнародній науково-практичній конференції «Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень» УДК, с. 151-157, 2020. Черняк А. В., «Психологічні чинники переживання першого психотичного епізоду як травмуючої події у хворих на шизофренію». XXIII Міжнародна конференція молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження», КНУ ім. Тараса Шевченка, с. 271-275, 2021. Черняк А. В., «Психологічні чинники переживання першого психотичного епізоду як травмуючої події у хворих на шизофренію». Всеукраїнська наукова конференція «Психодіагностика в Україні: сучасність та майбутнє» КНУ ім. Тараса Шевченка, с. 45-48, 2021. Черняк А. В., Завязкіна Н. В., «Когнітивно-поведінкова терапія шизофренії - Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia» Grundlagen der modernen Wissenschaftlichen Forschung с. 161-164, 2023. Черняк А. В., Завязкіна Н. В., «Роль когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні шизофренії». Київський журнал сучасної психології та психотерапії, с. 93-95, 2023.

Впровадження результатів здійснювалося на базі Багатопрофільного комплексу наркології і психіатрії «Ренесанс-Київ», Київського інституту сучасної психології та психотерапії, ТОВ Психодіагностичний центр.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційне дослідження виконано здобувачем самостійно, усі сформульовані в ньому положення та висновки з рекомендаціями обґрунтовані на основі особистих досліджень автора. Для аргументації окремих положень використані праці інших науковців, на які зроблено посилання.

Публікації. Зміст дисертаційного дослідження відображено в 3 публікаціях, з них 3 статті у наукових фахових виданнях та 5 тез доповідей, 2 статті опублікована у закордонному періодичному виданні.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 152 найменувань, з яких 105 – іноземними мовами, та 7 додатків. Загальний обсяг дисертації становить 221 сторінок, основний зміст роботи викладено на 160 сторінках без анотації, з анотацією 170. У дисертації міститься 10 таблиць, 6 рисунків.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ ЯК ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ

1.1. Систематичний огляд психологічної травми після досвіду першого епізоду психозу: поширеність та супутні чинники

Перший психотичний епізод (ППЕ) був ідентифікований як критичний період та психіатрична криза, де раннє виявлення та втручання є обов'язковими [121]. ППЕ може бути особливо драматичним, оскільки він виникає в молодому віці, а згодом може значно гальмувати процеси розвитку, такі як формування ідентичності [145]. У центрі уваги цієї роботи був процес відновлення після ППЕ. Розглядається травма цього досвіду, зокрема, тривожна природа психотичних симптомів та гостре лікування, а також другорядні наслідки, такі як зруйноване усвідомлення себе. Досліджується більш широке поняття відновлення, яке містить відновні та конструктивні процеси. Дослідження тривожного характеру ППЕ та одужання від цього досвіду сприятиме розумінню того, як впровадити раннє втручання та покращити прихильність до лікування та клінічні результати.

Реакція на травму забезпечує найбільш повне розуміння досвіду окремих людей та адаптацію до ППЕ. Тим не менш, нинішнє застосування профілю травмуючої події для розуміння впливу психозу обмежилося діагностикою посттравматичного стресового розладу внаслідок психотичних симптомів та гострого лікування, а також широким спектром тривожних переживань, з якими люди можуть зіткнутися як під час гострої фази, так і після одужання. Єдине дослідження, яке досліджувало інші вторинні наслідки психозу через розуміння травмуючого ефекту, пов'язаного з цим досвідом, виявило цілий ряд значних стресових чинників, крім симптомів ПТСР [27]. Крім того, люди, які вперше відчувають психоз, ймовірно, мають численні психологічні реакції [26], такі як суїцидальні думки [65]. Зосередження уваги на діагностиці посттравматичного стресового розладу нехтує діапазоном реакцій, які люди можуть мати під час цього досвіду і, у свою чергу, не досліджується, що знижує стрес, який відчувають люди, в яких не розвивається цей розлад. Крім того, не розглядається, як і чому досвід ППЕ травмує в більшості літератури [117]. Не

визначався вплив психозу на почуття себе та світогляд, що є центральним у концептуалізації та адаптації до ППЕ [52]. Труднощі з лікуванням пацієнтів з ППЕ можуть впливати з неадекватного вирішення травмуючого характеру цього досвіду, такого як його вплив на почуття особистості [119].

Поняття травмуючого досвіду має також розглядатись з позиції процесів відновлення та адаптації. Більш цілісне розуміння процесу втрати виявляється в рамках психодинамічного підходу, починаючи з класичної роботи Freud «Сум і меланхолія», в якій підкреслюється саме збіднення свого «Я» у зв'язку з втратою значимого об'єкта, котрий, з огляду на вагомість, був важливою частиною психічної реальності меланхоліка [128]. Таким чином, мова йдеться переважно про внутрішню, ендопсихічну подію, незважаючи на формально об'єктивну втрату. В цьому ракурсі, повертаючись до ефектів психотичного стану, останнє також є втратою, а саме втратою цілісності особистості, розпадом і розщепленням (тим самим «схізісом»), що не може не мати значного травматогенного потенціалу. Продовжуючи цю аналогію, відповідна динаміка скорботи застосовна і до деяких варіантів постпсихотичного періоду – фаз заперечення, конфронтації та акомодатії (адаптація в новому середовищі, формування нових відносин) [53], з новим постпсихотичним або інтрапсихотичним (в разі ретенції психопродуктивної симптоматики) світом. Моделі відновлення обговорюють необхідність того, щоб пацієнти брали участь у процесі створення значень, інтегрували свій досвід та відновлювали особистість [24]. Однак дослідження, що вивчають відновлення після психозу, включаючи ППЕ, зосереджені переважно на функціональних результатах. Більш комплексний погляд на реакцію на травму повинен також включати конструктивні процеси та результати. Останнім часом у літературі про переживання травмуючого досвіду, про що інформує це дослідження, є посттравматичне зростання. Посттравматичне зростання враховує позитивні зміни, які можуть статися внаслідок травми, а також паралельний дистрес [115]. Вивчення конструктивних змін на основі досвіду ППЕ має можливість забезпечити глибше розуміння адаптації до психозу першого епізоду, а також основи для подальшої терапевтичної роботи та більш ефективних клінічних втручань. На

сьогоднішній день жодне відоме дослідження не досліджувало потенційні конструктивні результати та процеси в контексті відновлення після ППЕ.

Розуміння травмуючого досвіду, пов'язаного з ППЕ, має вирішальне значення для лікування, спрямованого на відновлення після цього досвіду [47]. Дуже невелика кількість досліджень оглядали суб'єктивний досвід травм, пов'язаних з ППЕ, та більш за все у феноменологічному руслі [16]. Тому подальші дослідження задля кращого розуміння суб'єктивного досвіду ППЕ, включаючи його травматичний вплив з плином часу [81] та подальшу корекцію, залишаються актуальними.

Змістовний план дослідження для вивчення травматичного впливу ППЕ та подальшого процесу відновлення має поздовжній та дослідницький характер. У цьому дослідженні застосовується поглиблений феноменологічний підхід, що дає змогу зосередитися на реакціях індивіда на травму та подальше відновлення, включаючи потенційні трансформаційні процеси. Поздовжній метод також застосовується, щоб дозволити відстежувати адаптацію до ППЕ з плином часу, що дає змогу всебічно зобразити травму, відновні та конструктивні процеси та результати після першого прояву психозу.

Обговорюється природа ППЕ, щоб забезпечити контекст цього розладу, перш ніж обговорювати її як травматичний досвід. У решті розділу з'являється аргумент про те, що розуміння травматичної природи ППЕ має виходити за рамки розгляду дистресу гострого епізоду в контексті діагнозу ПТСР. Натомість стверджується, що трактування дистресу, пов'язаного з ППЕ, варто розширити, включивши фазу одужання та розуміння загрози для власного почуття самоідентифікації, стосунків з іншими та світогляду. Стверджується, що зосередження уваги на симптоматиці посттравматичного стресового розладу обмежує наше розуміння діапазону реакцій на травмуючу подію, які можуть виникнути в результаті переживання ППЕ. Детальне вивчення суб'єктивного досвіду дозволяє зрозуміти, як психотичний епізод впливає на людину [124].

За даними ORYGEN Youth Health [73], приблизно три людини з кожних 100 молодих людей, перенесли психотичний епізод, що робить психоз більш поширеним, ніж діабет серед молодих людей. Протягом чотирьох років (1997–2009) Центр ранньої

профілактики та втручання психозів (EPPIC) у Мельбурні, Австралія, завершив дослідження, присвячене ППЕ [35]. Площа опитаних становить близько 880 000 осіб, і вони мають повноваження лікувати всіх осіб, які звертаються з ППЕ до державних служб психічного здоров'я в цій географічно визначеній зоні. На час дослідження Еммінгер вік пацієнтів становив від 15 до 29 років. Дослідження містило всіх осіб, які були визнані тими, що мали ППЕ. За чотирирічний період дослідження було оцінено 2087 осіб, 1054 отримали попередній діагноз ППЕ, а 1019 (687 чоловіків та 322 жінки) відповідали критеріям ППЕ протягом перших шести тижнів лікування. Діагнози спектру шизофренії становили 70-75% діагнозів у чоловіків і 62-67% діагнозів у жінок [116, 135].

Психоз проявляється як цілий ряд симптомів, які включають дезорганізовану мову, думки, поведінку, марення та галюцинації. Дезорганізована мова стає очевидною, коли висловлювання людини логічно не пов'язані і зміст промови зазвичай не має сенсу. Приклади можуть включати неузгодженість та слабкі асоціації. Розлади мислення, такі як блокування думок, часто присутні і пов'язані з першими. Дезорганізована поведінка містить поведінку, яка не є цільною і може здатися спонтанною і дивною. Марення – це хибно віруючі переконання, на які неможливо вплинути або їх виправити, і часто їх характеризують як химерні та не химерні [114]. Нарешті, галюцинації пов'язані з чуттєвими переживаннями, яких об'єктивно не існує, наприклад, чути голоси [59, 62]. Психоз сам по собі не є діагнозом, але може перерости у більш тривалі та виснажливі захворювання, такі як шизофренія та шизоафективний розлад [116].

Швидке втручання на ранніх стадіях психозу вважається імперативним із погіршенням симптомів та функціонування, що настає протягом 2-5 років після ППЕ [22]. Дослідження вказують на високий рівень відновлення після ППЕ [143]. Наприклад, Ліберман виявив, що 73% із 118 людей з ППЕ повністю одужали, а 16% мали часткові покращення протягом 1 року, із середнім рівнем відповіді 9 тижнів [127]. Проте багато людей відчувають психотичні рецидиви протягом 5 років після першого епізоду психозу [107]. Глісон [118] переглянув 23 проспективних дослідження, що досліджували рецидив після ППЕ. Високий рівень рецидивів був

виявлений через 10–15 місяців після першого психозу, причому рецидив коливався між 60-96%. Аналогічно, Ліberman виявив, що кумулятивна частота рецидивів у 104 пацієнтів, які успішно одужали після першого епізоду, становила 81,9% через 5 років [118]. Продовження досліджень впливу ППЕ та подальших адаптаційних процесів є основоположним у роботі над покращенням раннього втручання та зменшення частоти рецидивів.

Під час рецидиву люди можуть не одужувати так само, як після початкового епізоду, а натомість залишаються з постійними симптомами та супутніми функціональними порушеннями та зниженням чутливості до лікування [47]. Згодом люди з ППЕ піддаються ризику розвитку тривалого психічного розладу. У дослідженні Фареллі та його колег [122] 47% учасників мали психотичний розлад, переважно шизофренію, через 8 років після того, як вони вперше були діагностовані та пройшли лікування першого психозу. Було виявлено ряд чинників, які впливають на ремісію та відповідь на лікування від ППЕ. До них відносяться поступовий початок (наприклад, Ліberman; Ропке та Іггерс, [134]), коротша тривалість розладу, нижча вихідна вираженість симптомів, наприклад, Ліberman виявив тривалість нелікованого психозу, попереднє захворювання/коригування, вік на початку, стать, лікування та місце походження [141].

Дослідження першого епізоду діагностують більш важкі порушення у чоловіків [139], а ранній вік початку захворювання асоціюється з більш тяжкими захворюваннями [18]. Частота ППЕ у дослідженні ЕРРІС становила приблизно удвічі вищий показник серед чоловіків, ніж жінок, а середній вік при потраплянні в лікарню становив 21,9 року (чоловіки) та 22 роки (жінки) [130]. Переважання ППЕ було найвищим у чоловіків у віці 20–24 років та ризик розвитку ППЕ у чоловіків був значно вищим у цьому віковому діапазоні. Частота ППЕ була значно вищою у вікових групах 15-19 та 20-24 років для жінок, причому ризик був найвищим у віковому діапазоні 15-19 років.

Пацієнти, у яких вперше почався психотичний епізод, часто відповідають критеріям інших психічних розладів Осі І, які можуть впливати на перебіг супутнього психотичного розладу [43]. У вибірці з 182 осіб з поточним психотичним розладом,

Фареллі та колеги виявили, що 23,1% також відповідають критеріям розладу вживання наркотичних речовин, 15,9% - тривожного розладу, 3,8% - афективного розладу та 1,6% - іншого діагнозу «Вісь І» [113]. Фареллі також виявив, що 50,5% мали хоча б один супутній патологічний діагноз. Супутня захворюваність була пов'язана з більшою тяжкістю загальної психопатології. Існує також надмірна смертність протягом перших кількох років після звернення до служб психічного здоров'я [126]. Молоді люди з психічними захворюваннями мають високий ризик самогубства, причому психічні захворювання присутні у 90% самогубств, а рівень самогубств особливо високий під час раннього перебігу психічних захворювань (ORYGEN Youth Health, [139]). Також можуть трапитися безпритульність, стигматизація, зловживання психоактивними речовинами, насильство [136]. Крім того, вплив ППЕ на ідентифікацію «Я» та розвиток може бути потенційно катастрофічним, спричиняючи відхилення траєкторії розвитку людини [17].

Психоз має потенціал змінити звичний для людини спосіб сприйняття себе, навколишнього середовища та свого майбутнього, а руйнування ще більше посилюється там, де ця особа є відносно молодою та незрілою у розвитку [28].

Незважаючи на згубний вплив ППЕ, лише нещодавно з'явився інтерес до раннього виявлення шизофренії та інших психотичних розладів. Переважно втручання при психозі нехтували врахуванням віку початку та фази захворювання [26]. Берчвуд припускає, що це відображає домінування гострої кризи та реабілітаційної допомоги, яка розглядає психоз як тривалу та хронічну інвалідність і не розглядає психоз першого епізоду як час, коли на траєкторію цієї хвороби можна вплинути зі значними наслідками для вторинної профілактики [102]. Інші ключові невдачі в лікуванні людей з раннім психозом включають тривалі затримки в доступі до лікування, травматичні та відчужуючі стратегії лікування, нездатність ефективно залучати людей до лікування та нестабільну безперервність лікування [31]. Раннє втручання при психозі має на меті покращити розпізнавання та доступ; сприяти і прискорювати одужання; мінімізувати вторинну захворюваність; та зменшити поширені збитки [40]. Хоча раннє втручання почало процвітати, мінімізація дефіциту ППЕ залишається великою проблемою. Якщо врахувати проблеми, пов'язані з

травмами у популяції психозів, можна оцінити психоз та психосоціальне лікування та результати лікування, а також зменшити вторинні розлади [2].

Також розглядали частоту психозів та досвід лікування як тригер ПТСР. Дослідження Чисольму [110] показали, що попередні психотичні епізоди були пов'язані з симптомами ПТСР, а не з ПЕП. Подібним чином, МакГоррі [106] не виявив, що ПЕП був пов'язаний з ПТСР. На противагу цьому, Мейер та колеги [121] виявили, що молодші пацієнти з, ймовірно, меншою кількістю психотичних епізодів та несприятливим досвідом лікування мали більш високий рівень травматичного стресу. Інші дослідження не виявили зв'язку з кількістю госпіталізацій [99] та тривалістю госпіталізації та ПТСР. Таким чином, кількість епізодів та госпіталізація не видаються послідовними провісниками симптоматики травми.

У 1997 році Мейер та ін. співавтори [60], підкреслили важливість дослідження більш однорідної групи відповідно до специфічних захворювань та варіантів лікування, оскільки наявність симптомів посттравматичного стресового розладу була виявлена у їх гетерогенній вибірці. Виключення Мейером та ін. людей з афективним психозом могло вплинути на низьку частоту людей з ПТСР у їх дослідженні. Дійсно, вони припустили, що люди з афективним психозом можуть бути більш схильні до розвитку ПТСР. Підтверджуючи це, МакГоррі [104] виявив, що рівень депресивних симптомів був пов'язаний з постпсихотичним посттравматичним стресовим розладом під час спостереження. Розуміння того, як наявність супутніх захворювань може вплинути на розвиток симптомів травми, важливо як для досліджень, так і для клінічної практики. Прояв психозів за своєю природою є неоднорідною групою, тому дослідники, які виключають людей, особливо на основі їх супутніх захворювань, не дають точного відображення вибірки.

Підводячи підсумок, травмуюча природа психозу була виявлена ще в середині 1970-х років та досвід її лікування [120]. Тематичні дослідження (наприклад, Шанер та Іт, [113]) також підтверджують цей дистрес і визначають початок ПТСР як результат. Крім того, є деякі докази того, що негативні симптоми можуть бути травматичною реакцією на вплив психотичного досвіду. Однак, згідно з критерієм А, здатність психозу вести до травмуючого аспекту залежить від того, що стрес може

бути суб'єктивно, а також об'єктивно пережитий [97]. Зокрема, ця загроза психологічній цілісності або сприймана загроза визнається [62]. Тим не менш, дослідники наполегливо досліджували зв'язок між психозом та гострим лікуванням та ПТСР [140].

Розглянемо детальніше можливість розвитку посттравматичного стресового розладу в результаті психотичного епізоду. ПТСР — це серйозний психічний розлад, який може виникнути в результаті досвідування або свідчення подій, які спричинили тривожність, страх, безпорадність або жах [74]. Хоча зазвичай ПТСР пов'язаний із фізичними травмами, катастрофами, воєнними діями, насильством чи сексуальним насильством, він також може розвиватися після психічних випадків, таких як психотичні епізоди.

Посттравматичний стресовий розлад може проявлятися через відновлювальні симптоми, такі як повторні відчуття, спогади або сни про психотичний епізод [93]. Це може бути надзвичайно вибуховим досвідом, коли особа відчуває, що знову переживає той стан, навіть якщо він вже минув.

Особа може намагатися уникнути ситуацій або подій, які нагадують про психотичний епізод. Вони можуть уникати місць, де відбувався епізод, чи уникати розмов про цю тему [127].

Люди з ПТСР можуть почувати постійний страх або тривожність, навіть коли немає конкретної загрози [15]. Психотичний епізод може викликати такі відчуття небезпеки через втрату контролю або відчуття загрози з боку свого власного мозку.

Зміна настрою і когнітивні симптоми, можуть включати депресію, відчуття вини, втрату цікавості до раніше приємних справ, а також проблеми з концентрацією та пам'яттю [23].

Психотичний епізод може бути особливо травматичним в контексті ПТСР через декілька причин:

Втрата контролю над своїми думками, почуттями та реакціями може бути дуже травматичною для людини [104]. Це може порушити внутрішній світ і викликати відчуття безпорадності та втрати самоідентифікації.

Переживання психозу може збентежити особистість, оскільки вона втрачає зв'язок з реальністю. Це може створити психологічний дисонанс та викликати тривогу щодо власного здоров'я і благополуччя.

Особа, що пережила психотичний епізод, може відчувати соціальну ізоляцію через непорозуміння або стигматизацію стосовно її стану.

Людям із ПТСР після психотичного епізоду може бути корисно отримати терапію [98]. Когнітивно-поведінковий тип терапії допомагає особі зрозуміти і змінити власні негативні думки та відчуття щодо психотичного епізоду [87]. Це метод терапії, спрямований на зменшення симптомів ПТСР через обробку подій, які спричинили травму.

Загалом, хоча ПТСР від психотичного епізоду може бути складним і травматичним досвідом, з відповідною підтримкою та терапією він може бути керованим і зменшений у впливі на життя людини.

З огляду досліджень існує наявність як симптоматики травми, так і діагнозу посттравматичного стресового розладу серед людей з психозом та їх зв'язок психологічної травми з досвідом ППЕ. Коли дослідження розглядають діагностику посттравматичного стресового розладу в результаті психотичних симптомів та гострого лікування, залишається незрозумілим, чи є цей розлад корисною конструкцією для розуміння переживання психотичного епізоду як травмуючої події. Натомість дослідження показують, що сприйняття індивідом свого досвіду хвороби відіграє важливу роль у розвитку ПТСР [78]. Тому стверджується, що суб'єктивний досвід має бути пріоритетним у спробах покращити наше розуміння дистресу, пов'язаного з психозом [43]. Навіть незважаючи на те, що посттравматичний стресовий розлад може охопити клінічно значущу групу населення з ППЕ, феноменологічно чистий діагноз посттравматичного стресового розладу не є очевидним у великій кількості випадків ППЕ. Підтверджуючи це, Гаррієр та співавтори використовували стандартизовану оцінку, спеціально модифіковану для виявлення посттравматичного стресового розладу серед психотичних пацієнтів, і все ще було складно ідентифікувати цей діагноз, використовуючи повні критерії [136]. Це підводить до рішення за яким необхідно проводити додаткові дослідження,

оскільки результати ґрунтуються на обмежених результатах і визначення, все ще відкрите питання, чи є посттравматичний стресовий розлад супутнім чинником постпсихотичного стану.

Складний взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом та психозом, які намагаються класифікувати психоз як досвід, який може призвести до посттравматичного стресового розладу, призвели до ряду недоліків у дослідженні, що досліджує дистрес, пов'язаний із психозом. Всебічне розуміння травматичної природи психозу потребує розгляду більш широкої реакції на травму, яка виходить за межі початкового досвіду та діагностики посттравматичного стресового розладу. Це особливо актуально для розуміння травмуючих наслідків, пов'язаних з ППЕ.

1.2. Особливості перебігу першого епізоду психозу при шизофренії

Психотичні розлади включають шизофренію, шизоафективні розлади, шизотипові розлади та маячні розлади (Всесвітня організація охорони здоров'я, [100]), з яких шизофренія є найпоширенішою (Національний інститут охорони здоров'я та клінічної досконалості, [124]). У Діагностичному та статистичному посібниках із психічних розладів (4-е видання Американської психіатричної асоціації, та Міжнародної класифікації хвороб 10-а перегляду (Всесвітня організація охорони здоров'я, [124]), шизофренію виокремлюють за такими симптомами, як галюцинації, марення, неорганізована мова, думки чи поведінка та «негативні симптоми», включаючи соціальне відчуження та зменшення волі.

Не дивлячись на те, що частота поширення шизофренії серед загального населення є низькою, порівняно з іншими труднощами психічного здоров'я (близько 0,4% поширеності протягом життя [115]), вона була зарахована до однієї з десяти перших медичних причин інвалідності у всьому світі (Всесвітня організація охорони здоров'я, [135]). Вважається, що від 14% до 20% людей повністю одужають після першого епізоду психозу (Національний інститут здоров'я та клінічної досконалості, [146]), але дослідження підтвердили, що 59% продовжують відчувати помірну або важку соціальну інвалідність навіть після 15 років [117] і майже 80% залишаються без роботи [78]. Шизофренія є одним з найдорожчих розладів з точки зору вартості

лікування та втрати продуктивності [111], наприклад, загальна суспільна вартість витрат на шизофренію в Англії оцінюється у 11,8 млрд фунтів стерлінгів на рік.

При вивченні психотравматичного впливу психозу на особистість необхідно враховувати, що варіанти змін особистості при симптомах ПТСР можуть нагадувати пост-процесуальні особистісні деформації при ендогенних психозах. Так, у мирного населення, яке пережило військові дії, виділені фанатичний, сензитивний і егоцентричний напрями посттравматичних змін особистості, багато в чому схожі з варіантами постпроцесуального розвитку особистості [120]. Було відзначено [72], що депресія і тривога асоційовані з високим ризиком формування симптомокомплексу ПТСР у пацієнтів з першим психотичним епізодом, в той час як негативна симптоматика і нейрокогнітивний дефіцит розглядаються в якості ПСТР-протективних чинників, що зменшують негативну емоційну відповідь на досвід першого психозу. Проте негативна симптоматика перетинається з симптомами уникнення при ПТСР [30].

Відомо, що негативна симптоматика традиційно поділяється на первинну і вторинну. До останньої відноситься і симптоматика, зумовлена властивою психотичному стану патологічною продукцією (наприклад, обмеження соціальних контактів, відчуженість за мотивами марення і т.п.) [7, 19]. В цьому ракурсі посттравматичний симптомокомплекс займає своє місце в ряду вторинної негативної симптоматики. Клінічним психологам відомі приклади пацієнтів з рекурентним перебігом шизофренії, що уникає соціальних контактів з побоювань провокації повторних психотичних епізодів, що вельми нагадує посттравматичний малюнок поведінки (після катастроф і т. п.). Так, у відносно «збережених» пацієнтів на етапах медикаментозної стабілізації стану іноді відзначається багаторазове повторення, «промовляння» подій найбільш виражених, важких психотичних епізодів з їх деталізацією, коли спогади про психотичних симптомах набувають фактично нав'язливий характер [48]. До цієї ж групи поведінкових особливостей, що відбивають «травматичний досвід», можна віднести і часте повторення, повернення, повторну деталізацію психотичних (травматичних) переживань.

Посттравматичний симптомокомплекс неминуче зазнає змін, посилюється в міру наростання темпів прогресивності захворювання. В процесі цих трансформаційних змін набуває клінічно більш розмитих форм. Періодичні порушення медикаментозного комплаєнса також можна розглядати як відображення повторного «програвання» травматичного досвіду психозу.

Окремо варто відзначити ще одну фундаментальну втрату при розвитку психотичного стану – втрату загальноприйнятих мовних структур, семантики [19]. Мова, мовлення набувають особливого значення для психотичного пацієнта в силу руйнування символічного (соціального) порядку [10]. Психотиком «одержимим мовленням», «поневоленим дискурсом» керують, переслідують «голоси» і маячні конструкції. Отже, травма психозу є також і травмою сенсу, в зв'язку з чим традиційні інструменти для виявлення реакції на травмуючу подію не дозволяють в повній мірі виявити і описати травматичні ефекти психотичного стану, адже при травмі в цьому випадку буде особлива семантика, відмінна від загальноприйнятої травматогенної.

Психотичні симптоми також виникають поза шизофренією, включаючи біполярний розлад та депресію. За оцінками, поширеність біполярного розладу протягом життя складає приблизно 1-2% населення, до прикладу, Сполученого Королівства, і, як і шизофренія, вважається, що це має значущі суспільні витрати, що оцінюється приблизно в 2 млрд фунтів на рік [123]. Було підраховано, що близько 18,5% людей з діагнозом важкої депресії також відчують психотичні симптоми [84], при цьому деякі дослідження показують, що при психозі першого епізоду психотична депресія насправді може бути більш поширеною, ніж шизофренія [19]. Інші розлади, в яких характерний психоз, включають гострий та минулий психоз, післяпологовий психоз, психоз, спричинений психоактивними речовинами, та інші неуточнені неорганічні психози (Всесвітня організація охорони здоров'я, [138]), що демонструє різноманітні прояви, в яких психотичні симптоми можуть бути частиною клінічної картини. Тому можна багато чого отримати як з точки зору покращення функціонування особистості, так і зменшення суспільних витрат у розробці ефективних методів лікування симптомів психозу.

Понад 100 років тому було запропоновано, що серйозне психічне захворювання може складатися з позитивних і негативних симптомів [72]. Позитивні симптоми вказують на процеси чи переживання, які незвичні за своєю присутністю, а негативні симптоми – на процеси чи переживання, які є незвичайними через їх відсутність [80]. Застосування цього відмінності симптомів до психотичних розладів, проведене Кроу та Андреасеном [142] на початку 1980-х років, отримало підтримку в дослідженнях, які показали, що позитивні та негативні симптоми були відносно незалежними один від одного і могли мати різну етіологію та прогностичне значення [70]. Факторно-аналітичні дослідження з вимірами психотичних симптомів згодом знайшли підтримку трьох [80], п'яти [13] та одинадцяти [29] факторні моделі симптомів психозу. Ці результати вказують на інші категорії симптомів, включаючи дезорганізовані симптоми, збудження та афективні симптоми, включаючи тривогу та депресію; проте всі моделі приймають наявність принаймні одного позитивного симптому та одного негативного симптому [88]. Зокрема, негативні симптоми послідовно виявляли навантаження на чинник, відмінний від позитивних симптомів, дезорганізованих симптомів, тривоги та депресії [44], і визнані як окрема терапевтична область для лікування [12].

Порушення самості внаслідок психозу є давньою темою в психіатричній літературі [68]. Спираючись на Огілві [148], вплив психозу може вплинути на уявлення людини про себе таким, яким він є, яким він хоче бути, і на те, яким вони бояться стати. Порушення самості описано різними способами, включаючи дезінтеграцію [23], колапс [38] та кризу ідентичності [15]. Ряд авторів описують ушкодження та втрати попередніх характеристик самості, таких як особиста цілісність та віра в те, що «я» невразливий [57]; неконтрольованість себе; втрата довіри до можливостей, оптимізму [11] та компетентностей; відсутність можливості робити логічні прогнози про себе; труднощі в розумінні себе; та виявлення себе у підпорядкованій ролі. Також може статися поглинання стигми в образі себе та охоплення шляхом ідентифікації як психічно хворої особи при шизофренії.

Існують помітні негативні наслідки з точки зору постійної втрати, перешкод досягненню прагнень і того, як пацієнти з шизофренією ставляться до себе та інших.

Зокрема, в одному з досліджень 77% з 35 учасників виявили постійну втрату, зміну або порушення свого життя внаслідок психотичного епізоду, 38% повідомили про утиски чи насильство, 53% зазнали стигму, а 50% зазначили соціальну ізоляцію [119].

МакДональд виявив, що вплив на діяльність та стосунки з однолітками зазнав значної шкоди [115]. Учасники висловили стурбованість справжнім або сприйнятим відхиленням однолітків і частково через це припинили контакт з давніми друзями. Молоді люди намагаються інтегрувати свій досвід психозу зі своїм досвідом молодості. Потрібні подальші поглиблені дослідження, що вивчають суб'єктивний досвід ППЕ при шизофренії та його вторинні наслідки, що мають відношення до стадії розвитку цієї клінічної популяції.

Тож шизофренія – це психічний розлад, який характеризується станом, який називається психозом. Насправді, психотичний епізод часто передвісник початку розладів шизофренії [3]. Психоз уособлює серйозні порушення у тестуванні реальності та серйозні порушення сприйняття, пізнання, поведінки та почуттів. Має безліч причинних чинників, включаючи зловживання психоактивними речовинами та/або відмову, вплив сильного стресу, стан здоров'я та порушення настрою. Зазвичай, що зустрічаються в ранньому дорослому житті, річна поширеність шизофренії за рік і протягом життя оцінюється в 0,34 на 100 і 0,55 на 100 відповідно [76] і становить близько 1% світового тягара захворювання [85]. Хоча це хронічний стан, напади гостроти становлять від 22% до 25% усіх витрат на психічне здоров'я у Сполучених Штатах. Більш того, зменшення працездатності та нездатність зберегти зайнятість створюють значний ризик бідності для людей із хворобою. Хоча доступне лікування шизофренії, люди часто не мають уявлення про свою хворобу, що безпосередньо впливає на їх здатність співпрацювати з лікуванням; люди з шизофренією часто не дотримуються лікування або категорично відмовляються від лікування [32, 49, 58].

З огляду на попередні дослідження, не має робіт, які б насправді розкривали психоз з точки зору окремого травмуючого досвіду. Оскільки ефективні методи практики для хронічно психічно хворих мають міждисциплінарний характер при

розробці та застосуванні [43], це дослідження об'єднує дисципліни соціальної роботи та медицини з метою вивчення процесу розвитку розуміння.

Очевидно, що психоз – це якісно інший життєвий досвід, ніж у більшості людей. Початок химерних переконань та поведінки, нестабільність настрою та послідовна турбота сім'ї та друзів спровокували контакт із медичними працівниками, які згодом діагностували стан.

Принаймні спочатку може існувати певна причина неоднозначності навколо діагнозу. Уільям Лобель та його колеги [117] повідомляють, що гострий психоз може відображати активний хворобливий процес. Крім того, психоз першого епізоду не є ознакою, яка належить виключно до сфери шизофренії, оскільки психоз може вказувати на розлади настрою, такі як біполярна або психотична депресія.

Ще в 1977 році Джо Джеффріс запропонував ідею що божевілля – це травматичний досвід [101]. Він сформулював, що ми маємо справу з гострим психофізіологічним розладом, який має найнеприємніший вплив на людину, яка його переживає, тобто психоз – це травматична подія, яка може призвести до травматичного неврозу. У 1976 р. Том Уейдсон [142] підкреслив тривожні аспекти кімнати усамітнення шляхом огляду творів мистецтва, зроблених 62 пацієнтами з шизофренією за два-три тижні до та після виписки з лікарні, а також через рік. Ніколи не просили учасників намалювати кімнату усамітнення, але це зробили більше однієї третини. Покарання – це тема, представлена в мистецтві, і багато опитаних пацієнтів вважали, що вони у в'язниці, а одна людина навіть думала, що вона в газовій камері. Усамітнення викликало сильні емоційні стани, такі як страх, жах, гнів, образа, відчуженість, ворожість, руйнівні імпульси, помста, почуття провини та розгубленість.

Через один рік подальші негативні реакції у кімнаті усамітнення були ще сильними, і багато учасників представляли всю свою психіатричну хворобу як час, який вони провели в ізоляції.

Загальновизнано, що люди, які пережили травму, можуть мати цілий ряд травматичних реакцій, таких як повторне переживання події, підвищене збудження, емоційне оніміння та уникнення подразників, які могли б нагадати людині про

травматичну подію [71]. Ця група симптомів ідентифікована в DSM-IV-TR [144] та Міжнародна класифікація хвороб (ICD-10; Всесвітня організація охорони здоров'я [ВООЗ], [114]) як ПТСР. Виявлено високий рівень супутніх ПТСР та психотичних розладів. Наприклад, Фрейм і Моррісон [133] виявили, що 67% із 60 дорослих із розладом спектру шизофренії, які були госпіталізовані з гострим епізодом психозу, мали діагноз посттравматичний стресовий розлад, а 50% все ще перенесли посттравматичний стресовий розлад через 4–6 місяців. Стверджувалося, що психотичний досвід та гостре лікування можуть бути настільки жахливими, що вони можуть спровокувати посттравматичний стресовий розлад (наприклад, [82]).

Концепція вторинного посттравматичного стресового розладу після психотичного епізоду [33] була продемонстрована у тематичних дослідженнях. Шанер та Ет діагностували 32-річного чоловіка з діагнозом шизофренія та ускладненням ПТСР [129]. Марення людини, галюцинації та параноя мали таку складову як загрози катувань, смерті та публічних насмішок. Після психозу він подумав про те, що пережив, побоювався, що це знову почнеться, і мав кошмари, в яких поверталися травматичні переживання. За словами Шанера та Ета [129], він став гіпервізійним, унікав подразників, пов'язаних із травмою, і виглядав онімілим. Подібним чином, Лунді [145] описав випадок 16-річного хлопця з шизофренією, який мав періодичні спогади про свій психоз, унікав речей, які нагадували йому про його погане самопочуття, і був гіпервізійним і знаходив нагадування про психоз. Наприклад, він відмовився від прийому ліків, намагаючись уникнути нагадувань про симптоми, які були під час лікування. Корисність досліджень посттравматичного стресового розладу для розуміння психологічної травми пов'язаної з психотичним досвідом викликає сумніви.

Ден Росен [124] припускає, що важливим досвідом із цілого ряду досліджень, що досліджують травму та посттравматичний стресовий розлад, є те, що численні чинники та їх складні взаємозв'язки призводять до змінних результатів, які навряд чи можна пояснити одним розладом. Дослідження взаємозв'язку між посттравматичним стресовим розладом та психозом, ймовірно, ускладниться складним зв'язком між

цими двома розладами, а також труднощами у встановленні психозу як етіологічної події, яка може призвести до посттравматичного стресового розладу.

Різні результати, зосереджені на взаємозв'язку між психозом та посттравматичним стресовим розладом, свідчать про складну двонаправлену залежність між цими розладами [76]. Так само, як психоз може спровокувати посттравматичний стресовий розлад, Моррісон [89] припускає, що травма може викликати психоз, а посттравматичний стресовий розлад може бути частиною спектру реакцій на травматичну подію. Розглядаючи першу альтернативу, наслідки ранньої травми на мозок були задокументовані при шизофренії [33]. Крім того, існує високий рівень довічних травм у людей, які мають важкі психічні захворювання, такі як психоз [17] та дослідження виявили, що минулі травми можуть вплинути на розвиток психозу [10]. Також минулі психотичні симптоми сприймаються як частина прикордонного розладу особистості, розладу, який часто проявляється в контексті історії травм [36].

Щодо другої гіпотези, Броковецькі та колеги [69] виявили, що багато пацієнтів, які пережили бойовий посттравматичний стресовий розлад, демонстрували психотичні симптоми, що відрізнялися від спогадів та дисоціації (наприклад, параноїдальні марення). Вони дійшли висновку, що психотичні симптоми є невід'ємною частиною посттравматичного стресового розладу і мають символічне відношення до травми. Так само люди, які мають посттравматичний стресовий розлад і схильні до розвитку психозу, можуть відчувати симптоми травми (наприклад, спогади), які можуть набувати психотичних проявів сприйняття [59]. Також стверджується, що психотичні симптоми можуть бути областю симптомів посттравматичного стресового розладу, коли люди повторно переживає травматичні події у вигляді галюцинацій при шизофренії [4].

Багато авторів також формулюють феноменологічне перекриття між посттравматичним стресовим розладом та психозом [70], що робить відмінність цих розладів один від одного складним процесом і відкритим для інтерпретації [3]. Диференціація між позитивними симптомами та симптомами посттравматичного стресового розладу, такими як нав'язливі спогади, надмірність та марення, ймовірно,

буде важкою [9]. Наприклад, нав'язливі симптоми посттравматичного стресового розладу – це «раптові чуттєві спогади, які здаються одразу реальними» [16], а марення – це переконання, які не є реальними, тому нав'язливу думку про оману важко відрізнити від марення [32], але так чи інакше все ж це в більшій мірі статистично симптоми шизофренії.

У дослідженні Прайба [116] симптоматика посттравматичного стресового розладу була пов'язана з неспецифічними ознаками шизофренії, такими як тривога, депресія та невротичні синдроми. Можливо, буде нелегко розрізнити, чи є ці неспецифічні симптоми через дискомфорту психотичної симптоматики, лікування або вторинних наслідків [61].

При шизофренії особисте та емоційне значення психозу може зберігатися ще довго після того, як гострий епізод зник [50]. Тим не менш, через надмірну залежність від вивчення травми первинного переживання хвороби, травматичний потенціал, пов'язаний з вторинними наслідками, недостатньо вивчений. Лише в одному дослідженні, проведеному Таррієр [88] досліджено зв'язок між вторинними наслідками ППЕ та шизофренією і ПТСР. Однак із п'яти виявлених наслідків лише у тих, хто страждав від посттравматичного стресового розладу, було значно більше зменшення сподівань та прагнень, а учасники, які повідомили про фізичні утиски чи насильство внаслідок ППЕ, мали значно вищі бали за шкалою посттравматичного стресового розладу, що керується лікарем. Стверджується, що акцент у майбутніх дослідженнях необхідно перенести на розуміння тривалої травматичної природи психозу [2] та вийти за межі діагностики шизофренії чи ПТСР.

1.3. Виокремлення феномену психологічної травми

Психоз вважається однією з найважчих подій, яку може пережити людина [48]. При цьому психотичні симптоми (наприклад, зорові та слухові галюцинації) та переживання (наприклад, замкнутість) вважаються відмінною ознакою цього процесу. Загальновизнано, що потенційно травматична природа психозу може зруйнувати переконання людини про себе, інших та світ [52], а згодом матиме глибокий вплив на особистість у короткостроковій та довгостроковій перспективі

[13]. Тим не менш, хоча потенційно жахливий досвід психозу явно очевидний, клініцисти та дослідники приділили йому мало уваги [72] з того часу, як Джефріс сформулював поняття «психічна травмація» у 1977 р. дослідження Уейдсона та Карпентера підкреслили тривожну природу відокремленості у 1976 році – метод лікування, який використовується і сьогодні [143]. Останній приплив інтересу до травми психозу не дав емпіричних досліджень.

Дискусія про те, чи може досвід психозу функціонувати, як травматична подія та спровокувати посттравматичний стресовий розлад торкається низки діагностичних питань. Визначення травми при посттравматичному стресовому розладі змінилося у різних виданнях DSM з моменту його введення в DSM-III [129], що демонструє, що травму важко визначити. Наприклад, коли посттравматичний стресовий розлад був запроваджений у DSM-III, критерій А визначався як наявність стресового чинника, який викликав би значущі симптоми дистресу майже у всіх [137]. Тому те, як психоз вписується у визначення DSM травми, залежить від тогочасних критеріїв [119]. Однак традиційно теорії припускають, що стресові чинники, що призводять до ПТСР, є зовнішніми, а не внутрішніми [128]. Для того, щоб відповідати критеріям DSM-IV-TR [75] щодо посттравматичного стресового розладу, необхідно визначити ідентифікований та об'єктивний стресор [118], незалежно від можливих симптомів травми.

Особа зазнала травматичної події, в якій присутні обидва з перерахованих нижче випадків: (1) особа пережила, стала свідком або зіткнулася з подією або подіями, які мали на увазі реальну смерть або серйозну травму, або загрозу для фізичної цілісності себе чи інших; (2) реакція особи включала сильний страх, безпорадність або жах [33].

На даний момент критерій А як необхідна умова та окремий клас травматичних стресорів викликає сумніви [93]. Критерій А враховує лише суб'єктивний досвід тих подій, які відповідають Критерію А1 [139]. Крім того, він не визнає загрози психологічній цілісності або уявної загрози [140], що, як показують дослідження, є центральним у розвитку ПТСР, виявили, що жертви, які сприймали напад як загрозливий для життя, частіше мали посттравматичний стресовий розлад, ніж ті, хто

цього не пережив [135]. Настільки ж переважаючий страх, як і видимий фізичний біль, який особливо актуальний для того, щоб пережити психоз як можливу травму, внутрішньо загрозливий досвід. Крім того, Макналлі та колеги [121] виявили, що мати галюцинаторну симптоматику, що людина була викрадена інопланетянами, може викликати емоційну реакцію, еквівалентну тій, що проявляється в результаті об'єктивної травми. Це підвищує можливість того, що посттравматичний стресовий розлад може виникнути внаслідок реальних або уявних подій, якщо вони є достатньо стресовими (Росен та Лілієнфілд) [110], прикладом цього є досвід психотичних симптомів.

Враховуючи, що подія завжди є травматичною стосовно конкретної особи, можна стверджувати, що посттравматичний стресовий розлад є симптомами, описаними у Критеріях В-Ф та Критерії А, можна опустити без втрати діагностичної точності [40]. Незважаючи на це, люди, які страждають на психоз, можуть відчувати симптоми, які явно загрожували б життю і включали реальну смерть або травму, що загрожували їм, якби вони були справжніми, наприклад нігілістичні марення та марення переслідування [79]. Тим не менш, дослідження травматичної природи відносно поширених, але стресових життєвих подій, що провокують посттравматичний стресовий розлад, таких як стрес, пов'язаний з роботою [6], поставили невизначеність у необхідності переживання загрозливих для життя подій для діагностики посттравматичного стресового стресу. Враховуючи це, психоз може спровокувати посттравматичний стресовий розлад. Незважаючи на це, ці переживання можуть включати загрозу фізичній цілісності [63], такі як раптовий вступ до закритого середовища з іншими людьми, які гостро хворіють [50]. Інші подібні події включають мимовільний допуск, залучення поліції, примус чи примусове заспокоєння та усамітнення [25].

Для подальшої підтримки гіпотези про психоз, як можливий збудник ПТСР, Грег Бендалл та співавтори [142] вказують, що постпсихотичний посттравматичний стресовий синдром, схоже, слідує тому ж курсу, що й посттравматичний стресовий розлад після інших травматичних подій. Значна кількість людей, які мають посттравматичний стресовий розлад, демонструють симптоми незабаром після

травми, яку вони пережили, і вона з часом зменшується [17], що, як виявляється, є перебігом постпсихотичного посттравматичного стресового розладу. Наприклад, у дослідженні МакГоррі та співавторів [135] 46% учасників з раннім психозом мали посттравматичний стресовий розлад незабаром після виписки, але цей показник впав до 35% через 11 місяців. Подібним чином, хоча Сентофані та Сміф [114] виявили, що посттравматичний стресовий розлад не має значної кореляції з місяцями після виписки, існувала загальна тенденція до високих показників постпсихотичних травм у нещодавно виписаних учасників.

Можливість психотичного досвіду, що провокує посттравматичний стресовий розлад, також може бути розглянута при дослідженні зв'язку між негативними симптомами психозу та посттравматичним стресовим розладом. У 1990 році Штампфер висунув гіпотезу, що негативні симптоми психозу та посттравматичного стресового розладу є проявами реакції на травму. Він стверджував, що негативні симптоми включають рівний афект, відсутність інтересу до життя та відторгнення від інших. Крім того, МакГоррі [146] висунув гіпотезу, що подібність між посттравматичним стресовим розладом та негативними симптомами може бути пов'язана з надзвичайним стресом, який може зазнати людина з цими симптомами. Таким чином, негативні симптоми, наявні після психотичного епізоду, можуть бути реакцією на травматичну природу психозу і відображати супутній ПТСР [28].

Існує мало доказів, що підтверджують теорію Штампфера [113]. Дослідження МакГоррі та колег [146] надали невелику підтримку, оскільки учасники, які відчували симптоми посттравматичного стресового розладу, мали зростання негативних симптомів між двома періодами спостереження 4 та 11 місяців, тоді як група, яка не мала посттравматичного стресового розладу, не мала. Однак не було значущого зв'язку між рівнем негативних симптомів та шкалою ПТСР та субшкалою уникнення на шкалі впливу подій. Дослідження Прайб та Таррієр [132] не виявили кореляції між симптомами ПТСР та негативними симптомами шизофренії.

Хоча Мейер, Таймінен, Вуорі, Айджала та Хеленіус [144] виявили позитивну кореляцію між кількістю негативних симптомів та травмами, пов'язаними з психозом, це не залишилося незалежним фактором у багатоваріантному аналізі. З цих

досліджень видається малоімовірним, що негативні симптоми відображають реакцію на травму.

Одне дослідження, проведене Гаррісоном та Фаулером [108], виявило докази зв'язку між постпсихотичним ПТСР та негативними симптомами. Вони зосередилися на уникненні та його взаємозв'язку з негативними симптомами. Вони також досліджували зв'язок між негативними симптомами та травматичними реакціями на психоз та госпіталізацію, а також зв'язок між травмою та автобіографічною пам'яттю у тридцяти восьми людей із шизофренією та незначною кількістю позитивних симптомів. Результати показали, що учасники, які уникали травматичних спогадів про свій психоз та госпіталізацію, мали більше негативних симптомів, а ті з більш негативними симптомами описували менше конкретних автобіографічних спогадів. Крім того, уникнення травматичних спогадів про психоз та відсутність конкретності в автобіографічному згадуванні значно передбачали негативні симптоми. Хоча результати суперечливі, дослідження Гаррісона та Фаулера [147] певною мірою підтверджує думку про те, що негативна симптоматика може відображати посттравматичну реакцію, і пропонує подальші дослідження. Це особливо важливо з огляду на потенційні клінічні наслідки, такі як уникнення лікування, що відображає травматичний аспект, а не негативні симптоми [59].

Дослідники розглянули гостре лікування та психотичні симптоми як збудники ПТСР. Однак результати були суперечливими, що ускладнювало визначення конкретних захворювань та досвіду лікування, які можуть викликати посттравматичний стресовий розлад. Крім того, методологічні питання та характеристики учасників, які були досліджені, не дали роз'яснень. Тим не менш, можливо, що нехтування зосередженням на суб'єктивному досвіді могло сприяти різним результатам дослідження. Те, як люди сприймають психічні хвороби, ймовірно, зіграє роль у розвитку ПТСР у цій клінічній популяції. Тим не менш, дослідження, що вивчають взаємозв'язок між оцінками психозу та посттравматичного стресового розладу, є непереколивими. Ця група досліджень ставить під сумнів корисність діагностики посттравматичного стресового розладу для розуміння травм, пов'язаних з психозом.

Дослідження, що вивчають зв'язок між симптомами травми та кількістю госпіталізацій та примусовою госпіталізацією, дали суперечливі результати. Незважаючи на те, що серед хворих на психоз з одним або кількома госпіталізаціями протягом останніх 159 місяців було виявлено коефіцієнт коморбідного посттравматичного стресового розладу в діапазоні від 25% до 54%, зв'язок між кількістю госпіталізацій та примусовою госпіталізацією та симптомами травми не виявлено [109]. Одне дослідження МакГоррі та співавторів [140] досліджувало дистрес з плином часу (стаціонарне лікування та 4-11 місяців після виписки).

У двох дослідженнях було виявлено обмежену підтримку зв'язку між симптомами посттравматичного стресового розладу та примусовим лікуванням. Мейєр та ін. [117] виявили у 152 пацієнтів симптоми посттравматичного стресового розладу, 37 (24%) були пов'язані з примусовими заходами, а люди, які пережили будь-який вид примусового лікування, мали більш високі травми, пов'язані з лікуванням через 8 тижнів після надходження, але не на 1-му тижні. Примусові пацієнти були травмовані не більше, ніж добровільні пацієнти. Однак, коли самотійно обстежили травматизацію за рахунок клінічного інтерв'ювання, пов'язану з лікуванням, вони виявили, що травматичний стрес був суттєво пов'язаний з примусовим надходженням через 8 тижнів після госпіталізації. Аналогічно, Таррієр та колеги [148] повідомили про значний зв'язок між посттравматичним стресовим розладом та утримання відповідно до закону про психічне здоров'я серед пацієнтів з ППЕ. Це було пов'язано з більшою тенденцією до нав'язливих думок.

Інші заходи примусового лікування також були досліджені зі змішаними висновками. У дослідженні МакГоррі та співавторів [115] письмові відповіді учасників за шкалою ПТСР виявили тенденцію пов'язувати посттравматичну симптоматику із зовнішніми чи контекстуальними аспектами лікування. Наприклад, деякі учасники повідомляли про повторювані кошмари, пов'язані з усамітненням або примусовою седацією. Так само і Сентофані та співавтори [126] та Шоу та співавтори [132] виявили, що перебування у закритій палаті або усамітнення оцінювалося як найбільш тривожний примусовий захід, а в дослідженні Тар'єра та його колеги [114] змушення приймати ліки було найбільш неприємним досвідом лікування. Однак інші

дослідження показують лише обмежені докази дискомфорту усамітнення [98], а також відсутність зв'язку між травмою та надходженням до самотньої палати [84]. Сентофанті та ін. виявили значну кореляцію між постпсихотичним посттравматичним стресовим розладом та участю поліції у госпіталізації, тоді як Джексон та співавтори не виявили цього. У дослідженні Мейєра та ін. час комендантської години був значною мірою пов'язаний із загальною кількістю балів за шкалою посттравматичного стресу, керованою лікарем, та шкалою впливу подій, переглянутою на 8 тижні після госпіталізації.

Одним із висновків, які можна зробити з цих суперечливих висновків, є те, що більш широкий спектр лікування, що виходить за межі примусових заходів, потребує дослідження. Не повідомляється про зв'язок між ПТСР та тривалістю госпіталізації [113]. Проте, Шоу та його колеги виявили, що фізичне насильство в палаті було оцінене як третій найбільш неприємний досвід. Також Сентофанті [105] показали, що сексуальні домагання з боку інших пацієнтів входять до чотирьох найнеприємніших випадків у лікарнях. Крім того, хоча фокус був зосереджений на травмі, пов'язаній із госпіталізацією, цікаво, що Джексон та співавтори [110] не виявили різницю між домашнім лікуванням першого досвіду психозу та госпіталізацією пов'язаною з симптомами травми. Це може означати, що для деяких людей лікарня не є більш неприємною, ніж амбулаторне лікування. Жодне середовище лікування не є травматичним, і/або травма, пов'язана з психозом, не може бути пов'язана з іншими переживаннями хвороби, такими як симптоми.

Дослідження показують, що психотичні симптоми більш тривожні, ніж лікування. Хоча 11% учасників мали посттравматичний стресовий розлад у дослідженні Мейєра та ін., [141], жоден з них не відповідав критеріям цього діагнозу виключно на основі травматичних аспектів госпіталізації. Крім того, при порівнянні примусового лікування з психотичними симптомами заходи примусу не були пов'язані з травмою. З 152 зареєстрованих симптомів ПТСР 69% були пов'язані з психотичними симптомами. Однак лише у п'яти учасників був діагноз посттравматичного стресового розладу, який асоціювався лише з психотичними симптомами. Фрейм і Моррісон [116] також виявили, що психотичні симптоми

пояснюють 52% дисперсії симптомів ПТСР. Тим не менш, Прайб та співавтори та Таррієр [130] не виявили ніякого зв'язку між посттравматичним стресовим розладом та позитивними симптомами, що знову підтверджує складний зв'язок між посттравматичним стресовим розладом та досвідом ППЕ.

Також був досліджений зв'язок між вираженістю психотичних симптомів та посттравматичним стресовим розладом, хоча результати непереконливі. Модель залежності свідчить про те, що величина стресору пов'язана з розвитком ПТСР [15]. Відповідно до цього, результати Мейєр та колеги [119] показали, що більша психотичність пов'язана з більш високим рівнем травматизації, а єдиним значним чинником ризику постпсихотичного посттравматичного стресового розладу був високий загальний бал щодо позитивного та негативного синдрому. На противагу інші дослідження виявили дуже обмежену підтримку або відсутність такої підтримки при вивченні тяжкості захворювання та травми [134]. Ці висновки узгоджуються з оглядом Розена та Лілієнфілда літератури щодо посттравматичного стресового розладу, який показав непослідовну підтримку моделі реакції як на травму. Проте порівняти тяжкість психотичних симптомів та посттравматичного стресового розладу важко через мінливий перебіг психозу.

Ключовим питанням при вивченні взаємозв'язку між психозом та посттравматичним стресовим розладом є те, що психотичні симптоми можуть бути не повністю помічені [51]. Навіть коли лікування розпочато, симптоми можуть зайняти деякий час, щоб припинитись або навіть не вщухнути [27]. Проте, посттравматичний стресовий розлад базується на ідеї, що травма є дискретною (наприклад, автомобільна аварія) і що розлад розвивається в результаті досвіду [111]. Тому посттравматичний стресовий розлад зазвичай діагностується та вивчається після того, як травма усунеться. Однак є багато обставин, за яких симптоми травми та посттравматичного стресового розладу є менш дискретними, наприклад, постійне сексуальне насильство у дитинстві (Бендалл та ін.). Бендалл та ін. припускають, що неконтрольована природа тривалих психотичних симптомів може бути достатньо травматичною, щоб збільшити ризик розвитку посттравматичного стресового розладу [12].

Так само, Меєр [113] виявив, що рівні психотичних симптомів були пов'язані з більш високим рівнем травматизації як на 1-ому, так і на 8-ому тижнях після виписки у своєму дослідженні, і це було ще більш очевидним в останній періодиці. На противагу цьому, Таррієр та колеги [129] виявили, що симптоматика травми не пов'язана із залишковими психотичними симптомами. Так само нелікований психоз не був пов'язаний з посттравматичним стресовим розладом. Наведіть варіативність результатів дослідження, вимірювання тяжкості та тривалості психозу може бути не найкращим способом визначення дистресу хвороби. Натомість визначення того, які типи симптомів є більш травматичними, може бути більш практичним.

Дослідження показали, що деякі психотичні симптоми більш травматичні, ніж інші, зокрема симптоми, що передбачають загрозу [58]. Вони включають симптоми, пов'язані з підозрілістю та переслідуваннями, явищами пасивності і незвичайний зміст думок, а також візуальні та нюхові галюцинації. Більш послідовні результати дослідження симптомів травматичної природи свідчать про те, що цей аспект психозу викликає більшу тривогу у людей, ніж тяжкість і тривалість. Тому важливо розвинути розуміння того, чому ці симптоми травмують людей, і перейти від об'єктивного до суб'єктивного досвіду.

Як підкреслювалося, зв'язок між посттравматичним стресовим розладом та позитивними симптомами та досвідом лікування залишається слабким і непослідовним. Також показники постпсихотичного посттравматичного стресового розладу у різних дослідженнях різняться. Різні результати можуть бути зумовлені природою використовуваних зразків та різними методологіями [56]. Дослідження розрізняються по ряду змінних, включаючи: історію травми, ППЕ проти кількох епізодів, різні діагнози, супутню захворюваність, стать, вік початку, час, що оцінюється після психотичного епізоду, психічний стан/рівень відновлення, різні параметри лікування, розмір вибірки, та застосовані заходи. Єдине дослідження, присвячене статі, виявило, що жінки, як правило, мають більше симптомів травм, пов'язаних з психозом [70]. Потрібні подальші дослідження щодо вивчення гендерних відмінностей, перш ніж можна зробити висновки.

Моррісон, Рід і Туркінгтон [124] припускають, що травма може схилити людей оцінювати свої психотичні переживання певним чином, що викликає більші страждання. Відповідно до цього, Чишольм та співавтори [86] виявили, що попередні травматичні події були пов'язані з постпсихотичною симптоматикою посттравматичного стресового розладу. Аналогічно, Centofanti помітив, що рівень постпсихотичного ПТСР та кількість попередніх травматичних подій значною мірою пов'язані. Однак Шоу та співавтори [93] виявили, що історія ПТСР не передбачала розвитку постпсихотичного ПТСР. Далі, Таррієр [115] не виявив значної залежності між посттравматичним стресовим розладом та минулою травмою, а попередня травма не була пов'язана з тривожними аспектами ПЕП. Тому зв'язок між попередньою травмою і дистресом, пов'язаними з психозом, неясний.

Дослідження методологічних питань та характеристик учасників поки не дало пояснення щодо різних результатів, що досліджують зв'язок між симптомами травми та психозом. Стверджується, що однозначні результати підтримують ідею індивідуальної невідповідності [19]. Бендалл та ін. [124] запропонували, що більш складне розуміння травми, пов'язаної з психозом та гострим лікуванням, має включати роль оцінки. Дійсно, Шоу та ін. [126] з їх висновку припустили, що люди, які більше переживають через лікарняні та психотичні симптоми, мали більш виражені симптоми ПТСР. Тому розуміння того, чому переживання ППЕ є безцінним. Наразі мало відомо про роль оцінок у опосередкуванні реакції на травму.

Розуміння посттравматичного стресового розладу при психозі має включати роль когнітивної оцінки, а не зосередження уваги на спрощеній травматичній події, що викликає взаємозв'язок з посттравматичним стресовим розладом [24]. Сучасні моделі ПТСР підкреслюють роль оцінки травматичних подій, щоб відобразити значущі індивідуальні відмінності у відповідь на ті ж травми. Елерс і Кларк [131] пропонують, що посттравматичний стресовий розлад стає постійною проблемою, коли людина переносить травму як серйозну та поточну загрозу. Частково ця загроза виникає через порушення особистої оцінки. Такі оцінки включають інтерпретацію симптомів, реакції інших людей та наслідки травматичної події на життя людини [39]. Було виявлено, що негативні когніції, пов'язані з самим собою, впливають на

посилення симптомів ПТСР, ніж негативні переконання про світ [41]. О'Доннел та ін. дійшли висновку, що внутрішні загрози є більш потужними у визначенні розвитку ПТСР, ніж зовнішні [134]. Це особливо стосується переживання психозу, внутрішньої загрози. Проте дуже мало вивчені можливі посередницькі наслідки оцінки психозу на симптоми травми [44]. Доречним для аргументу визнання психозу як травматичної події була важливість суб'єктивного досвіду, а конкретно загрози психологічній цілісності чи уявної загрози [47]. Однак більшість досліджень не враховують це і надають перевагу «об'єктивному» досвіду. Важливість суб'єктивного досвіду мимоволі очевидна в дослідженнях, таких як дослідження Прайб [117], де примусові пацієнти повідомляли про більше негативних аспектів гострого лікування, ніж добровільні пацієнти, що припускає думку, що вони сприймають лікарню як більш травмуючий аспект. Крім того, відчутна втрата контролю, пов'язана з примусовим лікуванням [55] та плутаниною [58], і страх [59], пов'язаний з госпіталізацією, був більш тривожним ніж інші більш очевидні аспекти лікування, такі як примусові заходи. Проте ці дослідники не досліджували безпосередньо зв'язок цих психологічних чинників з посттравматичним стресовим розладом. Шоу та ін. [103] та Centofanti вважають, що учасники не можуть чітко розрізняти стресори хвороби та лікування. Згодом стрессором постпсихотичного посттравматичного стресового розладу вважалось поєднане переживання досвіду в лікарні та симптоми у цих дослідженнях. Однак дослідники підкреслюють необхідність зосередження уваги на ролі оцінки [67].

Під час пошуку літератури було знайдено лише два дослідження [78] та один неопублікований документ, який досліджував роль, яку оцінка гострого психозу відігравала в опосередкуванні розвитку діагноз ПТСР або симптоми ПТСР. У дослідженні Джексона та його колеги [140]., ті, хто заднім числом сприймав свою госпіталізацію як особливо стресову, значно частіше відповідали критеріям ПТСР та повідомляли про більш високий рівень вторгнень. Крім того, сприйнятий стрес від часу перебування в палаті був пов'язаний із нав'язливими спогадами. Брюнет і Бірчвуд та Чисхольм [138] виявили, що високий рівень симптомів травми пов'язаний із збільшенням оцінок жахливості загрози від марень переслідування, зниженням

сприйняття контролю над переслідуванням та страхом нездатності впоратися з переслідувачем. Брунет та Бірчвуд також виявили, що учасники були більш засмучені, якщо вони з більшою переконаністю оцінювали своїх переслідувачів, тоді як Чисхолм та співавтори виявили, що думка про те, що переслідування заслужене, пов'язана з симптомами травми.

Існує також інший діагностичний виток посттравматичного стресового розладу та негативних симптомів, таких як ангедонія та зниження концентрації [13]. Тар'єр та ін. припускають, що ці загальні характеристики можуть призвести до подвійного підрахунку симптомів, помилково завищуючих показників супутньої захворюваності. Крім того, неспецифічні симптоми психозу, такі як тривога, можуть відображати реакцію на травмуючий аспект, оскільки вони накладаються на основні симптоми ПТСР.

Інше питання діагностики посттравматичного стресового розладу як наслідок психозу стосується ролі етіології. Визначити, який аспект хвороби викликає посттравматичний стресовий розлад, може бути дуже важко. Негативний досвід госпіталізації може бути переплетений психотичними симптомами [2] і навпаки. Наприклад, примусове лікування зазвичай відбувається внаслідок гострих позитивних симптомів, і характер цього лікування та його суб'єктивні переживання будуть змінюватися залежно від наявних симптомів. Дійсно, Харрісон і Фовлер [120] виявили, що позитивні симптоми були пов'язані з підвищеним збудженням, пов'язаним із госпіталізацією. Більше того, у дослідженні Уейдсона та Карпентера [129] багато фотографій кімнати усамітнення були пов'язані з лякаючими галюцинаціями, пов'язаними з цим досвідом. Тому стверджується, що складний і багатогранний досвід психозу ускладнює діагностику посттравматичного стресового розладу в результаті травми, спричиненої хворобою.

Через увагу до психотичних симптомів та гострого лікування як тригерів для посттравматичного стресового розладу, інші події за критерієм А, пов'язані з цим досвідом, не досліджувалися окремо. Наприклад, Сентофані та колеги [122] виявили, що спроба самогубства та думки про самогубство під час останньої госпіталізації були оцінені як найстрашніший досвід надходження. Вони виявили позитивний

зв'язок між кількістю несприятливих подій, пов'язаних із заподіянням шкоди собі та іншим, та постпсихотичним ПТСР. Також у дослідженні Шоу та його колеги [143] думки про заподіяння шкоди своїй родині були оцінені як другий за ступенем страждання. Тому варто розглянути широкий спектр тривожних переживань, пов'язаних з гострим епізодом.

Зосередження уваги на посттравматичному стресовому розладі збільшує ймовірність пропуску інших потенційних стресових чинників, пов'язаних з психотичним досвідом, що не враховується за критерієм А Джексон [143], таких як реальність діагностування як психотичного, який був ідентифікований як травматичний у багатьох перших. Відокремлення від звичної діяльності та сім'ї, а також тривога щодо втрати опіки над дитиною також були оцінені як більш тривожні, ніж більш очевидні травматичні переживання, такі як ізоляція та примусове лікування [31]. У дослідженні Прайб [108] примусові пацієнти повідомили про більш негативні аспекти гострого лікування, такі як шум, переповненість та монотонність у палатах; недобре, жорстке та неформальне поводження персоналу; а також відсутність співпереживання та підтримки з боку співробітників. Крім того, у дослідженні Таррієр [114] жорстокість поліції, страх перед іншими пацієнтами та несприятливе ставлення персоналу були оцінені як більш тривожні, ніж примусові ліки. Лише два дослідження розглядали вплив соціальної підтримки [102]. Ці дослідження показують, що люди, які вважали свою соціальну підтримку більш низькою якістю, мали більш високий рівень травматичного стресу. Стверджується, що всебічне обстеження травми психозу виходить за межі діагностики ПТСР.

Як уже зазначалося, ПТСР – це діагноз, який виникає після травматичної події і розглядає травматичний досвід як дискретний [53]. Незважаючи на те, що Бендалл та ін. висунувши аргументи щодо включення травматичної природи невирішених психотичних симптомів як чинників, що провокують посттравматичний стресовий розлад, вони також визнали, що діагностувати посттравматичний стресовий розлад серед людей, які все ще переживають травму, проблематично. У разі психозу тривала травма також може бути пов'язана з майбутнім досвідом лікування та вторинними наслідками. Психоз може стати початком низки неприємних наслідків [21], таких як

стигма [60], втрата соціальних мереж, втрачені можливості для професійної діяльності та підвищена особиста інвалідність. Було висловлено припущення, що одужання від наслідків психозу іноді може бути складнішим, ніж відновлення після дистресу пов'язаного із початковим психотичним досвідом [80]

Залишається неясним, чи є посттравматичний стресовий розлад відповідним наслідком того, як люди одужують після ППЕ [17]. Хоча Мейер та ін. [128] повідомляли, що молодші пацієнти мали більш високий рівень травматичного стресу, зв'язок між психотичними симптомами та гострим лікуванням та ПТСР у когорті ППЕ не встановлений [100]. Подібним чином, хоча було виявлено, що деякі оцінки та вторинні наслідки [83]. ППЕ пов'язані з посттравматичним стресовим розладом, більш всебічне розуміння травми ППЕ має виходити за межі діагностики ПТСР. Зокрема, те, як хтось сприймає себе, світ та інших, вважається центральним для розуміння наслідків ППЕ.

ППЕ може бути особливо драматичним, тому що він зазвичай виникає у критичному віці підліткового та раннього дорослого віку, коли у індивіда формується почуття особистості та ідентичності, формуються стосунки з іншими та він/вона орієнтується в світі. Ці процеси можуть відбуватися в контексті завдання розвитку – відокремитися від батьків, створити важливу соціальну групу однолітків та реалізувати професійні прагнення [15]. Таким чином, початок психозу являє собою порушення цих процесів розвитку, який чинить тривожний вплив на різні аспекти життя людини, такі як прагнення до майбутнього, соціальне прийняття та ідентичність [29].

Карлсон та Даленберг [48] зазначають, що дистрес, пов'язаний із травматичною подією, може спричинити пошкодження або загрозу почуттю особистості, і заявляють, що когнітивні спотворення є симптомом переживання травматичної події. Це, ймовірно, станеться, коли основні симптоми травми перешкоджають виконанню таких головних ролей, як робота та соціальне функціонування. Порушення ідентичності також може виникнути в результаті поведінки, яка не відповідає почуттю особистості [56]. Карлсон і Даленберг стверджують, що найважливішим емоційним досвідом у травмі, що містить загрозу самопочуттю, є відчуття нездатності

внутрішньо захистити власний образ себе. Ці переживання є невід'ємною частиною психозу, і відчуття особистістю «Я» істотно змінюється внаслідок психозу [8]. Наприклад, переходячи від переконання, що психотичні симптоми є реальними, до того, щоб побачити симптоми, що надходять зсередини, значно кидає виклик концепції «Я» загалом [70]. Це особливо актуально для досвіду ППЕ, оскільки не існує когнітивної схеми, з якою можна було б заздалегідь керувати адаптацією до цієї події [67].

Дослідження показали, що учасники, які не відповідали критеріям посттравматичного стресового розладу, все ще були сильно травмовані [23]. Крім того, дослідження виявили, що травма переживання ППЕ може викликати численні психологічні реакції, що виходять за рамки того, що зазвичай класифікується як симптоматика травми (уникнення, підвищене збудження та інші). У дослідженні Таррієр та співавтори [107] 40% учасників мали суїцидальні думки, а 31% зазначили, що вони зробили спробу самогубства через свою хворобу. Ще 60% з вибірки вважали, що їх надії та прагнення більше не виправдані. Крім того, почуття втрати, очікування повторюваних або залишкових психотичних симптомів, сором [25], приниження, поразка, безнадійність та відчуття небезпеки на фоні занепокоєння, що психотичний епізод може повторитися [64], а також відчуття безсилля, емоційна та духовна порожнеча [34]. Крім того, загроза пережити ще один психотичний епізод та/або пам'ять про початковий епізод може продовжувати впливати на самооцінку особистості [83]. Цей діапазон тривожних реакцій вважається настільки ж важливим, щоб зосередитись на клінічному аспекті, ніж лише симптоматиці травми, і його варто розглядати у більш широкому застосуванні системи травм. Крім того, розгляд цих змінних враховує як початкову реакцію індивіда на ППЕ, так і тривалі емоційні реакції.

Висновки до першого розділу

Різноманітність результатів у різних дослідженнях, що досліджують наявність постпсихотичного посттравматичного стресового розладу, не повністю підтверджує твердження, що цей діагноз є корисною концепцією для розуміння наслідків ППЕ у

вигляді психологічної травми. Дослідження показують, що між травмою та психозом немає простого причинно-наслідкового зв'язку, натомість існують складні та множинні зв'язки. Крім того, було виявлено, що лише незначна чи середня кількість людей з психозом страждають від супутнього ПТСР.

Дослідження, що вивчають роль оцінок та вторинні наслідки у розвитку ПТСР, почали розглядати суб'єктивний досвід. Однак поглиблене якісне дослідження не проводилося, і дослідження здебільшого були кількісними та зосередженими на діагностиці посттравматичного стресового розладу як результату первинного досвіду захворювання. Це не дозволило розглянути широкий спектр психологічних реакцій, які можуть виникнути в результаті ППЕ при шизофренії і розпізнати тих, хто страждає від ППЕ, але не відповідає критеріям ПТСР. Дослідники також не займались ретельним вивченням діапазону вторинних наслідків, які можуть виникнути в результаті ППЕ. Більш ретельне вивчення досліджень та розгляд результатів від першої особи виявляє низку тривожних переживань у гострій та одужуючій фазі після ППЕ, які неможливо пояснити діагнозом ПТСР, що знову ж повертає до напрямку переживання ППЕ як окремої травмуючої події. Крім того, емпіричні дослідження та розповіді від першої особи демонструють, що реакція людей на психоз є різною.

Незважаючи на нинішні суперечки та запитання без відповіді щодо тривожних аспектів психозу та розвитку посттравматичного стресового розладу, дослідження однозначно поміщають психоз та адаптацію до цього досвіду в рамках травми. Враховуючи сейсмічний вплив, який ППЕ може мати на окрему людину, і критичний період розвитку, який зазвичай відбувається в межах, важливо продовжити дослідження травматичної природи цього досвіду та його наслідків для інформування про лікування. Щоб вийти за рамки діагностики посттравматичного стресового розладу та розширити розуміння травматичного впливу психозу та реакцій окремих людей та пристосування до нього, необхідні глибокі якісні дослідження, щоб спробувати дослідити, як люди розуміють, інтегруються та адаптуються до цього травматичного досвіду.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ ЯК ТРАВМУЮЧОЇ ПОДІЇ

2.1. Методики дослідження наявності психологічної травми після першого психотичного епізоду

У підрозділі 2.1. міститься опис та обґрунтування теоретичних, емпіричних та статистичних методів, що використовуються у дослідженні. Перший розділ цієї роботи надав огляд відповідної літератури щодо психотичного епізоду, як травмуючого досвіду, щоб надати чітке обґрунтування цілей дисертаційного дослідження. Цей же розділ має на меті ґрунтуватися на першому розділі, викладаючи методології, які використовуються для досягнення цих цілей, обґрунтування використаних підходів, а також сильні сторони та обмеження цих підходів. Це особливо важливо, оскільки дослідження, представлені в дисертації, є форматом для рецензованих академічних журналів, і, отже, недостатньо місця для адекватного обговорення методів, які використовуються в кожному розділі, через обмежену кількість обсягу слів у статтях.

Огляд якісних методологій

Перша дослідницька мета цієї дисертації стосувалася суб'єктивного досвіду травмуючого досвіду психотичного епізоду, тому дослідження, яке стосувалося цієї мети, не керувалося гіпотезою, а стосувалося досвіду та пріоритетів пацієнтів щодо сприйняття цієї події, як травмуючої. Таким чином, якісний підхід був найбільш відповідним для вирішення цієї мети.

У цьому дослідженні використовувався перехресний кореляційний дизайн для дослідження зв'язків між психотичним епізодом та посттравматичними симптомами. Усі учасники цього дослідження були пацієнтами психіатричних лікарень (Київська міська психоневрологічна лікарня, клініка «Ренесанс-Київ» та Кам'янська психіатрична лікарня) та заповнювали анкети для оцінювання свого стану. Цей тип ретроспективного дизайну повторює дизайн, який використовувався в літературі про психотичну травму (наприклад, [119]) і травму ПТСР (наприклад, Ейрінг, Ехлерс, & Глуксман, [106]). Визнається, що ретроспективний перехресний дизайн не дозволяє

встановити причинно-наслідковий характер кореляцій між досліджуваними змінними (Баркер, Пістранг, Елліот, [95]). Однак, враховуючи відсутність досліджень травмуючих наслідків при психозах, це дослідницьке перехресне дослідження забезпечує початкове дослідження цієї предметної області.

Тематичний аналіз (ТА) вважається процесом ідентифікації шаблонів у якісному наборі даних, які називаються «темами» (Браун та Кларк, [122]). Таким чином, теми розглядаються як щось важливе в даних, що інтерпретує або стосується питання дослідження. На відміну від інших якісних підходів, ТА не передбачає певної епістемологічної позиції, і було стверджено, що ця гнучкість є перевагою для ТА.

Незважаючи на те, що ТА є гнучким підходом, Браун та Кларк [122] розробили 6-етапний процес для керівництва та визначення процесу аналізу, який бере участь у тематичному аналізі. Процедура, що складається з 6 етапів, передбачає ознайомлення з даними шляхом транскрипції, повторного читання стенограм і конспектування.

Потім виконується кодування на основі даних і фіксуються всі значущі відповіді на запитання дослідження. Після впорядкування закодованих даних нові теми відзначаються, уточнюються та збираються в «тематичну карту». Огляд і вдосконалення запропонованих тем містить в собі найменування, перейменування, згортання або розширення конкретних тем, доки не буде впевненості, що теми-кандидати, підтеми та коди утворюють узгоджені моделі та є точним представленням набору даних у цілому. Враховуючи ТА не вимагають від дослідника певної епістемологічної позиції, і оскільки її відносно легко освоїти, вона вважається особливо вдалим вибором методології для дослідників, які не знайомі з якісним аналізом і для опрацювання широких тем у великому наборі даних. Однак ТА має обмежену силу інтерпретації за межами описових облікових записів у даних.

Рандомізоване контрольоване дослідження

Рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) часто називають «золотим стандартом» у визначенні ефективності лікування [54] і називають найбільш суворою методологією для визначення причинно-наслідкового зв'язку між незалежними та залежними змінними [31]. Методологія РКД містить кілька ключових особливостей: випадковий розподіл учасників за групами втручання, незалежний оцінювач або сліпа

оцінка результату, ідентична обробка всіх умов експерименту та намір провести аналіз.

Однак існують значущі обмеження щодо використання кластерного РКД, оскільки вони вимагають більш складних статистичних процедур через порушення передбачуваної незалежності даних [16]. Щоб усунути це обмеження, у дослідженні було використано дизайн РКД із рандомізацією на індивідуальному рівні. Учасники були рандомізовані в одну з двох експериментальних умов або контрольну умову. Як зазначалося, рандомізацію проводили на індивідуальному рівні; воно не було стратифіковане.

Інтерпретативний феноменологічний аналіз

Як зазначено вище, існує низка якісних підходів, однак для того, щоб дослідити суб'єктивний досвід і зрозуміти значення, яке люди з психозом надають своєму досвіду, стверджується, що потрібен феноменологічний підхід [3]. Інтерпретативний феноменологічний аналіз (ІФА) є особливо актуальним для дослідження тут як з практичних, так і з теоретичних причин. По-перше, перша мета дослідження була зосереджена на суб'єктивному досвіді, а цілі дослідження, представленого в третьому розділі, полягали в тому, щоб сприяти розумінню стигми з точки зору тих, хто має досвід психозу. Феноменологічний підхід ІФА шукає перспективи та досвід особистості та її світу [84]. По-друге, ІФА було обрано, оскільки його можна відрізнити від інших якісних підходів тим, що він визнає інтерпретаційний характер суб'єктивного дослідження.

Підхід ІФА визнає, що для того, щоб зрозуміти значення, які людина приписує своєму досвіду, аналітику необхідні інтерпретації; у цьому сенсі дослідження ІФА вважаються такими, що мають подвійну герменевтику [20]. По-третє, оскільки в центрі уваги цього дослідження був суб'єктивний досвід, а не розробка пояснювальних теорій, ІФА вважалось більш прийнятним, ніж обґрунтована теорія, головною метою якої є розробка пояснювальних теорій [64]. Підхід, прийнятий для збору та аналізу даних, використаний у дослідженні.

Відбір проб та етичні міркування

Вибрана методика вибірки була цілеспрямованою, і оскільки питання дослідження не було пов'язане з розвитком теорії, теоретична вибірка не вважалася необхідною [7]. Сміт та ін. [139] припускає, що вибірка в дослідженнях ІФА повинна бути цілеспрямованою, а не випадковою, оскільки природа дослідження ІФА полягає в тому, щоб націлюватися на певних учасників, які можуть запропонувати власну точку зору на певну тему. У випадку цього дослідження цікавим досвідом була історія психотичного епізоду, як травмуючого та стигма.

Якісні інтерв'ю та аналіз

Дані для цього дослідження було зібрано шляхом інтерв'ю з учасниками, а для того, щоб полегшити інтерв'ю, було розроблено тематичний аналіз. Тематичний зріз було розроблено на основі огляду наявної літератури щодо психотичного епізоду та стигми, зокрема якісних досліджень. Було визначено чотири ключові теми для обговорення, які включали: (1) досвід психічного здоров'я, (2) досвід стигми, (3) інтернальну стигму, включаючи власні думки та почуття щодо себе через стигму та те, як це впливає на поведінку та (4) підсумковий розділ, щоб дізнатися, який досвід мав найбільший вплив, і можливість сказати ще щось про стигму, що не обговорювалося.

Тематичний аналіз використовувався як вільний порядок денний для інтерв'ю. Щоб провести інтерв'ю відповідно до вказівок Сміта та ін. [133], учасників заохочували вільно говорити про їх досвід психотичного епізоду та стигматизації, і це було підкріплено тим, що автор дозволив учасникам проводити інтерв'ю, відповідаючи на теми пов'язані, яку вони підняли. Цей метод дозволив керувати отриманими даними на основі травмуючого досвіду психотичного епізоду та стигматизації учасників і непередбачених інтересів дослідника [12]

Кожне інтерв'ю було дослівно розшифровано з видаленням усіх особистих даних. Аналіз усіх даних проводився відповідно до підходів, описаних [12].

По-перше, кожна розшифровка була прочитана як окремий випадок, і рядок за рядком аналізувався з виділенням початкових кодів, які були взяті з даних і були аспектами інтерв'ю, які автор вважав важливими чи значущими. При цьому особлива увага приділялася описовим коментарям щодо психотичного епізоду, лінгвістичним

коментарям (таким як метафори), конкретному використанню мови стосовно травми та стигми та концептуальним коментарям про те, як учасник сприймав стигму. Стенограму читали кілька разів, доки з початкових кодів не було виявлено нові теми.

Це було зроблено шляхом встановлення зв'язків між кодами та спроб у всіх точках закріпити нові теми в даних, щоб переконатися, що процес був індуктивним. Як зазначалося, кожна транскрипція розглядалася як окремий випадок, для якого були розроблені початкові коди та нові теми, однак у міру того, як аналіз просувався від першої транскрипції до дев'ятої, щоразу, коли існуюча тема була ідентифікована в новій транскрипції, це відзначалося як повторюване. Після аналізу кожного інтерв'ю останнім кроком було вивчення всіх дев'яти інтерв'ю для розробки вищих тем, які вважалися репрезентативними для тем у дев'яти випадках.

Надійність

Приклади належної практики в якісному дослідженні включають розміщення вибірки шляхом опису демографічних характеристик, надання доказів тем через достатні приклади з даних та забезпечення перевірки достовірності під час аналізу [31]. Для того, щоб забезпечити довіру до якісного дослідження, рекомендується, щоб дослідники чітко сформулювали свою теоретичну орієнтацію на дослідження [55].

Автором було зроблено кілька кроків, щоб забезпечити достовірність. По-перше, була продемонстрована чутливість під час розробки тематичного посібника та застосування посібника. Як зазначалося вище вона була розроблена відповідно до пріоритетів пацієнтів, таким чином керуючись людьми з досвідом психозу, а не тільки автором. Декілька дослідників-користувачів послуг мають досвід проведення якісних досліджень, і надані консультації були дуже цінними для формування підходу. Тематичний посібник використовувався гнучко, щоб гарантувати, що інтерв'ю керувалися розумінням учасниками свого досвіду. По-друге, це дозволило автору отримати відгук про стиль і техніку опитування та вдосконалити свій підхід для подальших інтерв'ю. По-третє, під час проведення аналізу було звернуто за наглядом доктора наук автора, який є професором клінічної психології, експертом у галузі психозів і який керував низкою досліджень. Це дало змогу постійно перевіряти достовірність і обґрунтованість тем у міру їх появи та завершення розроблення вищих

тем. По-четверте, зберігався контрольний варто аналізу кожної стенограми та розвитку тем у справах разом із польовими примітками та записками щодо думок авторів щодо аналізу. Нарешті, під час написання цього дослідження автор чітко виклав свої теоретичні орієнтації згідно з рекомендаціями Елліота та інших [63]. Враховуючи обмежену кількість слів в академічних журналах, додаткову увагу тут буде приділено питанням рефлексивності, аудиторського сліду та перевірки достовірності.

Рефлексивність і упередження

У документі, в якому викладаються виклики та стандарти якісного дослідження, Малтеруд [8] називає рефлексивність «дзеркалом знання», оскільки рефлексивність пов'язана з усвідомленням дослідниками впливу, який вони можуть мати на їх якісне дослідження [3]. Рефлексивність – це процес, який робить прозорим для читача те, як дослідник міг вплинути на дослідження [7]. Рефлексивність повинна включати визначення того, з якими упередженнями дослідник вступає в дослідження, їх мотивами, передумовами, перспективами та представленими попередніми гіпотезами [29].

Упередження, привнесені в проект дослідником, і переконання до дослідження

Бажання дослідити травмуючий досвід психотичного досвіду, а отже, відправною точкою для цієї дисертації було невід'ємне занепокоєння щодо впливу негативних переконань і уявлень про проблеми психічного здоров'я на благополуччя людей, які мають досвід проблем психічного здоров'я.

Як зазначалося вище, на підставі попередніх кількісних досліджень переконання до початку дослідження полягає в тому, що травмуючий досвід психотичного епізоду є загрозою для самоідентичності [54] і що стигма може діяти як друга «хвороба» [23]. Ще однією метою цієї дисертації було дослідження зв'язків між інтерналізованою стигмою та емоційною дисфункцією в людей із досвідом психозу. Таким чином, було розглянуто низку емпіричних досліджень, які вивчали ці асоціації в інших групах психозу, і в розглянутій літературі було чітко вказано, що інтерналізована стигма була пов'язана з депресією, соціальною тривогою, деморалізацією, втратою повноважень і зниженням самооцінки. Крім того, на

переконання щодо впливу стигми на благополуччя до початку дослідження міг вплинути огляд дослідження, що оцінює зв'язок між інтерналізованою стигмою, яке показало, що інтерналізована стигма може призвести до ряду негативних наслідків, таких як зниження самооцінки.

Аудиторський слід початкових кодів і тем був досягнутий за допомогою програмного забезпечення для якісного аналізу QSR NVivo9. Усі транскрипти були імпортовані та збережені в QSR NVivo9. Під час початкової фази аналізу, коли проводився рядковий аналіз транскриптів для розробки початкових кодів.

З практичних міркувань на наступному етапі аналізу, який містив перегляд виникаючих зв'язків між кожним із випадків і розробку надпорядкових тем, метод паперу та пера був використаний для організації розділів стенограм. Це містило фізичне копіювання та друк усіх відповідних розділів стенограм з дев'яти, а потім це було організовано в основні та старші теми. Автор несе основну відповідальність за інтерпретацію даних і організацію в головні теми.

Сильні сторони та обмеження

Обговорювалися сильні сторони якісних досліджень, які привертають увагу до суб'єктивного та роблять внесок у сферу психології [79]. У той час як опис того, що відчуваєш, переживаючи конкретну подію чи ситуацію, є центральним у клінічній роботі, переважно позитивістський підхід до досліджень у соціальній психології, психології та інших суміжних галузях охорони здоров'я залишає мало місця для уваги до суб'єктивного під час проведення досліджень.

Є думка, що прийняття суто позитивістського підходу до дослідження, який зосереджується на перевірці гіпотез, може призвести до менш клінічно значущих висновків для людини, яка відчуває проблеми з психічним здоров'ям, оскільки цілі визначаються дослідником [5]. У дослідженні психозу Джікі та Рід [117] надають огляд суб'єктивних досліджень психозу та вважають, що це відносно занедбана сфера, і вони вважають, що це ключова сфера для кращого розуміння проблем психозу [28]. Крім того, щодо стигми та психозу існує лише одне інше дослідження, наскільки відомо автору, яке намагалося зрозуміти суб'єктивний досвід травмуючого досвіду психозу за допомогою PCL-5 (Перелік життєвих подій) [24]. З цього

дослідження останнього дійшли висновку, що PCL-5 є ефективним інструментом для розуміння і стигми. Таким чином, автор цієї дисертації стверджує, що існує достатній проміжок у дослідженнях, щоб продовжити початкову роботу, виконану Найтом та ін. [60] на іншій вибірці людей з досвідом психозу.

Існують обмеження для якісного дослідження, зокрема малий розмір вибірки та цілеспрямована вибірка, що обмежує можливість узагальнення результатів для інших груп населення. PCL-5 визнає подвійну герменевтику, і можна вжити заходів для підвищення довіри до тем, розроблених у якісному дослідженні, однак варто визнати, що інтерпретації, зроблені дослідником, можуть бути упередженими, і це є обмеженням.

Кількісна методологія

План перехресного перерізу передбачає отримання однієї або кількох вибірок даних із сукупності в будь-який момент часу [22]. Це може передбачати використання анкет або інтерв'ю в певний час. Застосовуючи статистичне тестування, зокрема кореляційні тести, можна зробити висновки про зв'язок між будь-якими змінними. Кореляція оцінить ступінь спільної варіації двох змінних одна від одної та напрямок зв'язку; наприклад, позитивний (якщо один збільшується, так і інший) або негативний (якщо один збільшується, інший зменшується). Кореляційний аналіз також вкаже на величину, до якої дві змінні коваріюють, де 1 означає ідеальний зв'язок, а 0 означає відсутність зв'язку [65]. Одним із ключових обмежень цього типу дизайну є те, що він не дозволяє робити висновки про причину зв'язку та не враховує інші чинники чи змінні, які не були виміряні та які можуть впливати на зв'язок [87]. Таким чином, цей тип дизайну часто використовується для дослідження цікавих зв'язків між змінними, щоб виправдати подальше дослідження з використанням поздовжнього плану. Для вивчення кореляційних зв'язків між інтерналізованими стереотипами психозу та декількома іншими змінними, включаючи депресію, соціальну тривогу та симптоми вздовж континууму психозу (як вимірювання за допомогою комплексної оцінки групи ризику), використовувався перехресний дизайн. Психічні стани та Шкала позитивного та негативного синдромів. Ці дані були зібрані під час базової оцінки. Було проведено перехресне порівняння між особами зі встановленим психозом за

змінними стигми, виміряними за допомогою опитувальника особистих переконань про досвід (IES-R).

Лонгітюдні методи

Метою поздовжнього плану є вибірка одних і тих самих учасників у різні моменти часу, на відміну від поперечних планів, які відбирають вибірку тих самих учасників в один момент часу. Одна з головних сильних сторін поздовжнього дизайну полягає в тому, що він дозволяє оцінювати зміни балів учасників з часом, а змінні, виміряні в один момент, можна використовувати для прогнозування результатів в інший час [39]. Це особливо корисно, оскільки часто змінними не можна маніпулювати з етичних причин [14].

Визнається, що лонгітюдні дослідження часто обмежені зобов'язаннями учасників брати участь в оцінюванні протягом тривалого періоду часу. У контексті цієї дисертації було прийнято лонгітюдний план, у якому змінні вимірювалися на початку і через 6 місяців спостереження.

Дані використовувалися в ці моменти часу, щоб перевірити, чи внесли прогностичні змінні значний внесок у дисперсію змінних результату з часом. Прогностичні змінні були обрані на основі досліджуваного питання, значущих зв'язків, виявлених у крос-секційному кореляційному аналізі, проведеному з базовими даними, та існуючої літератури про психологічну травму та стигму [76].

Анкета особистих переконань щодо досвіду

IES-R (Додаток А) Шкала впливу травматичних подій (IES-R) буде використовуватись показником інтерналізованих стереотипів психозу як травми. Буде надано опис цього показника та обґрунтування використання цього опитувальника як показника травмуючого досвіду, обраного для цих досліджень, оскільки автор визнає, що існує ряд різноманітних можливих, як описано в першому розділі.

IES-R – це переглянута версія опитувальника особистих переконань про досвід хвороби (IES-R), розробленого для вимірювання того, наскільки люди з психозами схвалюють стереотипні оцінки психозу. Є широко використовуваним опитувальником, спрямованим на вимірювання симптомів післятравматичного

стресового розладу (PTSD) та оцінку впливу травматичних подій на психічний стан і психічне благополуччя особи Оригінальна версія мала підшкали, включаючи сприйманий контроль над травмою; інтерналізація та прийняття стигми як травми; прийняття зниженого соціального становища або стримування; втрата очікувань; і себе як хворого. Показано, що IES-R є надійним показником [133]. Виходячи з того, що був розроблений як специфічний показник соціально-культурних травм, а також враховуючи, що інші доступні показники стигматизації не були розроблені спеціально для використання в популяціях із психозом, IES-R вважалося, що має хорошу валідність та є найбільш відповідним для того, щоб оцінити подію як травмуючу. Крім того, дослідницькі питання стосувалися зв'язків між травмами та інтерналізованими стереотипами та емоційною дисфункцією в людей із ризиком розвитку психозу та тих, у кого вже встановлений психоз і не приймають антипсихотичні препарати. Серія досліджень у літературі досліджувала взаємозв'язки між інтерналізованими стереотипами та симптомами ПТСР, отже, застосування цього показника дозволило провести прямі порівняння з попередніми відповідними дослідженнями [7].

Для того, щоб використовувати IES-R показник було переглянуто двома способами. По-перше, слово «хвороба» було видалено, оскільки це вважалося потенційно стигматизуючим терміном. По-друге, три пункти було видалено з IES-R для створення IES-R, ці пункти: (1) моя хвороба є надто тяжкою, щоб я міг працювати або зберегти роботу, (2) я завжди потребуватиму догляду, і (3) якщо почнеться рецидив, я нічого не зможу з цим зробити.

Довічна травма (наприклад, сексуальне насильство, серйозний нещасний випадок) оцінювалася за допомогою скороченої версії опитувальника травматичних життєвих подій [54], яка включала пункти, кожен з яких оцінювався за принципом «ні/так». Після заповнення анкети людина мала орієнтовну оцінку психологічно травматичних подій, пов'язаних із психотичними симптомами чи досвідом лікування, за допомогою такого твердження: «Я хотів би витратити кілька хвилин на те, щоб дізнатися про ваш досвід із психіатричними симптомами». Інтерв'юерів було проінструктовано використовувати мову учасника, коли йдеться про психічні

симптоми та психічні захворювання, наприклад, використовуючи такі терміни, як «нервовий зрив», «психічне захворювання», «реакція на стрес» або «емоційний розлад». Модифікована версія інструменту оцінки посттравматичних стресових розладів, напівструктурованого інтерв'ю, призначеного для виявлення посттравматичних реакцій на психоз і досвід лікування [55], використовувалася для керівництва обговоренням.

Модифікований опитувальний був розділений на два розділи: реакції на психотичні симптоми; і реакції на досвід лікування для виявлення травми. У першому розділі реакції на психотичні симптоми оцінювали шляхом початкової постановки серії з 15 запитань (наприклад, «Чи викликали коли-небудь симптоми вашого психіатричного захворювання у вас відчуття надзвичайної тривоги або жаху?» «Чи вірили ви, що групи людей хотіли зробити тобі боляче?»). Ствердна відповідь на будь-який пункт супроводжувалася зондами для виявлення конкретних прикладів. Після цих запитань учасників попросили визначити, який досвід у всіх їх епізодах був найбільш неприємним, коли вони озирнулися на це. Потім були спрямовані додаткові запитання, щоб отримати додаткові подробиці події (наприклад, коли і де це сталося, інші люди, які були залучені) і те, як людина відреагувала на це в той час. Респондентів прямо запитували: «Як ви емоційно відреагували» і «Що це було?» Учасників також запитували про їх безпосередні та подальші емоційні реакції після події, запитуючи: «А що було після події, як ви емоційно відреагували?»

Реакції на лікування оцінювали подібним чином, спочатку ставлячи серію запитань (загалом дев'ять; наприклад, «Чи коли-небудь ви отримували лікування, яке вас лякало?» «Чи вас коли-небудь силоміць доставляли до лікарні або до в'язниці?»). Будь-яка ствердна відповідь супроводжувалася запитаннями, щоб отримати конкретні приклади. Після цих запитань учасникам було запропоновано визначити найбільш тривожний досвід лікування, а потім поставити запитання, спрямовані на розуміння того, що сталося, і реакції людини на подію як під час події, так і після події.

Після закінчення якісної частини інтерв'ю було завершено стандартизоване оцінювання для оцінки ПТСР та інших симптомів, про які повідомлялося раніше.

Якісна частина інтерв'ю тривала від 15 до 35 хв. Польові записи інтерв'ю використовувалися для ведення запису відповідей.

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R), напівструктурованого інтерв'ю, призначеного для виявлення посттравматичних реакцій за силою травматичності подій, що доречно з огляду такої на психоз і досвід лікування [145], використовувалася для керівництва обговоренням. Модифікований IES-R був розділений на два розділи: реакції на психотичні симптоми; і реакції на досвід лікування. У першому розділі реакції на психотичні симптоми оцінювали шляхом початкової постановки серії з 15 запитань (наприклад, «Чи викликали коли-небудь симптоми вашого психіатричного захворювання у вас відчуття надзвичайної тривоги або жаху?» «Чи вірили ви, що групи людей хотіли зробити тобі боляче?»). Ствердна відповідь на будь-який пункт супроводжувалася зондами для виявлення конкретних прикладів.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (Додаток Б) – це опитування з пунктів, розроблений для скринінгу депресії та тривоги. HADS використовується як інструмент для виявлення депресії [70]. HADS відображає діагностичні критерії великого депресивного розладу (MDD) і вимірює смуток, втрату задоволення, песимізм, минулі невдачі, неприязнь до себе, самокритичність і суїцидальні думки, поведінку та тривожні стани [123]. Кожен із пунктів оцінюється за 4-бальною шкалою від 0 до 4. Як короткий захід, HADS бажано використовувати в дослідженнях, щоб мінімізувати навантаження на учасників. Показано, що HADS має високу внутрішню узгодженість.

HADS [79] – це шкала самооцінки, яка складається з двох підшкал, одна з яких вимірює тривогу з семи пунктів (HADS-A), а друга – депресію з семи пунктів (HADS-D). Випробуваний дає відповіді на кожне запитання за 4-бальною (0–3) шкалою Лайкерта та відповідає, як він/вона почувався протягом останнього тижня. Пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 відносяться до субшкали тривоги, а пункти: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 – до субшкали депресії. Загальний бал виходить шляхом підсумовування балів у межах кожної субшкали. Згідно з Пейс-Рібейро [116] оцінка 0–7 означає «нормальний», 8–

10 «легкий», 11–14 «помірний» і 15–21 «важкий». У цьому дослідженні граничний бал ≥ 8 та ≥ 11 використовувався для субшкал HADS [104].

Депресія і тривога є поширеними скаргами у пацієнтів з психологічним травмуючим досвідом [28]. Усі суб'єкти заповнили анкети HADS та самостійно заповнили анкети, що містять інформацію про демографічні показники, рівень освіти, змінні, пов'язані із захворюванням, і шкалу впливу психозу. Психометричні властивості досліджували шляхом оцінки валідності, надійності та факторної структури HADS у пацієнтів. Дві підшкали HADS (тривога та депресія) мали чудову внутрішню узгодженість (значення α Кронбаха 0,82–0,83), а факторний аналіз підтвердив двофакторну структуру. Аналіз робочих характеристик показує, що субшкали HADS мають значну діагностичну достовірність для диференціації груп. Ієрархічний регресійний аналіз із використанням субшкал як критеріальних змінних показав послідовні докази додаткової валідності HADS. HADS є надійною та дієвою шкалою самооцінки пацієнтів з психозом, яку пропонується використовувати в клінічному моніторингу психіатричного та психологічного статусу пацієнтів з психозом.

HADS є однією з найбільш часто використовуваних шкал для оцінки тривожності та депресії серед пацієнтів у лікарнях загального профілю [115]. Вотсон та колеги [128] перевірили показники тривоги та депресії, підтвердивши, що HADS є відповідним опитувальником для оцінки депресії та тривоги. Систематичний огляд структури HADS виявив невідповідності в латентній структурі шкали, які в основному були пов'язані з різними методами аналізу латентних змінних (дослідницький факторний аналіз і підтверджуючий факторний аналіз) використовується для HADS [114].

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації

Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації (SRSS) (Додаток В) добре відома в усьому світі та широко використовується для оцінки тяжкості резилієнтності. Метою цього дослідження було виявлення прогалини у стані пацієнтів, які становлять інтерес для подальшого розвитку. Властивості SRSS

визначаються як характерні ознаки або атрибути, які служать для визначення (або можуть мати роль для визначення майбутнього оновленого SRSS).

Оцінка не виконується шляхом встановлення оцінки безпосередньо на візуальній шкалі. SRSS виявляє опорні точки для симптомів, функціонування, позитивного психічного здоров'я, прогнозу, покращення загальних властивостей, критерії виключення для оцінки з бальними інтервалами та опорні точки. У міжнародному масштабі використовуються як одинарні, так і подвійні шкали для SRSS, але для даного дослідження травматичного досвіду першого психотичного епізоду достатньо було одинарного, враховуючи шкали симптомів (SRSS), вона повинна оцінювати різні виміри і все ще бути корельованими. Для SRSS з більш ніж двома шкалами існує обмежене емпіричне тестування. В даному дослідженні в даний тест в основному виявлятиме стилі адаптації при травмі від першого психотичного епізоду.

У США SRSS використовується для всіх пацієнтів, які отримують психіатричну допомогу в системі Veterans Health Administration [144]. У Норвегії, починаючи з 2000 року, SRSS було включено до комп'ютеризованого мінімального базового набору даних, про який повинні повідомляти всі служби психічного здоров'я [119]. У Данії, Швеції та Великобританії SRSS також добре відомий [113]. Поточний SRSS міститься як Вісь V міжнародно прийнятого Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, четверте видання редакції тексту (DSM-IV-TR) [114].

Симптоматичний опитувальник

Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R) (Додаток Г) був розроблений Дерогатісем [124] для вирішення обмежень вимірювань, які в той час використовувалися для оцінки психічних розладів; зокрема, надійність повторного тестування та конструктивну валідність Оцінки позитивних симптомів і Оцінки негативних симптомів. Також було стверджено, що ці показники плутають деякі позитивні та негативні конструкти та не оцінюють загальну психопатологію.

SCL-90-R було розроблено як для тестового використання, так і для напівструктурованого інтерв'ю для оцінки позитивних, негативних і загальних симптомів. Кожен із предметів оцінюється на основі опису, характерного для цього

елемента, і оцінка від призначається для кожного елемента з діапазоном від 1 як відсутність до 7 як крайній. SCL-90-R демонструє хорошу внутрішню надійність для позитивної підшкали ($\alpha = .73$), негативної підшкали ($\alpha = .83$) і загальної підшкали ($\alpha = .79$) [29]. SCL-90-R також демонструє хорошу надійність повторного тестування для позитивної підшкали ($r = .80$), негативної підшкали ($r = .68$) і загальної підшкали ($r = .60$) [129]. Була продемонстрована конструктна валідність для трьох підшкал із рядом показників психопатології.

SCL-90-R [141] має пункти, що складаються з двох підшкал, які оцінюють слухові галюцинації і марення. Надійність між оцінювачами хороша, з коефіцієнтами в діапазоні від 0,79 до 1,00. Валідність перевіряли шляхом порівняння SCL-90-R зі шкалою психіатричної оцінки. Було виявлено значущі зв'язки між галюцинаціями та маревними розладами, про які повідомляли.

Шкали оцінки симптомів психозу в SCL-90-R – це напівструктуроване інтерв'ю, яке проводить клініцист і використовуватиметься для оцінки багатовимірних аспектів марення та слухових галюцинацій (таких як дистрес, заклопотаність і переконання). для голосів і шість пунктів для марення). SCL-90-R добре підходить для оцінки результатів психологічної терапії [78] і використовувався в основних РКД [63, 64]. Елементи SCL-90-R також застосовуватимуться для галюцинацій в інших модальностях (тобто невербальних слухових; зорових; соматичних; сексуальних відчуттів; нюхових; смакових; відчуття присутності [79]), а також додаткові пункти будуть включені в базову оцінку для оцінки кількох модальностей (тобто, чи різні типи галюцинацій відчуються одночасно чи послідовно і пов'язані чи не пов'язані) [80].

Кожен пункт SCL-90-R оцінюється інтерв'юером за 5-бальною номінальною шкалою (0–4). Додаткова безперервна рейтингова шкала самооцінки буде додана до кожного елемента, оскільки є докази того, що номінальна шкала не чутлива до змін для деяких елементів (наприклад, маячне переконання оцінюється як 3 для переконань від 50 до 99 балів). Отже 50 % зміна маячних переконань призводить лише до різниці в 1 бал). Шкала оцінювання буде представлена у формі термометра для полегшення самооцінки. Обидва рейтинги (загальні бали для кожної шкали SCL-90-

R) будуть повідомлені як вторинні результати. Мета SCL-90-R полягає в тому, щоб дозволити користувачеві виявити та виміряти тяжкість тих психіатричних симптомів, які найчастіше відчувають люди з психотичними захворюваннями, такими як шизофренія та біполярний афективний розлад. Захід є надійним лише тоді, коли його використовує відповідним чином підготовлений і досвідчений оцінювач. Потенційним користувачам вимірювання наполегливо рекомендується пройти навчання, яке дозволить їм продемонструвати прийнятну надійність перед застосуванням вимірювання в клінічних або дослідницьких умовах. Захід складається з 14 пунктів. Оцінки для пунктів 1–6 базуються на інформації, отриманій від пацієнта за допомогою напівструктурованого опитування, а часові рамки для оцінки цих пунктів – місяць, що передує інтерв'ю. Оцінки за пунктами 7-13 базуються на систематичному спостереженні за поведінкою пацієнта під час бесіди. Пункт 14 є індексом точності та повноти оцінки, а не психіатричним симптомом. Для пунктів 1-6 наведено запитання, які дають змогу орієнтуватися оцінювачу під час виявлення та оцінювання тяжкості цих симптомів. Питання, виділені жирним шрифтом, варто вважати обов'язковими. Усі ці питання варто завжди ставити, коли вимірювання використовується для оцінки пацієнта. Оцінювач ніколи не повинен вважати, що він знає, як пацієнт відповість на обов'язкове запитання, навіть якщо відповіді пацієнта на попередні запитання, здається, підказують, якою буде його відповідь. Після кожного обов'язкового питання йдуть додаткові запитання звичайним шрифтом. Метою цих додаткових запитань є отримання більш детальної інформації щодо певного симптому, щоб допомогти оцінювачу встановити, чи був цей симптом безперечно присутнім протягом попереднього місяця, і якщо він був присутній, наскільки серйозний. Якщо відповідь пацієнта на обов'язкове запитання чітко й однозначно негативна, оцінювач може перейти безпосередньо до наступного обов'язкового запитання. Якщо пацієнт дає позитивну відповідь на обов'язкове запитання або якщо його відповідь нечітка чи двозначна, оцінювач повинен поставити супровідні додаткові запитання, щоб прояснити природу переживань пацієнта, перш ніж зробити остаточне судження щодо симптому, про який йде мова. Якщо необхідно, оцінювач повинен використовувати власні додаткові запитання,

щоб допомогти в цьому процесі, доки вони не отримають достатньо інформації, щоб зробити надійне судження щодо симптому. Цієї схеми опитування потрібно, наскільки це можливо, дотримуватися під час кожного співбесіди. Формулювання обов'язкових питань не можна змінювати, оскільки це може негативно вплинути на надійність і валідність оцінювання. З практикою оцінювач навчиться задавати ці запитання вільним і природним способом. На додаток до конкретних запитань для виявлення, передбачених для пунктів 1-6, наступні загальні запитання варто використовувати щоразу, коли виявлено, що симптом був присутній протягом попереднього місяця.

Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI)

Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) (Додаток Д) – це короткий показник психологічного дистресу розроблений для звичайного використання на практиці. Опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) пунктів і охоплює три сфери: 1) проблеми: депресія, тривога, фізичний стан та сама травма; 2) функціонування: загальне функціонування (1 елемент), соціальне функціонування (1 пункт) і близькі стосунки (1 пункт); і 3) ризик: для себе (1 пункт).

Вимірює чотири сфери: суб'єктивне самопочуття, симптоми, функціонування та ризик. Опитувальник посттравматичного зростання PTGI також надає безперервну загальну оцінку поточного глобального психологічного дистресу, класифікованого в діапазоні від здорового до важкого. Відсікання на PTGI зазвичай розрізняють «випадковість» ймовірної травми. Такі інструменти, які зосереджені на неспецифічному психологічному дистресі, особливо корисні в контексті ступінчастих моделей догляду, де шляхи направлення залежать від серйозності потреби, а також від діагнозу.

Існує кілька простих у використанні інструментів для загальної оцінки психологічного аспекту травми, призначених для використання під час скринінгу та під час лікування для моніторингу прогресу. Клінічні результати в рутинній оцінці PTGI, безумовно, є одними із них. Внутрішню валідність досліджували за допомогою підтверджуючого факторного аналізу, який засвідчив хорошу відповідність даним, що свідчить про одновимірну факторну структуру показника [116]. Крім того, шкала

мала добру внутрішню надійність і була значною мірою пов'язана з іншими показниками травми, міжособистісних проблем, благополуччя. Нарешті, він продемонстрував чудову діагностичну точність, а також внутрішню та післятестову діагностику в даному дослідженні. Враховуючи його достовірність і надійність, PTGI може бути прийнятий психотерапевтами та дослідниками для оцінки результатів втручань у психічне здоров'я, а також для відстеження змін психологічних розладів пацієнтів від сеансу до сеансу.

PTGI для адміністрування сеансів або для використання в умовах обмеженого часу буде в четвертій частині дисертації заміряти втручання психотерапевтів при травмі першого психотичного епізоду. У своєму первинному перевірочному дослідженні показали [110], що PTGI має хороші психометричні властивості, включаючи хорошу внутрішню послідовність, однофакторну структуру та хорошу конвергентну/дивергентну валідність з іншими показниками травми, загальних/соціальних/близьких стосунків та ризик самоушкодження. Його загальна оцінка була пов'язана з дуже великими ефектами ($r > 0,90$), отриманими з PTGI, таким чином припускаючи, що обидва вимірювання досліджують той самий латентний фактор. Нарешті, Баркхем та його колеги [109] надали як клінічне порогове значення загального психологічного дистресу (тобто бал $\geq 11,0$), так і надійний індекс змін (тобто бал зміни ≥ 6) і процедури в SPSS були використані для забезпечення адекватності вибірки. Там, де розмір вибірки був адекватним, для визначення кількості факторів для виділення використовувався цей метод, а там, де вибірка була нижчою в групі психозу, власні значення над одиницею зберігалися.

Якщо в вимірюванні бракувало менше 25% елементів, для обчислення відсутніх елементів використовувався пропорційний рейтинг. У разі відсутності даних для загальних чи субшкальних підсумків SPSS розглядалися дані як відсутні в статистичному аналізі. Перед проведенням статистичних тестів дані були перевірені, щоб переконатися, що вони відповідають параметричним припущенням. Розподіл даних аналізували за допомогою візуального огляду нормального графіка та значень асиметрії. Якщо дані не відповідали параметричним припущенням, використовувалися непараметричні тести. Основними статистичними процедурами,

які використовувалися для досягнення цілей дослідження були крос-секційний кореляційний аналіз між інтерналізованими стереотипами та іншими психологічними змінними на початковому етапі.

Було використано ієрархічну регресію (введення по блоках), виходячи з припущення, що базовий рівень емоційної дисфункції буде найкращим прогностичним чинником емоційної дисфункції з часом.

Анкета задоволеності терапією

Анкета задоволеності терапією [18] – це короткий інструмент для самостійного заповнення з 20 пунктів, який має належну валідність і охоплює очікування користувачів послуг щодо їх фактичного прогресу, досягнутого під час терапії, і їх сприйняття; їх переконання щодо ступеня, до якого вони отримали навички та знання з КПТ; їх уявлення про корисність поставлених домашніх завдань; оцінки якостей свого терапевта та пов'язане із цим задоволення; та загальна задоволеність терапією. Елементи оцінюються за шкалою Лайкерта від 1 до 5 (вище = більш позитивне, 3 = нейтральне).

Процедура АЗТ розповсюджували серед 9 пацієнтів дослідження четвертого розділу, які входили в групу з дослідження другого розділу з 143 пацієнтів і заповнювали користувачі послуг самостійно наприкінці терапії (як для користувачів послуг, так і для користувачів випробувань), а також після періоду спостереження (лише для учасників дослідницького випробування). Користувачів послуг повідомили, що їх відповіді є конфіденційними та не будуть передані їх терапевтам.

Методика психологічної діагностики копінг-механізмів (МПДК)

Було показано, що те, як людина справляється з досвідом психозу, так званий «стиль одужання», суттєво впливає на довгострокові результати [23]. Опитувальник стилю відновлення (МПДК) (Додаток Е) вимірює цей психологічний вимір. Пацієнти отримували цей опитувальник і вимірювали інтерналізовану стигму, психотичні симптоми, концепцію хвороби, розширення можливостей, самооцінку та якість життя за рахунок своїх копінг-механізмів. Для характеристики вибірки було продемонстровано описову статистику. Надійність оцінювали в різних формах:

внутрішня узгодженість, надійність тест-повторний і надійність розділеної половини. Елементи оцінювали за описовими даними та кореляціями між елементами.

МПДК [16] складається з пунктів, поділених на підшкали, кожна з яких містить три окремі питання. Пацієнт оцінює кожен пункт як «згоден» або «не згоден». Використовуючи рамку кодування, кожна відповідь ідентифікується як «герметизація» (1 бал) або «інтеграція» (2 бали). Кожна з субшкал оцінюється окремо (3–4 бали «герметизація» та 5–6 балів «інтеграція»), і нарешті використовується формула для розрахунку загального відсотка інтеграції: (загальний відсоток МПДК = кількість шкал із загальною оцінкою інтеграції/13 × 100%). Із загального відсотка МПДК будуються наступні категорії: 0–17% = 6 ущільнення, 18–33% = 5 має тенденцію до ущільнення, 34–49% = 4 змішана картина, переважає ущільнення, 50–67% = 3 змішана картина, переважає інтеграція, 68–82% = 2 тяжіє до інтеграції, 84–100% = 1 інтеграція. Початковий документ про розробку шкали [45] повідомляв про хороші психометричні властивості з α Кронбаха 0,73, надійність тесту-повторного тестування 0,81 та пропонував два стилі відновлення (тобто закриття та інтеграція), що складаються з 13 факторів, без повідомлення про факторний аналіз.

Згідно з рекомендаціями Guadonoli та Velicer [56, 75], приблизно 150 випадків було заплановано як відповідні під час виконання факторного аналізу на 39 пунктах МПДК. Коефіцієнт кореляції повинен стати адекватним показником коефіцієнта кореляції сукупності, коли розмір вибірки досягне цього рівня.

Шкала посттравматичних стресових розладів

PCL-5 – ПТСР PTSD Checklist for DSM-5 (Додаток Ж) можна використовувати як напівструктуроване інтерв'ю, яке проводить лікар, призначене для оцінки посттравматичних стресових розладів згідно з визначенням DSM-IV[11]. Учасників попросили розглянути досвід симптомів психозу та лікування окремо; рівні поширеності становили 23,1 і 19,2% відповідно, тому 42,3% їх вибірки відповідали повним критеріям ПТСР для події, пов'язаної з психозом. Жоден учасник не відповідав повним критеріям ПТСР як щодо симптомів, так і щодо лікування. Загальний рівень поширеності можна порівняти з показниками, отриманими в

дослідженнях з використанням IES-R, за винятком значно нижчого показника, повідомленого Turner [28].

Використовувані інструменти вимірювання загалом були психометрично надійними та підтвердженими, а опитувальники надійно використовувалися для популяції психозу. Використання в одному дослідженні шкали PCL-5, призначеної клініцистом, є позитивним, оскільки це вважається золотим стандартом для вимірювання ПТСР. Однак надійність між оцінювачами не оцінювалася, і PCL-5 було перекладено на тунісько-арабську для цього дослідження, але не було перевірено в цьому культурному контексті. Більшість включених досліджень недостатньо описували рівень відмови від участі; особи, які вирішили не брати участі в дослідженні травми, могли відмовитися саме тому, що у них посттравматичний стресовий розлад, тому існує ризик упередженості вибірки в дослідженнях.

PCL-5 – це напівструктуроване інтерв'ю, яке проводить лікар, призначене для оцінки посттравматичних стресових розладів згідно з визначенням DSM-IV.

Використовувані інструменти вимірювання загалом були психометрично надійними та підтвердженими, а опитувальники надійно використовувалися для популяції психозу. Використання в одному дослідженні шкали PCL-5, призначеної клініцистом, є позитивним, оскільки це вважається золотим стандартом для вимірювання ПТСР.

Це структуроване діагностичне інтерв'ю з 30 пунктів, призначене для вимірювання частоти та інтенсивності симптомів ПТСР. Симптоми оцінюються за шкалою Лайкерта від 0 до 4, загальна кількість балів коливається від 0 до 136. Відповідно до загальної оцінки Weathers [25] запропонував таку класифікацію ПТСР: 0–19: безсимптомний/мало симптомів; 20–39: легкий ПТСР/підпорогове значення; 40–59: помірний ПТСР/пори́г; 60–79: важкі симптоми ПТСР; та ≥ 80 екстремальних симптомів ПТСР.

Інтерв'ю PCL-5 оцінює всі діагностичні критерії ПТСР у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів, четверте видання (DSM-IV)[25], включаючи критерій А (вплив), критерії В–D (кластери основних симптомів),

критерій Е (хронологія), критерій F (функціональне порушення) і пов'язані з цим симптоми провини та дисоціації.

Інтерв'ю PCL-5 сприяє єдиному адмініструванню через сформульовані підказкові запитання та чіткі рейтингові прив'язки з чіткими параметрами оцінки поведінкових референтів, включаючи рейтинги достовірності повідомлень пацієнтів про симптоми ПТСР. Інтерв'ю допомагає пацієнтам визначити, чи відповідає їх стресова подія обом частинам визначення травматичної події DSM-IV. Ці функції покращують стандартизацію між інтерв'юерами та забезпечують порівняння балів у різних середовищах, оцінювачах і травмованих групах населення.

2.2. Характеристики вибірки

Для дослідження було набрано однорідну вибірку щодо учасників, які всі мають досвід психозу та зверталися до послуг психічного здоров'я через досвід психотичного епізоду. Щоб забезпечити однорідну вибірку щодо всіх учасників, які мають досвід психозу, усі учасники повинні були або мати діагноз МКБ-10 за спектром шизофренії, або відповідати критеріям вступу до служби раннього втручання при психозі за шкалою позитивного та негативного синдрому (SCL-90-R). Хоча вибірка не була однорідною за іншими змінними, такими як вік, освіта чи зайнятість, стверджується, що вибірка була однорідною щодо ключових аспектів цілей дослідження, тобто досвіду психозу. Потенційні учасники були визначені разом з членами персоналу, який працював у Київській міській психоневрологічній лікарні, клініці «Ренесанс-Київ» та Кам'янській психіатричній лікарні. Розглядалися пацієнти віком від 17 до 37 років, які пережили свій перший епізод психозу. Діагнози: шизофренія F20.0 (N = 97) і психоз екзогенний F15.5 (N = 46), чоловіки (N = 81), жінки (N = 62), 71 учасник проходили навчання або мали роботу.

Вибірка була однорідною щодо тих, хто пережив психоз, тобто всі мали отримати діагноз психозу або перебувати в службі з приводу психозу, хоча однорідності не було досягнуто щодо віку.

Спочатку звернулися до головних лікарів відділень, психіатрів і клінічних психологів у командах раннього втручання, щоб представити запропоноване

дослідження, отримати дозвіл щодо запланованої процедури та заходів, а також обговорити можливу участь команд у дослідженні. Після початкових обговорень із керівниками і клінічним персоналом в решті були організовані зустрічі з співробітниками та пацієнтами, щоб пояснити мету дослідження та практичні аспекти можливої участі в дослідженні. Наприкінці цих зустрічей запитувала членів команди, чи готові вони взяти участь у дослідженні та розповсюдити пакети досліджень серед потенційних учасників.

Для підвищення обізнаності про дослідження та підвищення інтересу до нього було надано додаткові презентації щодо теми та методології дослідження, висвітлювали потенційну користь результатів для подальшого втручання та про ймовірні складнощі збору даних. Коротку інформацію про дослідження було розповсюджено серед усіх співробітників, щоб гарантувати, що ті, хто не був присутній на зустрічах, були ознайомлені з дослідженням для запобігання можливих непорозумінь або перешкод у виконанні дослідження. Протягом усього періоду набору дослідника залишався на зв'язку з членами команди, щоб переконатися, що вони мали всю необхідну інформацію про дослідження.

Критерії включення та виключення

Потенційними учасниками були пацієнти, яким на момент набору для участі в цьому дослідженні було 17 років і старше і які пережили принаймні один психотичний епізод за останні 3 роки або були госпіталізовані та знаходилися на стаціонарі, участь всіх неповнолітніх учасників узгоджували також з їх опікунами. Пацієнти, які перебували в гострій стадії психотичного захворювання (це ґрунтувалося на оцінці психічного стану пацієнта психіатрами) були виключені. Крім того, тих, хто був неписьменним, не запрошували до участі в дослідженні. Рішення щодо придатності стану пацієнта для включення в дослідження приймалося головними лікарями та психіатрами лікарень.

Розрахунок розміру вибірки

Розмір вибірки, необхідний для максимізації шансів виявлення ефекту, було розраховано за допомогою програми G*Power [101]. Для кореляційного аналізу, припускаючи середній розмір ефекту ($r = 0,3$), однобічний рівень значущості 0,05 і

потужність 0,8, запропонований розмір вибірки становив 143. У подібному дослідженні Дадлі, Сітарінена, Джеймса та Доджсона [116], який використовував подібні критерії включення та виключення, дослідники успішно залучили 23 із 163 пацієнтів, які перебували під наглядом служби Ліверпульської психіатричної лікарні. Зробивши припущення, що рівень відповідей у поточному дослідженні буде подібним до цього, необхідно було розглянути щонайменше 260 потенційних учасників.

Рівень відповіді

Протягом чотирнадцяти-місячного періоду збору даних загалом 260 пакетів досліджень було розподілено між потенційними учасниками. З цієї кількості 143 було повернуто досліднику.

Методи, використані в дослідженні, не становлять значного ризику ні для учасників, ні для дослідника, були неінвазивними та не передбачали жодного обману, маніпуляцій, впливу.

Затвердження дослідження

Етичне схвалення дослідницького дослідження було отримано від комітетів з дослідницької етики обох лікарень.

Потенційні учасники отримали комбіноване запрошення до дослідження та інформаційний листок учасника від свого координатора догляду або іншого члена команди лікарні, який працював з ними на момент набору для цього дослідження.

Цей двосторінковий документ описував деталі дослідження. Він містив контактні дані головного дослідника та вказував, що учасники можуть обговорити свої запитання щодо дослідження або зі своїм координатором з догляду, або з головним дослідником. Тих, хто не бажав брати участь у дослідженні, запевнили, що їх рішення не вплине на рівень надання медичної допомоги. Потенційним учасникам було чітко повідомлено, що якщо вони повернуть заповнений буклет анкети, це означатиме, що вони погодилися на участь у дослідженні.

Конфіденційність і захист даних

Зібрані дані були анонімними та розглядалися як конфіденційні. Дослідниця не мав доступу до жодної особистої інформації про учасників, окрім зазначеної в

анамнезі. Усі паперові копії анкетних буклетів зберігалися в шухляді на замок, а електронні дані були захищені паролем.

2.3. Процедура дослідження впливу першого психотичного епізоду на виникнення психологічної травматизації

Заходи запобігання можливого ускладнення стану пацієнтів

Дослідниця усвідомлював, що відповіді на запитання про психотичні переживання можуть потенційно засмутити учасників. З цієї причини запрошення до дослідження та інформаційний листок учасника містили інформацію про можливі недоліки та ризики участі. Учасникам було рекомендовано зв'язатися зі своїм лікарем/координатором з догляду, якщо заповнення анкети викликало у них стрес або порушило питання, які вони хотіли б уточнити далі. Учасникам, які на той момент виписувалися надали контактні дані цілодобової екстреної служби в їх регіоні.

Передача результатів дослідження

Учасники зможуть отримати доступ до результатів дослідження через своїх координаторів з догляду. Результати дослідження можуть бути опубліковані в науковому журналі.

Показники самозвіту, представлені нижче, були об'єднані в буклет анкети. Усі показники були відформатовані в єдиний спосіб, щоб гарантувати, що буклет анкети було легко заповнювати, а навантаження на учасника було максимально зменшено. Для деяких показників (Шкала впливу подій, Опис переживань, пов'язаних з подіями – Коротка форма, Анкета розкриття травм та Опис посттравматичного розвитку) оригінальні інструкції були адаптовані, щоб переконатися, що учасники описали свої погляди та реакції щодо їх психотичного епізоду, а не пов'язаний з іншими важливими життєвими подіями.

Форма особистих даних

У першій частині анкетного буклета учасників просили вказати свій вік і стать. По-друге, їх попросили вказати, скільки часу минуло з моменту останнього психотичного епізоду. Нарешті, учасників попросили вказати, яку форму підтримки

вони отримували від служби медичної служби на момент залучення до цього дослідження або в минулому.

Дослідницькі пакети, які включали запрошення до дослідження та інформаційний аркуш для учасника, анкети, були надані потенційним учасникам дослідницею, координаторами догляду або іншими членами команди. Учасників попросили прочитати Запрошення до дослідження та Інформаційний аркуш для учасника та заповнити буклет анкети (Форма особистих даних, Шкала впливу подій, Опис румінації, пов'язаної з подіями – Коротка форма, вибрані підшкали Анкети розкриття травм, Вимірювання саморозкриття, Опитувальник посттравматичного зростання та Опитувальник процесу відновлення).

Розрахунок потужності та статистичний аналіз

Апріорний розрахунок потужності проводився за допомогою GPower3. З очікуваним середнім розміром ефекту 0,30 на основі попередніх досліджень[123, 147], розрахунок потужності показав, що загальний розмір вибірки 111, використовуючи F-критерій з рівнем значущості 0,05, забезпечить 80% потужність для визначення розміру ефекту 0,30.

Якщо в вимірюванні бракувало менше 25% елементів, для розрахунку відсутніх елементів використовувався пропорційний рейтинг. У разі відсутності даних для загальних чи субшкальних підсумків SPSS розглядав ці дані як відсутні в статистичному аналізі. Перед проведенням статистичних тестів дані були перевірені, щоб переконатися, що вони відповідають параметричним припущенням. Розподіл даних аналізували за допомогою візуального огляду графіка та значень асиметрії та ексцесу. Якщо дані не відповідали параметричним припущенням, використовувалися непараметричні тести, тобто у випадку дискримінації змінної результату. Відмінності між трьома групами щодо змінних результатів аналізували наприкінці спостереження за допомогою дисперсійного аналізу (ANOVA). Змішані моделі використовували для оцінки того, чи була зміна змінних результатів з часом значною різницею між групами.

Під час етапу введення даних було зрозуміло, що три неправильні елементи були обрані для підшкали іто. З цієї причини не всі дослідницькі питання, які стосувалися інтрузивних румінацій, мали відповіді в аналізі.

Дані були проаналізовані за допомогою статистичного пакету для соціальних наук (SPSS) для Apple Mac (версія 17.0). Статистичними методами, обраними для аналізу, були кореляції. Усі вимірювані змінні були представлені як безперервні інтервальні діапазони балів. По-перше, дані були перевірені, щоб оцінити, чи бали за всіма змінними були нормально розподілені і, таким чином, відповідали припущенням параметричного аналізу. По-друге, зв'язки між змінними були протестовані, щоб оцінити, чи змінні були взаємокорельованими.

Висновки до другого розділу

У контексті цієї дисертації для досягнення цілей дослідження були використані як якісні, так і кількісні методи. Історично суспільствознавці часто обирали або якісний, або кількісний підходи до дослідження, але існує зростаюча тенденція, коли дослідники використовують обидва підходи. У літературі також є аргумент, що дослідники повинні бути прагматичними, вибираючи методології, які керуються дослідницьким питанням, яке ставиться. У зв'язку з цією тезою були обрані найбільш відповідні методології для дослідницьких питань, і, отже, були прийняті як емпірична/гіпотетична, так і феноменологічна парадигми. Вони будуть обговорені більш докладно.

1. Побудувати теоретико-методологічну модель дослідження постравматичних симптомів у пацієнтів з первинним психотичним епізодом для цього був застосований пакет методик: клінічне інтерв'ю, форма особистих даних, шкала впливу подій, опис румінації, пов'язаної з подіями – підшкали анкети розкриття травм, вимірювання саморозкриття, опитувальник посттравматичного зростання та опитувальник процесу відновлення.

2. Оцінити суб'єктивні переживання, пов'язані з переживанням психотичних симптомів та лікуванням у пацієнтів з психотичними епізодом, за

допомогою якісних та кількісних методів (тематичний аналіз, форма особистих даних, анкети розкриття травм).

3. Виконати порівняння різниці між проявами ПТСР симптомів (SPSS), розробити психодіагностичні принципи діагностики посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинним психотичним епізодом (клінічні інтерв'ю).

4. Дослідити умови формування посттравматичних симптомів після психозу, особливості їх перебігу, наслідків та визначити прогностичну і диференційно-діагностичну значущість їх окремих клініко-психологічних параметрів – за міркою опитувальника процесу відновлення.

5. Обґрунтувати підходи до вибору методів психотерапії та профілактики посттравматичних симптомів після психозу – тематичний аналіз.

Щоб перевірити гіпотези, було проведено однобічний кореляційний аналіз між посттравматичними симптомами, ставленням до саморозкриття, фактичним саморозкриттям, нав'язливими румінаціями і травмуючим досвідом психотичного епізоду. Так само, щоб перевірити гіпотези було проведено однобічний кореляційний аналіз між посттравматичними симптомами, фактичним саморозкриттям і відновленням. Для відповіді на запитання дослідження було застосовано двосторонній кореляційний аналіз.

Ці аналізи перевіряли взаємозв'язок між ставленням до саморозкриття (бажання говорити та небажання говорити) та відновленням. Для відповіді на дослідницьке запитання було застосовано двосторонній кореляційний аналіз. Цей аналіз перевіряв взаємозв'язок між нав'язливими румінаціями і відновленням. Так само, щоб відповісти на дослідницьке запитання, було застосовано двобічний кореляційний аналіз. Цей аналіз досліджував взаємозв'язок між травмуючим досвідом психотичного епізоду і відновленням.

РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ ЯК ТРАВМУЮЧОЇ ПОДІЇ

3.1. Аналіз симптоматики ПТСР серед пацієнтів з першим епізодом психозу, що мають шизофренію

Така травмуюча подія як перший психотичний епізод оцінювалася за допомогою скороченої версії опитувальника травматичних життєвих подій (PCL-5). Після заповнення анкети пацієнт був орієнтований на оцінку психологічно травматичних подій, пов'язаних із психотичними симптомами чи досвідом лікування, за допомогою такого твердження: «Я хотів би витратити кілька хвилин на те, щоб дізнатися про ваш досвід із психіатричними симптомами». Психолог використовував мову учасника, коли йдеться про психічні симптоми та психічні захворювання, наприклад, використовуючи такі терміни, як «нервовий зрив», «психічне захворювання», «реакція на стрес» або «емоційний розлад». Модифікована версія Інструменту оцінки посттравматичних стресових розладів (PCL-5), напівструктурованого інтерв'ю, призначеного для виявлення посттравматичних реакцій на психоз і досвід лікування [55], використовувалася для керівництва обговоренням. Модифікований PCL-5 був розділений на два розділи: реакції на психотичні симптоми; і реакції на досвід лікування. У першому розділі реакції на психотичні симптоми оцінювали шляхом початкової постановки серії з 15 запитань (наприклад, «Чи викликали коли-небудь симптоми вашого психіатричного захворювання у вас відчуття надзвичайної тривоги або жаху?» «Чи вірили ви, що групи людей хотіли зробити тобі боляче?»). Ствердна відповідь на будь-який пункт супроводжувалася зондами для виявлення конкретних прикладів. Після цих запитань учасників попросили визначити, який досвід у всіх їх епізодах був найбільш неприємним, коли вони озирнулися на це. Потім були спрямовані додаткові запитання, щоб отримати додаткові подробиці події (наприклад, коли і де це сталося, інші люди, які були залучені) і те, як людина відреагувала на це в той час. Респондентів прямо запитували: «Як ви емоційно відреагували» і «Що це було?». Учасників також запитували про їх безпосередні та подальші емоційні реакції після

події, запитуючи: «А що було після події, як ви емоційно відреагували?»

Реакції на лікування оцінювали подібним чином, спочатку ставлячи серію запитань (наприклад, «Чи коли-небудь ви отримували лікування, яке вас лякало?» «Чи вас коли-небудь силоміць доставляли до лікарні або до в'язниці?»). Будь-яка ствердна відповідь супроводжувалася запитаннями, щоб отримати конкретні приклади. Після цих запитань учасникам було запропоновано визначити найбільш тривожний досвід лікування, а потім поставити запитання, спрямовані на розуміння того, що сталося, і реакції людини на подію як під час події, так і після події.

Після закінчення якісної частини інтерв'ю було завершено стандартизоване оцінювання для оцінки ПТСР та інших симптомів, про які повідомлялося раніше. Якісна частина інтерв'ю тривала від 15 до 35 хв. Польові записи інтерв'ю використовувалися для ведення запису відповідей.

Коли потенційно відповідні пацієнти були ідентифіковані та мали більш стабільний стан з ними обговорювалось дослідження. Якщо дозвіл було надано, між членом дослідницької групи та пацієнтом призначалася зустріч, пояснювалось дослідження, і, якщо був зацікавлений, він або вона надавав підписану інформовану згоду. Потім було організовано співбесіду для проведення оцінки та проведено перегляд діаграми.

Представляю огляд теми, що стосуються сприйняття та емоційних реакцій на психоз, а також зіткнень із системою психічного здоров'я. Учасники описали низку травматогенних аспектів психотичних симптомів. Виникло п'ять тем щодо травматогенних аспектів психозу: галюцинації, які лякали пацієнтів були у 22,7%; параноя/марення, про що повідомили 19,4% учасників; суїцидальні думки та спроби, про які повідомили 14,8% учасників; думки та спроби заподіяти біль іншим, були у 8,9%; дивна/неорганізована поведінка або кататонія; повідомили 6,4% учасників. Інші категорії включали різні теми, такі як спогади про минуле жорстоке поводження, панічні атаки, манія, втрата опіки над дітьми тощо, про що повідомили 22,2% учасників. Найбільш поширеною темою травматогенних аспектів психозу були лякаючі галюцинації, включаючи командні галюцинації або постійні галюцинації, які тривали роками, за якими слідували думки/спроби завдати шкоди собі, а потім

думки/спроби завдати шкоди іншим. Нижче наведено цитату пацієнта, який повідомив про лякаючі галюцинації (травма, яку найчастіше ідентифікують):

«Чую голоси, які говорять мені, куди піти. Три роки тому я почав чути голоси по телевізору та радіо, які казали мені піти. Протягом останніх двох років я постійно переїжджав, не знаходячи житла. Люди на радіо та телебаченні пропонують мені місця, куди я можу піти».

Теми та ілюстративні цитати з особистих наративів психотичних симптомів на страшні галюцинації:

1. «Голоси кажуть мені, що зі мною трапиться щось погане».
2. «Чути голоси, які говорять «ти гей»».

Думки/спроби завдати собі шкоди:

1. «Я хотів померти без подружки, прийняв багато пігулок, які могли вбити 20 людей».
2. «Я чув щось, я чув, як диявол казав мені це зробити. Я робив це раніше, коли мені було сумно, він благав мене, щоб я зробив і пережити це, і я зробив це знову».
3. «Я намагався повіситися».

Думки/спроби заподіяти біль іншим:

1. «Я був одержимий вбивством людей».
2. «Я хотів убити всіх, хто заподіяв мені шкоду, як моя жорстока мати».

Параноя/Маячні ідеї:

1. «У мене виникла підозра, що моя тітка, яка є психологом, хоче мені нашкодити. Вона знає чорну магію».
2. «Потрапивши до в'язниці, там я відчував, що люди намагаються мене отруїти».

Дивна поведінка/дезорганізована поведінка або кататонія:

1. «Одного дня я зняв одяг, я був божевільним, бігав вулицею 2 кілометри, люди сміялися з мене, поліція відвезла мене до лікарні».
2. «У мене був кататонічний стан, я не міг ходити чи говорити, це було травматично».

Інший учасник описав, як критичні голоси призвели до думок, які призвели до самоушкодження:

«Я просто відчувала себе дуже винною через те, що не була хорошою матір'ю і хорошою дружиною. Мені просто було дуже погано, і я не вважала, що мені слід дозволити жити, тож тоді я вирішила, що я повинна завдати собі шкоди.»

Що стосується пережитих думок/спроби заподіяти собі біль як найбільш травматичний аспект симптомів, один учасник повідомив: «Я не думаю про те, щоб вбити себе, але вбивство йде по мене». Інший повідомив: «Я намагався повіситися». Інший повідомив: «Під час [мого] першого зриву, коли я думав потрапити в голову, [це було найбільш травматичним]». З точки зору пережитих думок/спроби заподіяти іншим біль як найбільш травматичний аспект симптомів, один учасник повідомив: «Я був одержимий ідеєю вбивати людей». Одна учасниця повідомила, що відчувала вбивчі ідеї щодо своєї матері та вважала це травмуючим. Учасники також вважали параною/марення найбільш тривожними. Один повідомив, що за ним шпигували: «[Я відчував], що за мною шпигують люди. Це відбувалося поступово, всі бачили ознаки, крім мене». Інший сказав: «Я відчуваю, що збираюся померти. Оскільки інші мої друзі зроблять усе заради грошей, я можу померти. Люди можуть влаштувати щось, щоб вбити мене до мого дня народження». Кілька учасників вважали свою дивну/неорганізовану поведінку найбільш травматичною. Один повідомив про велике приниження, бо бігав вулицями голяка. Він сказав: «Одного дня я зняв свій одяг і пробіг вулицею два кілометри. Люди сміялися з мене. Поліція відвезла мене до лікарні». Інший повідомив: «У мене був кататонічний стан, я не міг ходити чи говорити, це було травматично».

Емоції, пов'язані з травматичними аспектами психозу, включають гнів; смуток; змішані почуття, такі як розгубленість, смуток і гнів; оніміння; відчуття шоку та тривоги. Найпоширенішою емоцією у зв'язку із симптомами був гнів (про який повідомили 22,0% учасників), потім йшов шок/тривога (про що повідомили 18,6% учасників); суміш перерахованих вище почуттів або суміш смутку та гніву (зазначили 16,9%); смуток (повідомили 15,3%); і оніміння (про що повідомили 11,9%). Інші категорії вказали 15,3% учасників. Стосовно гніву один учасник сказав: «Я почувався

злим, незграбним і розгубленим. Я не можу зламати закляття». Один повідомив про збентеження: «Я не міг зрозуміти, чому я це роблю». Кілька учасників повідомили, що відчували шок/нервування через свої психотичні симптоми. Один сказав, що нажаханий. Інший повідомив, що нервує та втрачає контроль. Один учасник конкретно повідомив, що відчував сум, почувши голоси, зазначивши: «[Почувши голоси], я розпався, плакав, постійно спав, ніколи не хотів виходити з дому». Не всі учасники повідомили, що відчували емоції, а скоріше повідомили, що відчували заціпеніння щодо того, що сталося під час психозу. Один із них сказав: «Я почувався беземоційним» після того, як порізав зап'ястки. Двоє учасників повідомили, що не знають, що вони відчувають.

Теми та ілюстративні цитати емоційної реакції на симптоми під час психозу.

Гнів:

«Дуже злий, я хотів зробити їй боляче».

«Засмучений, це не повинно булостатися зі мною».

Сум:

«Я багато плакав, був пригнічений».

«Я почувався сумним, розгубленим, невтішним».

Змішані почуття, такі як розгубленість, смуток і гнів:

«Я почувався сумним і злим».

«Відчуваю себе трохи пригніченим, злим».

«Я почувався злим, незграбним і розгубленим. Я не можу здихатись цього».

Описи емоцій після епізоду психозу включали ширший спектр реакцій. Це містило смуток (14,5%); полегшення, коли симптоми зникли (14,5% учасників повідомили); тривога (12,9%); нейтральні почуття (11,2%); змішані емоції, такі як полегшення, змішане з тривогою (9,7%); гнів (9,7%); оніміння (9,7%); сором (8,1%) і недовіра/безпорадність (8,1%). Озираючись на найбільш травматичний аспект психозу, учасники найчастіше висловлювали почуття смутку з приводу того, що сталося. Цікаво, що однакова кількість людей повідомили, що відчули полегшення від того, що симптоми зменшилися, порівняно з кількістю людей, які висловили сум з приводу того, що сталося. Деякі учасники повідомили, що, озираючись назад,

відчували нейтральність щодо того, що сталося. Тривога, змішані емоції, гнів, заціпеніння, сором, недовіра та безпорадність також приблизно 8–13% людей у кожній категорії.

Емоції, пов'язані з травматичними аспектами психозу, включають гнів; смуток; змішані почуття, такі як розгубленість, смуток і гнів; оніміння; відчуття шоку та тривоги. Найпоширенішою емоцією у зв'язку із симптомами був гнів (про який повідомили 22,0% учасників), потім йшов шок/тривога (про що повідомили 18,6% учасників); суміш перерахованих вище почуттів або суміш смутку та гніву (зазначили 16,9%); смуток (повідомили 15,3%); і оніміння (про що повідомили 11,9%). Інші категорії вказали 15,3% учасників. Стосовно гніву один учасник сказав: «Я почувався злим, незграбним і розгубленим. Я не можу зламати закляття». Один повідомив про збентеження: «Я не міг зрозуміти, чому я це роблю». Кілька учасників повідомили, що відчували шок/нервування через свої психотичні симптоми. Один сказав, що нажаханий. Інший повідомив, що нервує та втрачає контроль. Один учасник конкретно повідомив, що відчував сум, почувши голоси, зазначивши: «[Почувши голоси], я розпався, плакав, постійно спав, ніколи не хотів виходити з дому». Не всі учасники повідомили, що відчували емоції, а скоріше повідомили, що відчували заціпеніння щодо того, що сталося під час психозу. Один із них сказав: «Я почувався беземоційним» після того, як порізав зап'ястки. Двоє учасників повідомили, що не знають, що вони відчувають.

Травматогенні аспекти психіатричного лікування

Учасники описали низку чинників як травматичних щодо психіатричного втручання. Серед пацієнтів, в яких був щонайменше один психотичний прояв, виникли п'ять основних тем травмуючих чинників лікування: тривале для них перебування в лікарні; побічні ефекти від медикаментів; примусове лікування, включаючи примусову госпіталізацію, використання обмежень і примусове введення ліків, і перебування з іншими пацієнтами; та погане поводження з боку професіоналів, за винятком застосування примусового лікування. Найбільш поширеною темою травматогенних аспектів психіатричного лікування було тривале перебування в лікарні, про що повідомили учасників 25,8%. Один учасник, якому

було близько 20, пролежав у лікарні більше року через свій перший психотичний епізод. Інший повідомив: «Залишитися тут протягом 2 місяців; У мене немає квартири, ми з мамою не ладнаємо; Мені нема куди піти, це смішно». Учасники також зазначили, що відчують збентеження через тривале перебування в лікарні. Одна людина сказала: «Я не розумію, чому я тут; вони кажуть, що я повинен бути тут принаймні 21 день, але я тут місяць; психологи кажуть, що я буду тут постійно».

Теми та цитати найбільш травматичних аспектів

Тривале перебування в лікарні

1. «Найбільш травматичним є перебування в лікарні більше одного дня».
2. «Мене вбиває те, що я тут більше місяця».

Примусове лікування

1. «Той факт, що мій друг і поліцейські мали бути більш ввічливими зі мною, а не змушувати мене йти до лікарні». (Примусова госпіталізація)
2. «Той факт, що мене тримали, троє хлопців тримали мене і дали мені вкололи ліки». (Обмеження)
3. «Кілька разів мене фізично заставляли приймати ліки; Мене затримали, щоб зробити ін'єкцію». (Примусове лікування)

Побічні ефекти ліків

1. «Мені зробили ін'єкцію, я не міг сидіти чи стояти на місці після ін'єкції».
2. «Ліки знищують мою красу».

Наступною найбільш поширеним чинник, який сприймався як травмуючий – примусове лікування, в 22,6% пацієнтів, включаючи примусову госпіталізацію, використання обмежень і примусове введення ліків. У категорії обмежень один сказав: «Той факт, що мене стримали троє хлопців, був найбільш травматичним». У категорії примусової госпіталізації один повідомив: «Той факт, що мій друг і поліцейські мали бути більш ввічливими зі мною, а не змушувати мене. Мій друг викликав поліцейських, які одягли на мене наручники та відвезли до відділення швидкої допомоги. Потім мене перевели в психіатричну палату». У категорії примусового прийому ліків учасники повідомили, що примусовий прийом ліків може бути травматогенним. Один повідомив: «Вони дають мені одну штуку кожні два тижні; Мені сказали, що якщо я не візьму, то вони змусять мене взяти це – притиснуть

мене до ліжка».

Побічні ефекти психотропних препаратів були третім за частотою травматичним аспектом лікування (про це повідомили 19,3%). Один учасник сказав: «Мені зробили ін'єкцію і після я не міг сидіти або стояти на місці». Інша сказала, що втратила свідомість після прийому ліків. Один сказав: «Прийом поганих ліків із побічними ефектами був справді травматичним. Психіатр дав мені багато міліграмів ліків. Після їх прийому я не міг ходити. Я відчував себе п'яним. Було відчуття, ніби мене отруїли ліками». Інші повідомляли про такі побічні ефекти, як збільшення ваги, сонливість і втома, як найбільш тривожний аспект лікування.

Про погане поводження з боку професіоналів, не враховуючи застосування примусових методів лікування, повідомили 14,5% учасників. Один сказав: «Словесне образа з боку персоналу була найбільш травматичним аспектом лікування. Вони висміюють наші почуття, змушують мене поводитися так, як я не хочу».

Нарешті, учасники також виявили, що контакт з іншими пацієнтами в лікарні, особливо з агресивними пацієнтами, був травматичним. Про це повідомили 11,2%. Одна повідомила: «Бачити, як пацієнтка тягне за волосся іншу було найбільш травматичним аспектом лікування». Інший повідомив: «Я сумую за своєю родиною, на мене фізично напали двоє пацієнтів, один вдарив мене по руці, а інший стиснув груди». Один повідомив: «Бути під впливом цілої групи дуже хворих людей протягом двох місяців було травматичним. При надходженні вони кричали, дуже голосно плакали, між пацієнтами були розборки».

Емоції, пов'язані з травматичними аспектами психіатричного лікування, учасники описали широкий спектр емоцій, пов'язаних із травматичним досвідом лікування.

Теми та ілюстративні цитати емоційної реакції на поводження під час травмуючої події.

Гнів

«Я відчував злість і біль».

«Дуже злився. Особисто я відчував, що мене ображають».

Сум

«Заплакана, сумна, нещасна, хотіла померти».

Змішане відчуття

«Я був злий і пригнічений».

Безпорадність

«Я почувався безпорадним, розгубленим».

Страх/тривога

«Налякано через втрачену гідність».

«Я був наляканий».

Учасники часто висловлювали почуття гніву через своє психіатричне лікування (про це повідомили 19,0% учасників). Один повідомив: «Я розсердився. Я почувався ображеним». Деякі учасники повідомили про суміш почуттів, таких як почуття засмучення, смутку та гніву одночасно: «Я засмутився» або «Я був злим і пригніченим». Про це повідомили 14,3% учасників. Учасники зазвичай мали справу з почуттям смутку, пов'язаного з психіатричним лікуванням (11,1% повідомили про це). Один сказав: «Я почувався розчарованим, сумним, пригніченим». Теми шоку, розчарування та безпорадності описали 14,3% учасників. Страх і тривогу також відчували 7,9% учасників. Один сказав: «Я злякався». Інший повідомив: «Я був наляканий». Про почуття недовіри повідомили 6,3% учасників: «Я відчуваю себе параноїком, відчуваю, що щось станеться не на моєму шляху». Нарешті, 6,3% учасників повідомили про відчуття оніміння.

На запитання про те, як вони емоційно реагували на найбільш травматичний аспект лікування, учасники описали ширший діапазон емоцій, пов'язаних із травматичним досвідом лікування. 10% учасників повідомили, що вони нейтрально ставляться до найбільш травматичного аспекту лікування, коли оглядаються назад; 8% повідомили про розвиток недовіри до системи, тоді як ще 8% повідомили про заціпеніння або відсутність емоцій після події. 8% учасників повідомили, що відчули полегшення від того, що найгірша частина лікування позаду, тоді як 7% залишилися сумними через те, що сталося. Ще 7% людей повідомили, що відчували злість або розчарування через лікування, тоді як 6% учасників повідомили про безпорадність або відчуття загрози. Змішані емоції або інші емоції повідомили чотири відсотки

учасників. Загалом приблизно одна третина учасників продовжувала відчувати негативні емоції, такі як смуток, образа, гнів, почуття образи, недовіра, неприязнь, безпорадність або тривога щодо отриманого лікування.

Загалом приблизно одна третина учасників продовжувала відчувати негативні емоції, такі як смуток, образа, гнів, почуття образи, недовіра, неприязнь, безпорадність або тривога щодо отриманого лікування.

У цьому дослідженні досліджувалися травматичні реакції на переживання психозу та пов'язане з ним лікування людей із першим психотичним епізодом. Це підтверджує висновок попередніх досліджень про те, що сам психоз і пов'язане з ним лікування можуть бути травматичними для багатьох людей. Більшість учасників повідомили про травматичні реакції, пов'язані як з їх психотичними симптомами, так і з досвідом лікування, що відповідає попереднім повідомленням [11, 18, 20, 21].

Результати підтверджують необхідність вирішення проблем, пов'язаних з посттравматичними реакціями на психоз у людей з кількома психотичними епізодами. Ці висновки можуть допомогти розробити лікування, яке буде чутливим до цих проблем. Зокрема, результати свідчать про необхідність підтвердити інтенсивні та негативні емоційні реакції в пацієнтів під час медичного втручання. Реакції після гострого психотичного епізоду були більш різноманітними: невеликий відсоток людей повідомили про полегшення через те, що найгірше минуло, тоді як інші залишалися травмованими через те, що сталося. Психотерапію можна запропонувати клієнтам, які демонструють ознаки посттравматичних реакцій і повинні вирішувати ці реакції шляхом перевірки, щоб полегшити травматичні реакції на психоз. Висновки щодо аспектів симптомів, які можуть спричинити травмогенні реакції серед клієнтів, можуть також інформувати про розробку протоколів лікування, щоб пацієнти могли знати, чого очікувати, переходячи до психотичного епізоду. Клієнти зазвичай повідомляли про негативний, часто травмуючий досвід лікування. Шкідливий вплив такого досвіду на довіру клієнта до спеціалістів із психічного здоров'я був очевидним в інтерв'ю з клієнтами. Ефективне лікування посттравматичних реакцій на психоз може потенційно покращити здатність клієнтів налагоджувати більш активні стосунки співпраці з постачальниками послуг і

відігравати більш активну роль у лікуванні їх психічного розладу [8, 58]. Нові дослідження, присвячені постпсихотичній депресії, вказують на багатообіцяючі результати для когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) як лікування травматичних реакцій на психоз [115]. Джексон та ін. [115] оцінили форму КПТ у зменшенні травми, депресії та низької самооцінки після першого епізоду психозу в рандомізованому контрольованому дослідженні серед 66 пацієнтів, які нещодавно пережили перший епізод психозу. КПТ також виявилось ефективним у зменшенні безнадійності порівняно зі звичайним лікуванням серед 66 учасників, які одужували від психотичного епізоду [128]. У третьому дослідженні [116] серед 22 людей, які видужували від психозу, ті, хто писав про найбільш стресові аспекти своєї хвороби, демонстрували менше травматичних симптомів, ніж ті, хто писав на емоційно нейтральні теми. Результати показують, що розповіді, які розкривають найбільш стресові аспекти психозу, можуть зменшити травматичний вплив психозу [116].

Потрібні майбутні дослідження цілеспрямованого втручання при посттравматичних реакціях на психоз. Результати цього дослідження підкреслюють деякі зі складних проблем, з якими стикається система охорони психічного здоров'я. З одного боку, учасники повідомили, що їх травмували симптоми психічного захворювання, такі як тривожні слухові галюцинації, дивна поведінка та марення переслідування. Водночас учасники повідомили, що їх травмували втручання (такі як примусова госпіталізація, обмеження та примусовий прийом ліків), спрямовані на полегшення цих симптомів. Однак у багатьох випадках учасники сприйняли ці втручання як принизливі або посягаючі на себе. Інформована допомога при травмах може запропонувати альтернативи обмеженням та ізоляції. Новіші моделі лікування, які роблять наголос на «спільному прийнятті рішень», такі як модель відкритого діалогу [117], були рекомендовані для людей, які пережили перший психотичний епізод, але наші висновки показують, що ці підходи, можливо, потрібно запропонувати для осіб, які також переживають численні психотичні епізоди. Спільне прийняття рішень в управлінні ліками, яке наголошує на «партнерстві між двома експертами: клієнтом і практикуючим лікарем», забезпечує модель для клієнта оцінити переваги та недоліки лікування в управлінні ліками [105]. Є веб-додаток

моделі спільного прийняття рішень, заохочує використання стійкої стратегії самообслуговування на додаток до використання психотропних препаратів [120]. Було виявлено, що при впровадженні додатку CommonGround використання стратегій самоконтролю серед клієнтів корелювало з меншим занепокоєнням щодо побічних ефектів ліків, підвищенням сприйняття того, що ліки допомагають, і покращенням одужання. CommonGround було успішно впроваджено в громадських центрах психічного здоров'я, тоді як у літературі не повідомлялося про його впровадження в психіатричних лікарнях. Прийняття моделі спільного прийняття рішень може зменшити травматичні реакції під час лікування та сприяти кращій довірі між постачальниками та клієнтами.

Обмеження цього дослідження включають проблеми вибірки та ретроспективний характер зібраних даних. Ці розбіжності з попередніми дослідженнями свідчать про те, що наші висновки не можна узагальнити на ширше коло осіб з психотичними розладами. Крім того, ретроспективно повідомлялося про випадки психозу та контакти з психіатричними службами, упередженість пригадування могла вплинути на точність спогадів людей про їх реакції на психотичні переживання та лікування. Нарешті, під час психотичного епізоду, наприклад під час розпалу галюцинацій або марення, пацієнт може бути не в змозі відрізнити реальність від нереальності або навіть себе від інших. Тому технічно переживання марення або галюцинацій не можна вважати травматичною життєвою подією такою ж мірою, як такі події, як злочинна віктимізація. Хоча ми хотіли б застерегти про різницю між травматичною життєвою подією та травматичним досвідом психозу, однак лікування може бути подібним. Клінічний досвід показав, що симптоми, схожі на ПТСР, викликані маренням, можна так само лікувати за допомогою КПТ. Наприклад, клієнт пережив ілюзію про те, що поліція «застрелила» і «вбила» його найкращого друга, який «переслідував» його. Клієнт тримався цієї усталеної ілюзії і звинувачував себе в «смерті» свого найкращого друга. Він, у свою чергу, страждав на симптоми, схожі на посттравматичний стресовий розлад, включаючи уникнення, підвищену настороженість і повторне переживання симптомів. Його успішно вилікували за допомогою КПТ, розглядаючи його марення

так, ніби подія була реальною. Після того, як його віру в «смерть» його найкращого друга було поставлено під сумнів, його симптоми, схожі на ПТСР, зникли. Фіксоване марення більше не суттєво впливало на його життя, оскільки його почуття провини за спричинення «смерті» його друга зникло (57). Потрібні подальші дослідження в цьому відношенні для інформованої допомоги особам із психозом.

Загалом 143 учасники відповідали критеріям дослідження та завершили оцінювання. У даному дослідженні 27 пацієнтів (19,2%) відповідали повним критеріям ПТСР, пов'язаним з лікуванням і госпіталізацією, а 33 пацієнтів (23,1%) відповідали повним критеріям ПТСР, пов'язаним із психотичними симптомами. Таким чином, загалом 60 пацієнти (42,3%) мали повний ПТСР.

Жоден пацієнт не відповідав повним критеріям посттравматичного стресового розладу, пов'язаним як з досвідом лікування/госпіталізації, так і з психотичними симптомами. Пацієнти з повним ПТСР відповідали критерію А ПТСР згідно з DSM-IV. Більшість із цих пацієнтів відчували переслідування та страх за своє життя або мали лякаючі та наказові галюцинації, які викликали відчуття безпорадності та втрати контролю. Ці симптоми були інтерпретовані ними як реальна або загрозлива шкода і розглядалися як травматична подія.

Порівняння учасників із повним посттравматичним стресовим розладом та учасників без повного посттравматичного стресового розладу за демографічними чи діагностичними характеристиками не виявило суттєвих відмінностей. Травма в анамнезі не була пов'язана з ймовірністю повного ПТСР в учасника.

Сумні переживання, пов'язані з лікуванням/госпіталізацією та психотичними симптомами, про які повідомляли пацієнти, узагальнено в таблиці 3.1. Найчастіше згадувані тривожні симптоми були пов'язані з параноїдальним маренням. Найбільш згадуваний досвід лікування містив фізичне обмеження та проблеми з іншими госпіталізованими пацієнтами, включаючи крадіжки, словесні та фізичні напади. Деякі пацієнти повідомляли про словесні образи з боку персоналу лікарні.

Повідомлення про травмуючі переживання, пов'язані з лікуванням і психотичними симптомами

<i>Психотичні симптоми</i>	n	%
Відчуття переслідування	93	65,4
Страх втратити зв'язок з реальністю	88	61,5
Жорстока поведінка або та що викликала сором	86	60
Лякаючі галюцинації	74	51,9
<i>Досвід лікування</i>	n	%
Загроза з боку інших пацієнтів	115	80,7
Фізичне обмеження	91	63,4
Примусова госпіталізація	82	57,7
<i>Побічна дія ліків</i>		
Седація	36	25
Дискінезія	25	17,3
Негативний досвід з ін'єкціями	30	21,1
Загроза з боку постачальника лікування	38	26,9

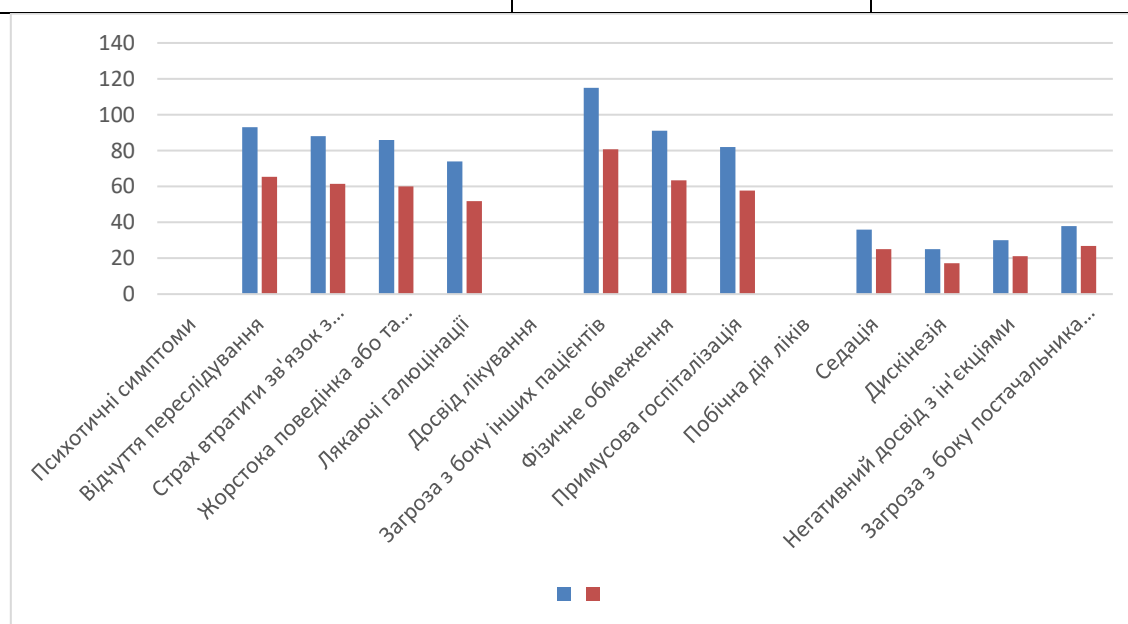


Рис.3.1. Повідомлення про травмуючі переживання, пов'язані з лікуванням і психотичними симптомами

В опитувальнику негативного досвіду на запитання про те, що найбільше засмучує їх у психотичному епізоді, 77 (53,9%) учасників повідомили, що найбільше засмучують симптоми, тоді як 65 (46,1%) повідомили, що найбільше засмучує досвід лікування.

Наявність посттравматичного стресового розладу була значною мірою пов'язана з фізичним обмеженням ($p=0,002$). Не було суттєвого зв'язку між посттравматичним стресовим розладом та іншим досвідом лікування. ПТСР не був пов'язаний з будь-яким специфічним психотичним симптомом.

Учасники з повним посттравматичним стресовим розладом мали значно вищі бали за шкалою дезадаптивного подолання. Адаптивний копінг оцінки за шкалою були нижчими в групі посттравматичних стресових розладів, а значення p було близьким до значимості ($p=0,06$). Найвищі показники адаптивних стратегій подолання, виявлені в групі без ПТСР, були за шкалою «релігія» та за шкалою «використання емоційної підтримки». Найвищі показники шкал дезадаптивності в групі посттравматичних стресових розладів були у шкалах «самозвинувачення» та «заперечення».

Пацієнти з повним ПТСР отримали значно вищі бали за шкалою МПДК. Показники за шкалою SCL-90-R і SRSS істотно не відрізнялися між групами з повним ПТСР і без нього, хоча відзначилась незначну кореляцію між наявністю ПТСР і нижчими показниками SRSS.

Коли розглядається синдром ПТСР (тобто пацієнти, які відповідають критеріям симптомів ПТСР незалежно від того, чи відповідають вони також критеріям A1/A2 для травматичної події), 17 пацієнтів (32,7%) відповідали критеріям синдрому ПТСР, пов'язаним із лікуванням і госпіталізацією, і 47 пацієнтів (36,5%) відповідали критеріям синдрому ПТСР, пов'язаним із психотичними симптомами.

Таким чином, загалом 98 пацієнтів (69,2%) відповідали критеріям синдрому ПТСР. Подібно до повного посттравматичного стресового розладу, синдром посттравматичного стресового розладу асоціювався з фізичним обмеженням, вищими балами за МПДК та за шкалами дезадаптивного копіngu. У даному дослідженні є кілька важливих висновків: по-перше, воно підтверджує висновки попередніх

досліджень, які повідомляють про високу частоту посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з психозом, і посттравматичного стресового синдрому серед людей, які страждають на психоз. Загалом 60 пацієнти (42,3%) мали повний ПТСР. За даними Беррі та ін., показники поширеності ПТСР, пов'язаного з психозом, коливаються від 11 до 67% (35). У нашому дослідженні 98 пацієнтів (69,2%) відповідали критеріям синдрому ПТСР. Оскільки посттравматичний стресовий синдром дозволяє оцінити вплив травматичної події – навіть якщо він не відповідає критерію DSM щодо фактичної або загрозової шкоди за суворого тлумачення – це визначення є більш уразливим, ніж повний посттравматичний стресовий розлад, і, отже, підвищує рівень поширеності.

У цьому дослідженні велика кількість пацієнтів описали психотичні симптоми – почуття переслідування (65,4 %) і втрату зв'язку з реальністю (61,5 %) – як дуже неприємні. Подібним чином у дослідженні посттравматичного стресового розладу при нещодавно виниклому психозі [13] за участю 54 пацієнти поширеними психотичними симптомами були «відчуття, що люди будують змову проти вас» (66%) і «боязнь втратити розум/дотик до реальності» (63%).

У дослідженні досвід лікування – «фізичний стримування» (63,4%) і «погроза з боку інших пацієнтів» (80,7%) – виявився найбільш засмучувальним. Кілька останніх досліджень на цю тему показали подібні результати. 52,2% пацієнтів у дослідженні Сіна [117] і 72% у дослідженні Лу [136] повідомили про фізичне обмеження як про неприємний досвід.

Наше дослідження також показало значний зв'язок між фізичним обмеженням і посттравматичним стресовим розладом. Відносно високу поширеність фізичного обмеження можна пояснити переповненістю лікарень, браком медперсоналу та відсутністю ізолятора. У цих умовах інколи можуть широко застосовуватися фізичні обмеження. Крім того, пацієнтів часто доставляють до лікарні у сильному збудженні після тривалого розвитку симптомів і після того, як усі інші спроби лікування були невдалими (традиційне лікування, амбулаторна психіатрична допомога). Основна причина цього полягає в тому, що госпіталізація в психіатрію є високою стигматизацією. Для багатьох пацієнтів застосування фізичного обмеження має

більше травматичний, ніж терапевтичний характер [37, 38]. Це супроводжується почуттям сорому, втратою гідності та самоповаги, втратою ідентичності, тривогою та агресією, соціальною ізоляцією та розчаруванням. Багато пацієнтів висловлюють почуття ув'язнення та обмеження свободи пересування [38, 39]. Інші висловлюють почуття депресії та апатії щодо використання цих методів [39, 40].

У дослідженні учасники часто скаржилися на страждання від інших стаціонарних пацієнтів. Цей висновок потрібно розуміти в світлі умов наших стаціонарних служб. Більшість пацієнтів, які госпіталізуються, є тяжкохворими, часто надходять у вимушеному порядку, і кілька пацієнтів змушені жити в одній палаті. Фактично в одній палаті може перебувати від трьох до шести пацієнтів. Крім того, немає ізолятора, тому збуджені пацієнти та ті, хто потребує суворого спостереження та особливого догляду, можуть взагалі залишатися в загальній кімнаті, яка знаходиться поруч із кабінетом медсестер, що призводить до відсутності інтимності. Ця ситуація може бути причиною дискомфорту пацієнтів. Перебування поруч із хворими та лякання пацієнтів неодноразово описувалося в літературі як травмуюча подія, а також інші негативні аспекти, які можуть бути пов'язані зі стаціонарними психіатричними послугами, такі як фізичні напади або небажані сексуальні домагання [4, 41]. Феномен переживання страждання та травми в місці, яке повинно бути безпечним і захищеним, було описано як травма притулку [4, 41].

У даному дослідженні невелика більшість учасників (n=28, 53,9%) повідомили, що симптоми психозу викликали більше засмучення, ніж досвід лікування. Існують суперечливі дані щодо того, що є більш травматичним: сам психотичний досвід чи досвід лікування в психіатричній лікарні. Проте більшість досліджень свідчать про те, що психотичні симптоми викликали більше занепокоєння, ніж примусове лікування [10, 13, 42]. У дослідженні Мюзера [113] 20 пацієнтів (53%) повідомили, що симптоми викликали найбільше засмучення, 16 (42%) повідомили, що досвід лікування був найбільш травмуючим, а 2 (5%) вказали, що подія пов'язана як із симптомами, так і з лікуванням разом – було найбільше травмуючим. У дослідженні Сіна [108], в якому брали участь 61 пацієнт, 75% назвали психоз і 25% назвали госпіталізацію основною травматичною подією.

Дані результати показали, що повний посттравматичний стресовий розлад, а також посттравматичний стресовий синдром були значно пов'язані з вищими балами за шкалою дезадаптивного подолання. «Самозвинувачення» мало найвищі бали серед дезадаптивних копінг-стратегій. Ульман та колеги [143] показали, що зв'язок, який зазвичай спостерігається між самозвинуваченням жертви та симптомами посттравматичного стресового розладу, може частково бути наслідком впливу негативної соціальної реакції з боку інших. Ці реакції можуть сприяти як самозвинуваченню, так і ПТСР [143].

Другою за важливістю дезадаптивною стратегією подолання в нашому дослідженні було «заперечення». Це могло бути пов'язано з психотичним станом наших пацієнтів.

Таблиця 3.2

Порівняння показників копіngu та клінічних результатів між пацієнтами з повним ПТСР і без нього, а також між пацієнтами з ПТСР синдромом та без нього

	ПТСР N = 31	Без ПТСР N = 42	p	ПТСР синдром N = 51	Без ПТСР синдрому N = 23
Адаптивна копінг шкала	22.3±6	26.6±9	0.06	23.3±7	28.0±9
Дезадаптивна копінг шкала	28.1±7	20.9±8	0.002	26.1±9	19.1±5
МПДК	25.5±6	20.0±5	0.001	29.7 ±5	23.5±6
SCL-90-R	56.2±14	52.9±13	0.40	55.5±14	51.7±12
SRSS	64.3±9	68.4±10	0.14	65.7±8	68.7±12

Порівняння показників копінгу та клінічних результатів між пацієнтами з повним і без нього, а також між пацієнтами з ПТСР та без нього

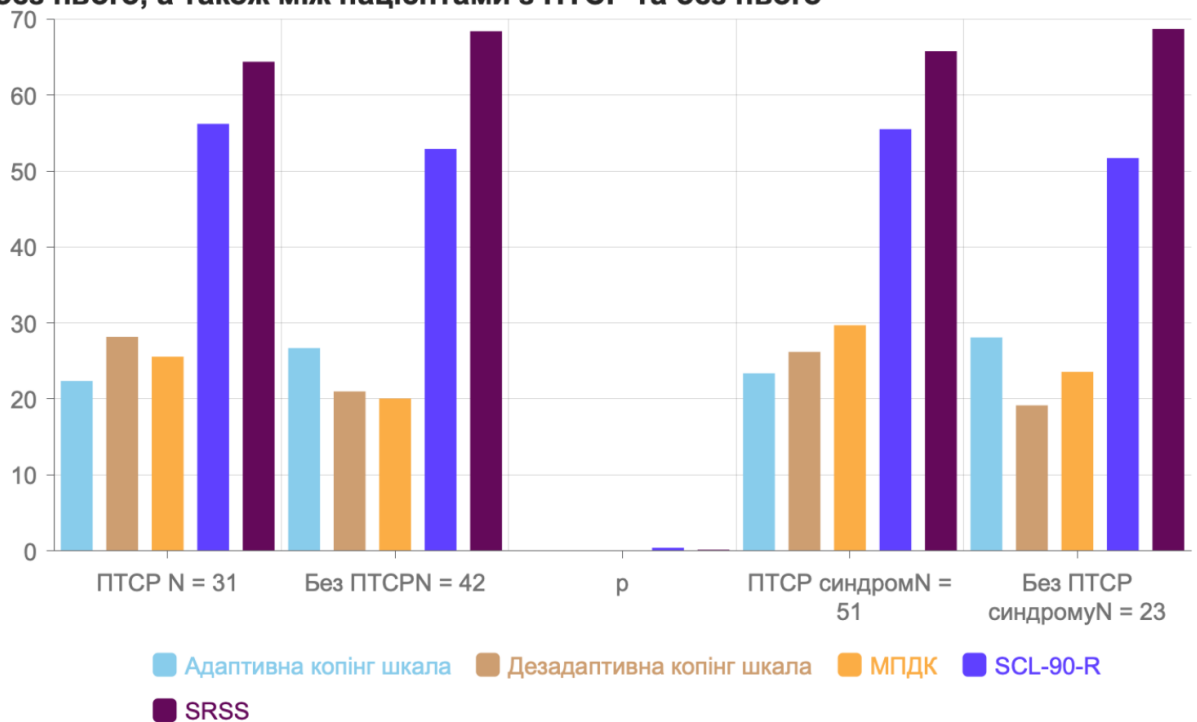


Рис. 3.1 Порівняння показників копінгу та клінічних результатів між пацієнтами з повним ПТСР і без нього, а також між пацієнтами з ПТСР та без нього

Фактично, одним із захисних механізмів при психозі є психотичне заперечення, яке є механізмом, який стирає зовнішню реальність, щоб зменшити тривогу. Заперечення також може являти собою форму когнітивного уникнення. У цьому контексті багато авторів показали, що стратегія уникнення коупінгу, яка визначається як спроби дистанціюватися від аверсивних ситуацій або негативних емоційних реакцій, була пов'язана з тяжкістю симптомів ПТСР.

3.2. Особливості перебігу психотичного епізоду, що чинять психологічно-травмуючий вплив

До того як підняти тему перебігу, треба зазначити можливі передчинники. Вплив травматичних подій протягом життя (наприклад, сексуальне насильство, серйозний нещасний випадок) оцінювали за допомогою скороченої версії опитувальника травматичних життєвих подій [143], який містив 12 пунктів, кожен з яких оцінювався за принципом «ні/так».

**Категорія травматичної події до психотичного епізоду з наявності у відповіді –
так**

	N	%
Серйозна аварія	28	20
Стихийне лихо	1	1
Фізичне насильство з боку сім'ї	64	45
Фізичне насильство з боку незнайомих	37	26
Сексуальне насильство з боку сім'ї	14	10
Сексуальне насильство з боку незнайомця	7	5
Зона бойових дій	17	12
Статеві контакти молодше 18 років	54	38
Ув'язнення	7	4
Буллінг	62	43
Хвороба, що загрожує життю	13	9
Інша травматична подія	51	36

Психологічно травматичні події, пов'язані з появою психотичних симптомів або досвідом лікування, оцінювали за допомогою модифікованої версії Інструменту оцінки посттравматичних стресових розладів (PCL-5). Модифікований PCL-5 був розділений на два розділи, як описувалось в розділі два, що відповідають реакціям на психотичні симптоми та досвіду лікування. У першому розділі реакції на психотичні симптоми оцінювали шляхом початкової постановки 15 запитань (наприклад, «Чи симптоми вашого психічного захворювання коли-небудь викликали у вас почуття надзвичайної тривоги або жаху?» «Чи вірили ви, що групи людей хотіли завдати вам шкоди?»), будь-яка ствердна відповідь супроводжується зондами для виявлення конкретних прикладів. Після цих запитань пацієнтам було запропоновано визначити, який досвід на даний момент найбільше їх засмучує, оглядаючись на нього, і наступні запитання ставили на основі шкали посттравматичних стресових розладів, керованих лікарем [15], щоб оцінити, чи відповідає ця подія критеріям DSM-IV A1 (сприйняття

загрози) і А2 (негативна емоційна реакція) для травматичної події з точки зору учасника.

Посттравматична діагностична шкала (PCL-5) [7] була використана для встановлення діагнозу посттравматичного стресового розладу та тяжкості симптомів для найбільш неприємної травматичної події, пов'язаної з психотичними симптомами, досвідом лікування або їх комбінацією. Респонденти повідомляють про симптоми посттравматичного стресового розладу, які вони відчували протягом останнього місяця, після чого йдуть запитання (ні/так) щодо того, чи заважали симптоми функціонувати на роботі, домашніх справах, стосунках з друзями, розвагах і дозвіллі, навчанні в школі, стосунки з членами сім'ї, статеве життя або загальне задоволення життям. Пункти PCL-5 відповідають критеріям ПТСР DSM-IV [23]. Оцінки тяжкості симптомів розраховуються шляхом підсумовування відповідей на 17 пунктів симптомів (діапазон 0–51). Оцінки тяжкості нижче 10 вважаються легкими, оцінки від 10 до 20 вважаються помірними, оцінки від 21 до 35 вважаються помірними та важкими, а оцінки вище 35 вважаються важкими [29]. Загальна міра втручання в життя також була розрахована шляхом підсумовування кількості різних сфер функціонування, на які клієнт повідомив, що негативно вплинули на симптоми ПТСР. Було показано, що PCL-5 є психометрично надійним [29].

На основі цих оцінок було сформовано два типи груп посттравматичного стресового розладу залежно від того, чи відповідала тривожна подія критеріям DSM-IV A1 і A2 для травматичної події. Пацієнти, які відповідали критеріям симптомів ПТСР у PCL-5 і чия тривожна подія також відповідала критеріям A1 і A2, класифікувалися як повний ПТСР, тоді як клієнти, які відповідали критеріям симптомів ПТСР, але чия тривожна подія не відповідала критеріям A1/A2, класифікувалися як синдром ПТСР.

Спочатку ми перевірили вплив психотичних симптомів, підрахувавши відсоток конкретних негативних подій, пов'язаних із тими симптомами, про які клієнти повідомляли, що відчували, і чи відповідала найбільш тривожна з цих подій критеріям DSM-IV A1 і A2 для травматичної події. Далі оцінили вплив досвіду лікування, підрахувавши відсоток конкретних негативних подій, пов'язаних із

лікуванням, про які повідомили пацієнти, і чи відповідали найбільш тривожні з цих подій критеріям A1 і A2 DSM-IV для травматичної події. По-третє, ми обчислили відсотки, щоб визначити, чи була найбільш тривожна подія, яку пережили, пов'язана з психотичними симптомами, лікуванням або їх комбінацією, і чи відповідала подія критеріям A1/A2 для травматичної події. По-четверте, щоб визначити, чи був повний діагноз ПТСР пов'язаний з характеристиками або функціонуванням пацієнтів, які відповідали всім діагностичним критеріям ПТСР (включно з критеріями A1 і A2 для травматичної події та критеріями симптомів B, C і D, що відповідають повторному досвіду). Порівнювали з пацієнтами, які не відповідали всім критеріям ПТСР за основними змінними (наприклад, анамнез травми), клінічним функціонуванням, стилем подолання та сприйманим впливом симптомів ПТСР на різні доменах життя, використовуючи аналіз χ^2 для категоріальних змінних і t-тести для безперервних. Подібний набір аналізів проводився для порівняння всіх тих, відповідних критеріям симптомів для діагностики ПТСР (тобто кластери симптомів B, C і D), незалежно від того, чи відповідають вони критеріям A1/A2 для травматичної події (тобто , синдром ПТСР) [117], з клієнтами, які не відповідали критеріям симптомів ПТСР. Альфа-рівень $p < 0,05$ був встановлений для визначення статистичної значущості.

Таблиця 3.4

Негативні реакції на психотичні симптоми та критерії DSM-IV A1/A2 для травматичної події

Психотичний симптом % підтриманих клієнтів	% клієнтів
Люди, які планують проти вас щось	66
Боїться втратити розум	63
Жорстока, дивна або незручна поведінка	61
Люди або групи які хочуть вам зашкодити	60
Піддавання себе небезпеці	37
Обурливі голоси	34
Заподіяння шкоди собі	34

Страшні галюцинації	32
Щось змушує шкодити собі	32
Критерії DSM-IV A1/A2	% клієнтів, які відповідають критерію
A1: уявна загроза	60
A2: сильний страх, безпорадність	76
Відповідає критеріям A1 і A2	47

Специфічні негативні реакції на психотичні симптоми підсумовано в таблиці. Найбільш тривожними симптомами були ті, що включали параноїдальні думки, страх втратити розум і жорстоку, дивну або збентежену поведінку, які ідентифікували більше половини учасників, наражати себе на небезпеку та лякаючі галюцинації, визначені приблизно третиною учасників. З 143 учасників із даними про те, коли сталася найбільш тривожна подія, пов'язана з психотичними переживаннями, 66% вказали, що це сталося більше місяця тому. Оцінка критеріїв A1/A2 для найбільш тривожної події показала, що 60% подій відповідали критерію A1 (уявна загроза), 76% відповідали критерію A2 (негативна емоційна реакція), а 47% відповідали критеріям A1 і A2 для травматичної події.

Що стосується критеріїв A1/A2 для найбільш тривожних подій, то 47% відповідали критерію A1 (уявна загроза), 63% відповідали критерію A2 (негативна емоційна реакція), а 31% відповідали як A1, так і A2.

Серед різних негативних переживань, описаних учасниками, пов'язаних із їх психотичним епізодом, 53% повідомили, що симптоми були найбільш засмучувальними, 42% повідомили, що досвід лікування був найбільш засмучувальним, а 5% вказали, що подія пов'язане як із симптомами, так і з лікуванням разом, найбільше засмутило. Загалом 66% учасників мали синдром посттравматичного стресового розладу (тобто вони відповідали критеріям симптомів

посттравматичного стресового розладу, пов'язаним з їх найбільш неприємною подією, незалежно від того, чи відповідали вони також критеріям A1/A2 для травматичної події). Серед учасників, для яких найбільш тривожна подія сталася більше місяця тому, 58% відповідали критеріям синдрому ПТСР, а 38% відповідали повним діагностичним критеріям ПТСР (тобто обидва критерії симптомів, подія, що сталася) більше ніж один місяць тому та критерії A1/A2, пов'язані з їх найбільш тривожною подією.

Порівняння учасників із посттравматичним стресовим розладом та учасників без синдрому за демографічними чи діагностичними характеристиками не показало суттєвих відмінностей. Подібним чином учасники, які відповідали повним критеріям ПТСР, пов'язаним із їх психотичним епізодом, не відрізнялися від тих, хто не відповідав жодній із цих характеристик. Таким чином, демографічні чи діагностичні характеристики учасників не вплинули на симптоми ПТСР, спричинені психотичними симптомами чи досвідом лікування.

Ні кумулятивні травматичні події, ні анамнез сексуального життя, жорстокого поводження/напад не були пов'язані з ймовірністю того, що учасник має посттравматичний стресовий синдром. Порівняно з учасниками без посттравматичного синдрому, ті, хто мав синдром, вказали, що їх симптоми посттравматичного стресового розладу значно вплинули на чотири з дев'яти функціональних областей, включаючи домашній побут, стосунки з друзями, навчання в школі та статеве життя. Загальний показник впливу на життя, що складається з суми всіх різних сфер функціонування, на які впливають симптоми ПТСР, також був дуже значущим ($p = 0,003$).

Подібно до синдрому ПТСР, ні кумулятивні травматичні події, ні історія сексуального насильства/ чи насильства загалом не були пов'язані з ймовірністю відповідності учасника повним діагностичним критеріям ПТСР. Учасники з повним посттравматичним стресовим розладом повідомили, що їх симптоми значною мірою впливають на три сфери життя, включаючи роботу, домашній побут та стосунки з близькими і вказали на значно більший загальний вплив на життя, ніж ті, у кого немає повного посттравматичного стресового розладу. Учасники з повним

посттравматичним стресовим розладом також повідомили про значно більший дистрес за HADS, але не відрізнялися щодо симптомів.

Ці результати узгоджуються з іншими дослідженнями, що документують травматичні наслідки першого досвіду психотичних симптомів [33].

Найболючіші випадки лікування, про які повідомили принаймні половина учасників, стосувалися примусової госпіталізації та фізичної ізоляції чи обмеження. Інші поширені негативні враження від лікування включали побічні ефекти ліків або інші проблеми (45%), примушування приймати ліки (24%) і погрози з боку лікаря, який лікує (22%). Ці висновки також подібні до інших повідомлень про перший досвід застосування системи лікування людей з нещодавнім епізодом психозу [26]. Травмуючий ефект ізоляції та обмежень у лікарні часто відзначався [74], особливо для осіб, які в анамнезі зазнали сексуального насильства в дитинстві [13], що призвело до поштовху до безпечних альтернатив таким практикам [56].

Висока частка учасників повідомила про симптоми ПТСР, пов'язані з їх психотичним епізодом, при цьому 66% відповідали критеріям синдрому ПТСР (тобто відповідали критеріям симптомів DSM-IV для ПТСР, незалежно від критерію A1/A2 для травматичної події). Коли вибірка дослідження була обмежена учасниками, для яких їх травматичний досвід стався більше місяця тому, 58% відповідали критеріям симптомів ПТСР. Макгоррі та колеги [118] виявили, що 46% пацієнтів з першим епізодом відповідали критеріям синдрому ПТСР через чотири місяці після епізоду, а 35% відповідали критеріям ПТСР через 11 місяців. Джексон та колеги [145] повідомили, що 31% пацієнтів з першим епізодом психозу мали посттравматичний стресовий розлад приблизно через 1,5 року, тоді як у 38% пацієнтів з першим епізодом психозу в Таррієр та колеги [132]. Симптоми посттравматичних стресових розладів є звичайними реакціями на переживання психотичних симптомів та їх лікування як незабаром після події, так і через багато місяців.

У цьому дослідженні зв'язок між шкалами адаптивного подолання та групою без ПТСР був майже значущим ($p=0,06$). Найважливішою адаптивною стратегією була «релігія», яка мала найвищі бали. У науковій літературі взаємозв'язок між релігією та психічним здоров'ям викликає суперечки [131]. Релігійне подолання

поширене серед людей із психозом, але, з іншого боку, багато з цих пацієнтів мають релігійні марення. Огляд літератури [131] розрізняє два різних типи релігійної причетності: патологічне релігійне переконання, яке може бути шкідливим, або непатологічні релігійні переконання, які допомагають впоратися з розладом. Розмарін та колеги [131] оцінили релігійний коупінг у пацієнтів з психозом і виявили, що позитивній релігійний коупінг був пов'язаний зі значно більшим зниженням депресії та тривоги, а також покращенням самопочуття протягом курсу лікування, тоді як негативний релігійний коупінг був пов'язаний з більшою суїцидальною ідеєю, депресією, тривогою та погіршенням самопочуття.

Таблиця 3.5

Порівняння з минулими результатами визначних досліджень

Дослідження	Зразок дослідження	ПТСР шкала	Частота ПТСР	Змінні пов'язані з ПТСР
Теперішнє дослідження	Перший психотичний епізод (n=143)	PCL-5	ПТСР = 42,3% ПТСР синдром = 69,2%	-Депресія -Дезадаптивні стратегії подолання -Фізичне обмеження
Mueser, 2010	Психоз, що виник нещодавно, (n=38)	PCL-5	ПТСР = 39% ПТСР синдром = 66%	- Вищі бали BPRS (Коротка психіатрична оціночна шкала) -Вищі показники депресії та тривоги - Зловживання наркотиками -

				Інтегративний стиль подолання
Lu, 2011	Багаторазові психотичні епізоди (n=50)	PCL-5	ПТСР = 31% ПТСР синдром = 69%	-Вищі показники BPRS -Сильна депресія та показники тривожності
Sin, 2010	Перший епізод психозу (n=61)	PCL-5	ПТСР = 19,7%	- Етнічна приналежність (менший ризик у пацієнтів з Китаю)
Shaw, 2002	Психотичний епізод (n=42)	PCL-5	ПТСР = 52,3%	Суїцидальні думки
Brunet, 2012	Перший психотичний епізод (n=39)	ПТСР шка симптомів в форматі інтерв'ю	ПТСР = 30,8%	- Оцінка втрати контролю

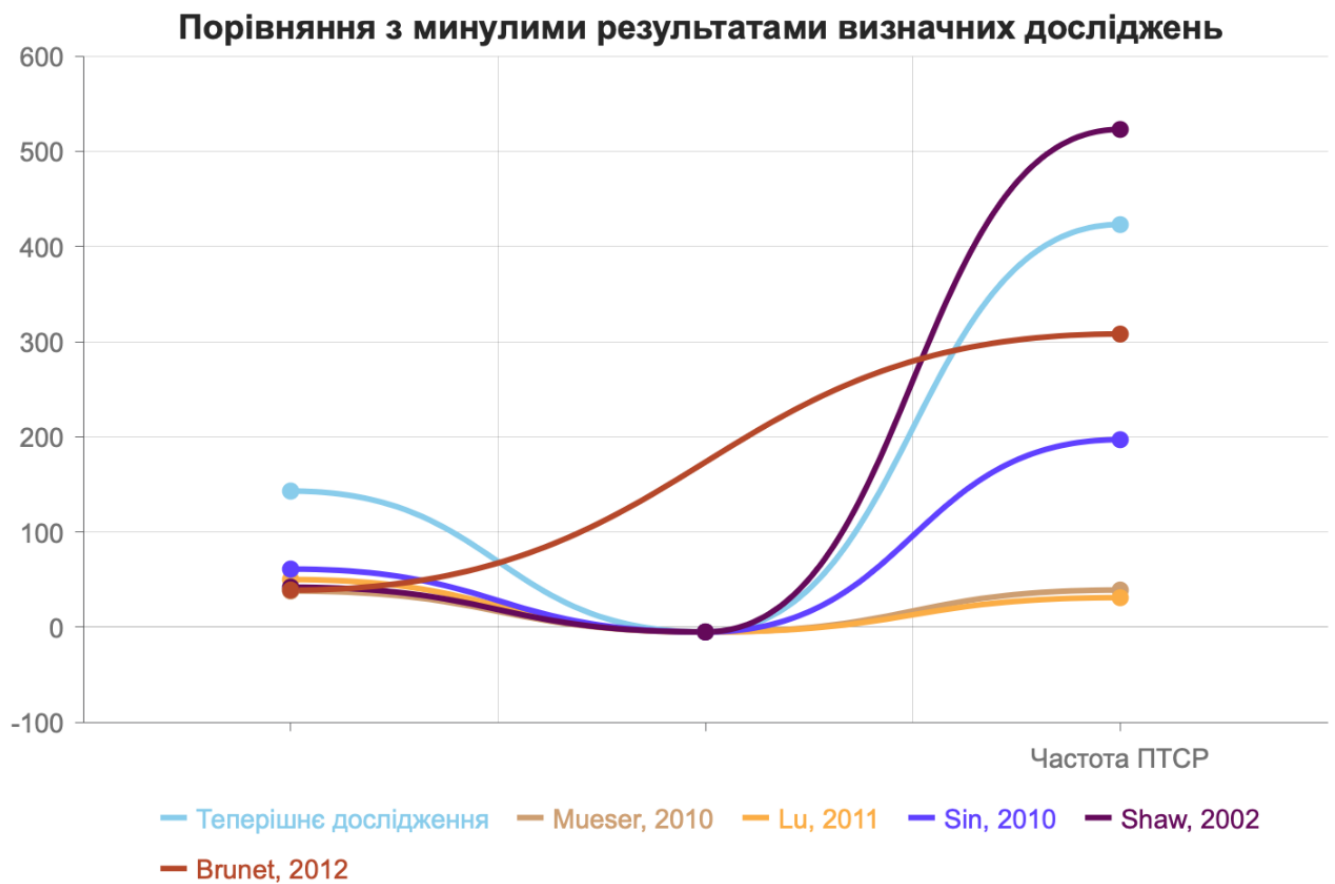


Рис. 3.2 Порівняння з минулими результатами визначних досліджень

Другою за важливістю адаптивною стратегією подолання в нашому дослідженні було «використання емоційної підтримки». Цей висновок можна пояснити важливістю міцних родинних зв'язків і тісної соціальної мережі в культурному контексті. На більш загальному рівні багато авторів наголошують на ролі сім'ї, друзів і соціальної підтримки в результаті ПТСР [52, 54]. У пацієнтів із психозом відсутність соціальної підтримки через соціальну стигму може вплинути на розвиток постпсихотичного ПТСР [55]. Крім того, очікується, що уникнення та соціальна ізоляція через посттравматичний стресовий розлад погіршать симптоми та порушення в осіб із серйозними психічними захворюваннями [55].

Шкала PTGI, яку використовували в цьому дослідженні, застосовувалася до різних психіатричних станів, і було встановлено, що адаптивні стратегії подолання пов'язані з кращим результатом і функціонуванням у пацієнтів з шизофренією [56], а також з кращим соціальним функціонуванням і меншою ефективністю. Важка симптоматика в осіб із клінічно високим ризиком розвитку психозу [47]. У кількох дослідженнях було виявлено, що неадаптивні стратегії подолання пов'язані з ПТСР

[46, 49].

Стратегії подолання рідко оцінювали при ПТСР, пов'язаному з психозом [35]. Мюзер та ін. [113] досліджували зв'язок між стилем одужання та пов'язаним із психозом посттравматичним стресовим розладом, використовуючи шкалу інтеграції/уникнення (ISOS) [96] і виявили, що учасники з синдромом посттравматичного стресового розладу, швидше за все, мали інтегративний, а не уникаючий стиль подолання. Стиль відновлення є чинником, який відображає те, як люди адаптуються до своїх психотичних переживань. Лу та колеги [95] і Джексон [98] не знайшли зв'язку між синдромом ПТСР і стилем одужання.

У даному дослідженні ПТСР був суттєво пов'язаний із вищими показниками депресії. Це узгоджується з даними літератури. Більшість досліджень посттравматичних стресових розладів при психозах довели значний зв'язок між посттравматичним стресовим розладом і депресією [13, 36]. В огляді літератури Беррі та колеги повідомили про стійкий зв'язок між афективними симптомами та ПТСР [135]. Шоу та колеги встановили, що суїцидальні думки пов'язані з ПТСР [14].

Наявність попередньої травми не було суттєво пов'язане з ПТСР у нашому дослідженні. Той самий результат був повідомлений у деяких дослідженнях [13, 14], тоді як більшість досліджень повідомили про значний зв'язок між попередньою травмою та ПТСР [7, 11, 17, 59, 60]. Крім того, у нашому дослідженні повідомлялося лише про два типи травм (фізичний напад з боку сім'ї та серйозний нещасний випадок). Наш результат міг бути упередженим через те, що в нашому культурному контексті люди неохоче говорять про особисті травми, особливо коли йдеться про сексуальне насильство.

Люди з психозом можуть використовувати психотичні речовини, щоб впоратися з тривожними симптомами [61]. Недостатнє повідомлення про зловживання психоактивними речовинами – враховуючи каральні місцеві закони та серйозну стигматизацію з боку суспільства – може пояснити низьку частоту та відсутність кореляції між зловживанням психоактивними речовинами та ПТСР у нашому дослідженні. Сучасний стан досліджень цього питання показує суперечливі результати: тоді як Мюзер [113] і Лу [136] не виявили вищого рівня зловживання

психоактивними речовинами у пацієнтів із ПТСР, пов'язаним із психозом, деякі інші дослідження виявили високу поширеність [22, 43, 62].

Дане дослідження має деякі обмеження. По-перше, були включені лише пацієнти, які продовжували консультиватися в амбулаторії. Цей метод може призвести до кількох упереджень. Фактично, пацієнти, які перервали спостереження, могли зробити це через те, що вони покращилися та були безсимптомними, або вони могли перервати своє спостереження через те, що у них розвинувся важкий посттравматичний стресовий розлад із синдромом уникнення, який унеможлилював їх повернення до лікарні. Ще одне обмеження полягало у використанні двох шкал – PCL-5 і PTGI, – які були перевірені в нашому соціокультурному контексті українською мовою. Крім того, включені учасники не були оцінені через фіксований проміжок часу після того, як у них був психотичний епізод. Таким чином, спогади про госпіталізацію та лікування, а також наявність симптомів ПТСР можуть відрізнятися у тих, хто був госпіталізований два роки тому, і тих, хто був госпіталізований кілька місяців тому. Гетерогенність основних діагнозів включених пацієнтів, особливо наявність симптомів настрою під час гострого епізоду, могла вплинути на сприйняття психотичних симптомів і досвід лікування. Попередню історію травми можна було б краще проаналізувати за допомогою окремого показника травми дитинства. Розмір вибірки є відносно малим, і це може пояснити незначущі результати в цьому дослідженні.

Знову ж для участі в дослідженні були залучені пацієнти з першим епізодом неафективного психозу, що відповідає широким критеріям МКБ-10 (F20, F22, F23, F25)[130]. Усіх пацієнтів оцінювали під час прийому за допомогою SCL-90-R і опитували для дослідження в середньому через 18 місяців після першого епізоду.

Пацієнтів опитували за модифікованою версією шкали посттравматичних стресових розладів [81], яку використовували МакГоррі [72]. Це вимірювання з 15 пунктів із запитаннями, які безпосередньо пов'язані з критеріями DSM-IV для посттравматичного стресового розладу, але виключають необхідність виконання критерію А (тобто вплив події або подій, які передбачають реальну чи загрозову смерть, серйозні травми або загрозу фізичній цілісності себе чи інших). Він

продемонстрував надійність і валідність і може бути використаний для визначення «випадку» шляхом порівняння симптомів з відповідними критеріями DSM-IV (тобто В, С і D). Симптоми посттравматичного стресового розладу оцінювали відносно загального досвіду першого епізоду психозу та його лікування. Це мало дозволити взяти до уваги суб'єктивний досвід клієнта щодо початку психозу.

Шкала впливу подій (IES) [22] може бути пристосована до будь-якої конкретної життєвої події та спрямована на вимірювання посттравматичних явищ у двох вимірах: 1) нав'язливе повторне переживання події, ідей, образів, почуттів і снів; та 2) уникнення ситуацій, думок і почуттів, які нагадують людині про подію. У цьому випадку відповідну подію (тобто перший епізод психозу) запам'ятовували, пропонуючи пацієнтам згадати свій «зрив», «хворобу» або психотичні симптоми (залежно від їх власної системи відліку) і надавши їм приблизну інформацію. Що стосується діагнозу ПТСР, який обговорювався вище, втручання та уникнення на IES оцінювалися для загального досвіду першого епізоду психозу та його лікування, щоб дозволити суб'єктивну оцінку травматичних детермінант (тобто симптомів, лікування тощо). Ця шкала з 15 пунктів оцінюється від 0 до 5, що вказує на те, якою мірою кожен елемент відчувався протягом попередніх 7 днів. Було показано, що IES має високу надійність тесту-повторного тестування та конструктивну валідність [22] і широко використовується в дослідженнях ПТСР.

Лікарняна шкала тривоги та депресії (HADS) [23] – це шкала самооцінки з 14 пунктів, спочатку розроблена для використання в популяціях із проблемами фізичного здоров'я. Також використовувалася з пацієнтами з шизофренією [24] і дає оцінку як для депресії, так і для тривоги (тобто діапазон 0–21 для кожної підшкали).

Анкета лікарняного досвіду [2] – це напівструктуроване інтерв'ю, адаптоване для використання в цьому дослідженні. Містить відкриті та закриті запитання про госпіталізацію в лікарню та/або лікування вдома, примусове затримання, участь поліції та стресовий досвід. Окрім відкритого запитання про обставини їх «зриву чи хвороби», пацієнтів просять відповісти на низку закритих питань, вказавши «так» або «ні» («Чи проводили ви час у палаті з охороною?»; вибір із кількох варіантів («Які служби були задіяні у вашому лікуванні?: [a] лікування вдома, [b] госпіталізація до

психіатричної лікарні, [c] обидва, [d] жодна»); або за допомогою оцінки за чотирибальною шкалою Лайкерта («Наскільки стресовим був час, проведений у відділенні? [a] зовсім ні, [b] трохи, [c] досить або [d] дуже»).

Опитувальник копінг-стратегій (МПДК) [25] – це вимірювання самооцінки з 39 пунктів «інтеграції» МакГлашена [26] проти стилів «ізоляції».

Адаптації до психотичних захворювань. За даними McGlashan та ін. [27] люди, які приймають стиль одужання «уникнення», як правило, ізолюють свої психотичні переживання; вони розглядають їх як відчужені та несумісні з їх життєвими цілями і, отже, прагнуть інкапсулювати їх. Людина не схильна до будь-якого дослідження своїх симптомів. Звільнившись від психозу, зберігає усвідомлення його негативних аспектів і не може бути емоційно залученим до інших, досліджуючи їх досвід. «Інтегратори», з іншого боку, характеризуються усвідомленням безперервності своєї розумової діяльності та особистості до, під час і після психотичного досвіду. Під час «інтеграції» психотичний досвід використовується як джерело інформації.

Для внутрішньої узгодженості було включено сто сорок три анкети без пропущених елементів. Було досягнуто прийнятного α Кронбаха 0,741. Більшість субшкал виявилася нижче прийнятного діапазону. Коефіцієнт тест-повторне тестування для загальних відсоткових балів МПДК становив $r = 0,502$ протягом 52,17 днів із значущістю $p = 0,01$ (двостороннє). Надійність розділеної половини для 39 елементів МПДК дала коефіцієнт Спірмена-Брауна 0,686.

Виявлено, що частка інтегративних відповідей менша для завдань із негативними формулюваннями. На 17 питань з негативною полюсою відповіли 38,0% учасників з інтегративними моделями, тоді як на 22 питання з позитивною полюсою 65,8% дали інтегративну відповідь. Респонденти відхиляли такі пункти, як пункт 23 «Моя хвороба мало вплинула на моє життя» або пункт 4 «Мене не цікавить моя хвороба». Крім того, для окремих елементів були розраховані потужності розділення. Сила поділу вказує на те, наскільки добре окремий предмет відрізняє людей із «закриттям» та «інтегрованим стилем відновлення». Виправлене розділення $rit \leq 0,20$ вважалось занадто низьким. Лише 22 пункти показали задовільні значення. Наприклад, у пункті 19 «Я можу самостійно впоратися з проблемами, викликаними

моєю хворобою» не було чіткого розмежування між двома типами стилів одужання.

Конвергентну та дискримінантну валідність досліджували за допомогою кореляції загального процентного балу МПДК з іншими конструктами. МПДК позитивно корелював із психологічною якістю життя ($r = 0,323$; $p < 0,01$) і показав перекриття з такими поняттями: опір за шкалою інтерналізованої стигми ($r = 0,389$; $p < 0,01$), розширення можливостей ($r = 0,422$; $p < 0,01$) і, зокрема, оптимізм за шкалою повноважень ($r = 0,428$; $p < 0,01$). Був позитивний зв'язок між стилем відновлення та конструктом самооцінки за шкалою самооцінки ($r = 0,324$; $p < 0,01$) і самооцінкою за шкалою розширення можливостей ($r = 0,381$; $p < 0,01$). Виявлено негативний зв'язок МПДК з відчуженням за шкалою інтерналізованої стигми ($-0,309$; $p < 0,01$).

Таблиця 3.6

Елементи опитувальника стилю відновлення з дійсними відповідями (n) і сумарною кореляцією

Пункти	Відповідь так (%)	Відповідь Ні (%)	Загальна кореляція r_{it}
1. Поступово я захворів.	73.8	28.3	0.260
2. Моя хвороба не є частиною моєї особистості.	56.2	46.9	0.063
3. Я відповідаю за те, що думаю, коли хворію.	52.7	49.6	0.280
4. Мене не цікавить моя хвороба.	78.8	23.5	0.144
5. Моя хвороба навчила мене нового про себе.	85.0	17.3	0.320
6. Мені потрібна допомога для вирішення проблем, викликаних моєю хворобою.	88.1	14.2	0.089
7. Моя хвороба була викликана моїми труднощами в житті.	72.3	30.0	0.081
8. У мене був нервовий зрив.	57.3	45.0	0.074

Пункти	Відповідь так (%)	Відповідь Ні (%)	Загальна кореляція r_{it}
9. Я бачу позитивні сторони своєї хвороби.	60.9	42.4	0.504
10. Моя хвороба сильно вплинула на моє життя.	93.2	9.1	0.124
11. Я не боюся психічних захворювань.	35.3	67.0	0.176
12. Мені сподобалися деякі випадки, які я мав, коли я був хворий.	48.2	54.1	0.448
13. Моя хвороба допомогла мені знайти більш задовільне життя.	55.8	46.5	0.452
14. Моя хвороба виникла раптово і раптово пройшла.	77.8	24.5	0.268
15. Моя хвороба є частиною мене.	72.5	29.8	0.016
16. Я не відповідаю за свої дії під час хвороби.	60.1	42.2	0.376
17. Мене цікавить моя хвороба.	88.7	13.6	0.202
18. Я краще себе розумію через свою хворобу.	66.6	35.7	0.274
19. Я можу самостійно впоратися з проблемами, викликаними моєю хворобою.а	74.5	27.8	-0.123
20. У моїй хворобі винні інші.а	64.2	38.1	-0.072
21. У мене була хвороба.а	33.5	68.8	-0.036
22. Нічого доброго не принесла моя хвороба.	52.9	50.4	0.556
23. Моя хвороба мало вплинула на моє життя.	93.2	9.1	0.266
24. Я боюся психічної хвороби.	35.3	67.0	0.221

Пункти	Відповідь так (%)	Відповідь Ні (%)	Загальна кореляція r_{it}
25. Мені не сподобався жоден незвичайний досвід, який я мав, коли я був хворий.	48.2	54.1	0.417
26. Важко знайти задоволення від життя, оскільки я хворів.	55.8	46.5	0.289
27. Моя хвороба виникла дуже раптово.	61.3	41.0	0.211
28. Моя хвороба мені чужа.	80.3	22.0	0.308
29. Я відповідаю за свої думки та почуття, коли хворію.	61.9	41.4	0.184
30. Мене не хвилює моя хвороба тепер, коли я добре себе почуваю.	81.7	20.6	0.381
31. Я хочу бути тією людиною, якою я був до хвороби.	45.6	56.7	0.298
32. Інші можуть допомогти мені вирішити мої проблеми.	92.4	9.9	0.191
33. Моя хвороба була викликана стресом у моєму житті.	74.5	27.8	0.220
34. Я пережив емоційний зрив.	76.0	26.3	0.103
35. Хвороба теж мала хороші сторони.	49.8	53.3	0.595
36. Мене не дуже цікавить моя хвороба.	85.4	16.9	0.325
37. Мені сподобалися деякі незвичайні ідеї, які виникли в мене, коли я був хворий.	49.3	53.0	0.452

Пункти	Відповідь так (%)	Відповідь Ні (%)	Загальна кореляція r_{it}
38. Моє життя стало більш задоволеним після моєї хвороби.	38.5	63.8	0.400
39. Моє ставлення до психічних захворювань зараз краще, ніж до того, як я захворів.	84.4	17.9	0.099

Загалом, надійність шкали МПДК була прийнятною. Підтверджуючий факторний аналіз показав, що спочатку запропонована 13-факторна модель не була відтворена в цій вибірці. МПДК було змінено на основі загальних кореляцій елементів і коефіцієнтів шляху, підтверджуючий факторний аналіз отриманої моделі показав адекватну відповідність даним.

Внутрішня узгодженість МПДК показала прийнятне значення при $\alpha = 0,741$ за Кронбахом, подібно до оригінальної статті, де внутрішня узгодженість становила $\alpha = 0,73$, а в інших документах перевірки повідомлялося про значення від $\alpha = 0,73$ Полоні [70] до $\alpha = 0,78$ Модестін [51]. Однак внутрішня узгодженість більшості підшкал була нижчою за прийнятне значення, яке можна було очікувати, оскільки кожна підшкала складається лише з трьох пунктів. Надійність тесту-повторного тесту була помірною з кореляцією $r = 0,502$, що означає, що лише близько половини всіх відповідей були ідентичними, коли їх запитали повторно через пару тижнів. Попереднє дослідження також повідомило про коефіцієнт кореляції надійності тест-повторний тест $r = 0,50$ для МПДК [24] тоді як надійність тест-повторний тест протягом 1 місяця початкової валідації становила $r = 0,81$ [4].

Розмір вибірки з 56 учасників у початковому дослідженні був невеликим з низькою часткою жінок (26,8%)[12]. В оригінальній статті були включені лише люди з діагнозом шизофренія згідно з критеріями МКБ-10. Поточна вибірка складалася з ширшого діагностичного спектру: у 65,9% було діагностовано параноїдну шизофренію, у 12,2% – гебефренічну шизофренію, у 5,7% – недиференційовану шизофренію, у 14,2% – резидуальну шизофренію.

Підтверджуючий факторний аналіз, проведений на даних, показав, що модель

від поганого до середнього відповідає початковій структурі з 13 субшкал з 39 елементами МПДК [84]. В оригінальній статті Дрейтона факторний аналіз не проводився. Основою для формування 13 підшкал був ISOS, міра звіту спостерігача, яка вимагає від інтерв'юера оцінити пацієнта за 13 концепціями, що стосуються ставлення до хвороби. МПДК було розроблено як коротку оцінку самооцінки з трьома питаннями, призначеними для кожної концепції, представлені в ній, і тому була заявлена валідність. Валідність була хорошою, досягаючи подібних результатів для МПДК ($r = 0,92$; Drayton) [28]. Однак більшість субшкал показали показники нижче прийнятної надійності. Оцінка анкети не ґрунтується на сумі балів 39 пунктів. Кожна підшкала, що складається з трьох елементів, оцінюється окремо, і розраховується загальний відсоток, який відноситься до інтегративного або закритого стилю відновлення. Крім того, 17 із 39 пунктів продемонстрували невтішну здатність розділення. Здавалося, що більш ніж на третину негативно сформульованих запитань (17 пунктів) швидше за все дадуть відповідь за неінтегративною схемою. Зміна пропорції елементів часто використовується, щоб зменшити вплив стилів відповідей шляхом зміни напрямку елемента. Хоча це усталена практика, немає єдиної думки щодо її ефективності [19]. Ебесутані та ін. [25] виявили, що елементи без зворотного формулювання були пов'язані з кращими психометричними властивостями порівняно з елементами зі зворотним формулюванням. Часто це робить питання складнішими та важчими для розуміння. Питання на зразок МПДК пункт 2 «Моя хвороба не є частиною моєї особистості» або пункт 4 «Мене не цікавить моя хвороба» можуть бути погано прочитані та зрозумілі респондентами. Особливо пацієнти, які страждають на шизофренію, часто мають порушення когнітивного функціонування з розладами мислення. Їм може не вистачити уваги, щоб уважно прочитати та зрозуміти запитання, що може вплинути на правдивість наданих відповідей.

Опитувальник може оцінюватися, щоб класифікувати, який із двох стилів відновлення переважно приймає пацієнт. Більш високі бали означають «уникнення». Його чудові психометричні властивості тепер послідовно демонструються в ряді досліджень [25,28].

Шкала психіатричної оцінки (SCL-90-R) [29] – це шкала, що складається з

восьми категорій симптомів: депресія, тривога, галюцинації, марення, сплоснений невідповідний афект, психомоторна затримка, незв'язність і нерелевантність мови та бідність мови. Пацієнтам присвоюють бали від 0 (відсутній) до 4 (важкий). Він широко використовувався в дослідженнях психозів [30,31] і має високу надійність повторних тестів.

Для аналізу взаємозв'язку між травматичними симптомами, випадками посттравматичного стресового розладу та аспектами специфічних подій першого епізоду використовували непараметричну статистику Манна–Уїтні та χ^2 . Для цілей статистичного аналізу групи «високого» або «низького» вторгнення та уникнення були розраховані для IES шляхом розподілу за медіанами (інтрузія = 12; уникнення = 13), а для шкал депресії та тривоги HADS, «Оцінка випадковості = 8 була використана для визначення двох груп (депресивні та не депресивні; тривожні та нетривожні [32]).

Тривалість нелікованого психозу розраховували з використанням кількох джерел згідно з протоколом Бейзер [33] (тобто від появи психотичних симптомів до початку адекватного лікування нейролептиками). Середній DUP становив 37,1 тижня (SD = 43,9; медіана 15 тижнів).

Використовуючи оперативні критерії DSM-IV, за винятком необхідності виконання критерію А, 31% вибірки було поставлено діагноз ПТСР приблизно через 18 місяців після першого епізоду психозу. Оцінки за шкалою впливу подій (IES) виявили високий рівень як інтрузій (12,7, SD = 8,8), так і уникнення (15,0, SD = 9,9) для всієї вибірки; ці середні показники значно зросли для тих 31%, які відповідають вищевказаним критеріям діагнозу ПТСР (середнє інтрузії = 21,4, SD = 3,5, середнє уникнення = 19,5; SD = 8,8). Показники тривожності HADS, але не депресії, були значно вищими в групі посттравматичних стресових розладів ($p < 0,05$). Відповідно до порогового значення «випадку» 8 або вище тривоги HADS [32], сім (64%) зразка ПТСР можна вважати «клінічно тривожними» (проти 25% для групи без ПТСР), тоді як 45% груп із діагностованим ПТСР і без ПТСР мали «клінічну депресію».

Було звернено увагу на те, що згадували клієнти, коли вони згадували свої нав'язливі спогади та уникали цих спогадів на IES: 46% із загальної вибірки повідомили, що вони згадували час свого «зриву», 11% до їх «психотичних» епізодів,

17% до «часу, коли вони хворіли», 9% до «їх шизофренії» та 17% до різноманітних описів.

63% повідомили, що поліція була залучена до їх шляху до догляду. 14% лікувались виключно вдома, а 63% потрапили до відділення психіатричної лікарні; 37% мали обидва варіанти, а 20% не мали жодного. Загалом, у відповідь на запитання опитувальника лікарняного досвіду 77% із загальної вибірки описали свій перший епізод як «надзвичайно стресовий».

Проте сприйняття учасниками стресу в приймальному відділенні було вищим у тих із діагнозом посттравматичний стресовий розлад ($p < 0,05$) і тих, хто повторно зазнав «високого» рівня інтрузій ($p < 0,01$) після першого епізоду психоз. Сприймання стресу в палаті корелювало з інтрузивними думками IES ($r = 0,61$, $p = 0,002$) та з уникненням IES ($r = 0,48$, $p = 0,03$).

Симптоми травми (виміряні за шкалою ПТСР та IES) не корелювали із залишковими психотичними симптомами, оціненими за SCL-90-R. Хоча психотичні симптоми були в ремісії для більшості вибірки, не було кореляції між галюцинаціями та маренням та балами IES для вторгнень (галюцинації $r = 0,23$; $p = 0,18$; марення $r = 0,20$; $p = 0,25$) або уникнення (галюцинації $r = 0,19$; $p = 0,27$; марення $r = 0,09$; $p = 0,59$).

Перевірка показує, що в той час як «уникнення» рідше повідомляли про свій перший епізод психозу, ніж «інтегратори» на IES, хоча це не досягло значущості на рівні 5% ($p = 0,09$), було виявлено, що «уникаючі» значно частіше застосовували когнітивні стратегії, щоб уникнути цих вторгнень ($t = 2,08$; $p = 0,04$). Не було відмінностей між двома стилями одужання щодо діагнозу ПТСР, тривоги чи депресії.

Дослідження показало, що приблизно одна третина пацієнтів із першим епізодом психозу відповідає критеріям DSM-IV для діагностики посттравматичного стресового розладу, якщо цей діагноз ставиться на основі критеріїв B, C і D DSM-IV (інтрузивне повторне переживання, уникнення та підвищене збудження), але за відсутності Критерію A (травма, що загрожує життю). Це узгоджується з єдиним іншим дослідженням ПТСР при першому епізоді психозу [102] і вказує на те, що для значної меншості молодих пацієнтів перший епізод може спричинити травматичні

симптоми значної тяжкості.

Проте це дослідження не вказує на те, що ці травматичні симптоми пов'язані з наявністю будь-якого шляху або лікування, включаючи участь поліції, примусове затримання та перебування в охоронній палаті. Тим не менш, було зрозуміло, що перший епізод психозу є тривожним і травматичним, оскільки в нашій вибірці рівень дистресу та сприйнятого стресу від діагнозу та його лікування були високими. Рівні нав'язливого повторного переживання та уникнення в цьому дослідженні були порівняні з клінічними зразками непсихотичної травми в аналогічний момент часу. Наприклад, Joseph [34] виявив показники вторгнення та уникнення 11,2 та 11,8 відповідно для травмованих осіб, які пережили катастрофу корабля Юпітер, через 19 місяців після події (12,7 та 15,0 відповідно, у даній вибірці). Ступінь клінічно значущої тривоги (64%) і депресії (45%) у групі посттравматичних стресових розладів також підтверджує ступінь супутньої симптоматики, яка часто виявляється у зразках ПТСР і перших епізодів [111, 135, 136].

Висновок про відсутність прямого зв'язку між травматичними симптомами та потенційними травмами узгоджується з деякими іншими дослідженнями [122, 123]. Фрейм і Моррісон [124] у своєму листі нещодавно повідомили, що «досвід у лікарні» пояснює лише 6% дисперсії балів ПТСР у їх вибірці кількох епізодів.

Однак ці результати вказують на роль психологічних опосередкувальних чинників, як описано в моделі ПТСР Елерса та Кларка [16]. Ті, хто був госпіталізований і ретроспективно сприймав свою госпіталізацію як особливо «стресовий», значно частіше отримували діагноз посттравматичного стресового розладу (без критерію А) і повідомляли про більший рівень втручань. Це узгоджується з ідеєю, що індивідуальні оцінки можуть бути важливішими за об'єктивні події. Сприймання стресу під час перебування пацієнтів у палаті конкретно корелювало з нав'язливими спогадами про перший епізод психозу ($r = 0,61$; $p = 0,002$), і хоча до цього висновку потрібно ставитися обережно з огляду на той факт, що оцінки були зроблено приблизно через 18 місяців після першого психотичного епізоду, ця кореляція залишалася значущою навіть після контролю за часом, що минув з першого епізоду ($r = 0,64$; $p = 0,001$). Це вказує на необхідність

подальших досліджень суб'єктивних чинників, які персоналізують травму під час першого епізоду психозу. Проте в ідеалі майбутні дослідження мають розглянути можливість оцінювання оцінок під час або відразу після першого епізоду і використовувати проспективний дизайн для перевірки зв'язку між оцінками та подальшою симптоматикою ПТСР з часом.

Важливість психологічних процесів додатково підкреслюється зв'язком, визначеним між стилем відновлення та тяжкістю травматичних симптомів. Найбільш помітною відмінністю між цими двома стилями відновлення було уникнення вторгнень в «уникнення». Унікаючі пацієнти, за визначенням, уникають думати про свій перший епізод більше, ніж інтегратори, і тому, схоже, використовують стратегії запечатування, щоб «утилізувати» болючі спогади та думки того часу.

Це підтверджує початкову гіпотезу МакГлашена про те, що «уникаючі» часто не можуть отримати доступ до спогадів про свій психотичний епізод [26]. Ці висновки узгоджуються з моделями асиміляції та травми [37–39], які стверджують, що деякі люди відвертаються від небажаних думок і образів, оскільки вони передбачають катастрофічні наслідки спогадів. За деяких обставин досвід може навіть взагалі стати недоступним для відновлення в пам'яті [40].

Завдяки цьому дослідженню можна стверджувати, що уникаючі пацієнти є особливо вразливою групою психологічно [25] і що початок психозу та його наслідки для майбутніх прагнень та ідентичності [36] робить їх нездатними впоратися з діагнозом. Виявили, що з «уникненням» люди мають низький рівень взаємодії зі службами, що свідчить про те, що вони, можливо, бажають уникнути подальших травм.

Початковий процес «запечатування» може бути адаптивним у короткостроковій перспективі, діючи як «емоційне гальмо» протягом періоду відновлення після першого епізоду [118, 141] та наступних психотичних епізодів [28]. Це може психологічно захистити пацієнта від сприйманої негативної «реальності» психозу та його наслідків для себе [108, 139]. Тут було продемонстровано, що хоча більшість пацієнтів можна було класифікувати як інтеграторів на початковому етапі, коли вони отримали розуміння та почали емоційно обробляти те, що з ними сталося,

домінуючий стиль відновлення змінився в бік уникнення протягом 6 місяців. Було б важливо врахувати стиль відновлення клінічно, тому що, хоча довгострокова інтеграція та емоційна обробка аспектів першого епізоду психозу повинні залишатися терапевтичною метою, результати цього дослідження та Tait [128] показують, що там, де переважає «уникнення», пацієнта не варто змушувати приймати «інтегруючий» стиль подолання, якщо це створює ризик подальшої травматизації особи.

Цілком можливо, що деякі учасники відмовилися брати участь, тому що вони не бажали обговорювати свій психоз і тому прийняли уникаючий стиль запечатування. Ця проблема заважає всім дослідженням посттравматичного стресового розладу та травми, які, як правило, виключають ті випадки, що демонструють найбільш екстремальні уникаючі симптоми [43].

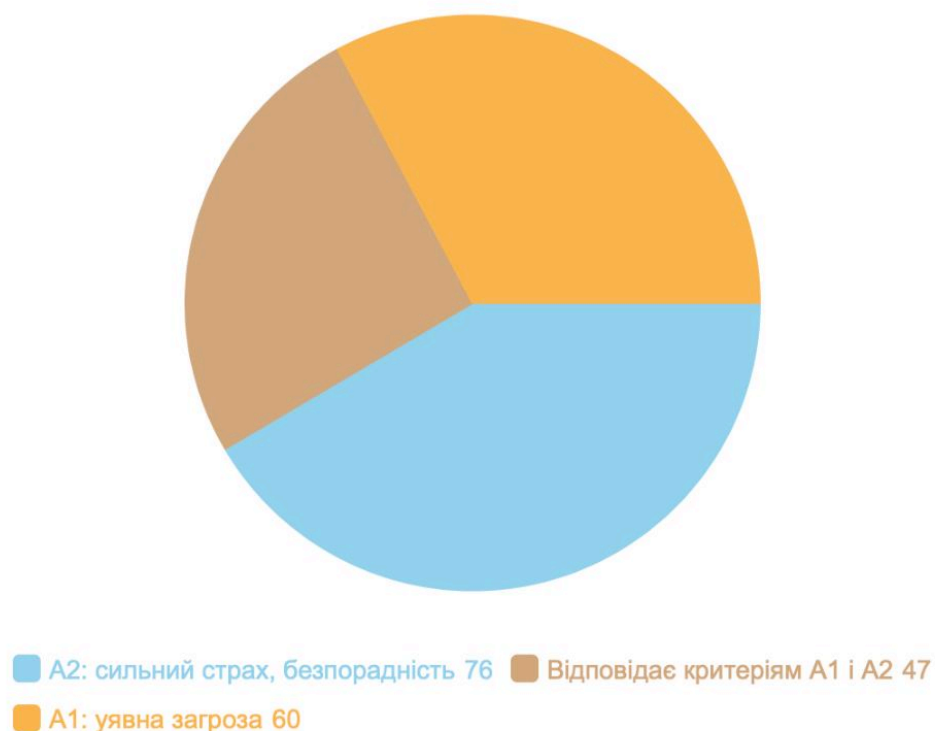


Рис. 3.3 Негативні реакції на психотичні симптоми та критерії DSM-IV A1/A2 для травматичної події

Загалом, це дослідження додає ваги аргументу про те, що перший епізод психозу може для деяких бути тривожною та травматичною життєвою подією. Однак це не підтверджує твердження про те, що «феноменологічно чистий» синдром ПТСР є очевидним у великих кількостях у таких зразках. Натомість це припускає, що існує

ймовірність збігу з іншими супутніми симптомами та групами симптомів [133, 128] і що травматичні симптоми, ймовірно, опосередковані психологічними чинниками, зокрема стилем подолання та оцінками, вздовж континууму.

3.3. Зв'язок між постпсихотичною травмою та когнітивними порушеннями як причинно-наслідковий, так і діагностичний

Сприйняття учасниками стресу в приймальному відділенні було вищим у тих із діагнозом посттравматичного стресового розладу ($p < 0,05$) і тих, хто повторно зазнав «високого» рівня втручань ($p < 0,01$) після першого епізоду психозу. Сприймання стресу в палаті корелювало з вторгненнями МПДК ($r=0,61$, $p=0,002$) та з уникненням ($r=0,48$, $p=0,03$).

Симптоми травми (виміряні за шкалою ПТСР та IES) не корелювали із залишковими психотичними симптомами, оціненими за SCL-90-R. Хоча психотичні симптоми були в ремісії для більшості вибірки, не було кореляції між галюцинаціями та маренням та балами МПДК для інтрузій (галюцинації $r=0,23$; $p=0,18$; марення $r=0,20$; $p=0,25$) або уникнення (галюцинації $r=0,19$; $p = 0,27$; марення $r=0,09$; $p=0,59$).

Перевірка коупінгу показує, що в той час як «уникаючі» рідше повідомляли про свій перший епізод психозу, ніж «інтегратори» на МПДК, хоча це не досягло значущості на рівні 5% ($p=0,09$), було виявлено, що «уникаючі» значно частіше застосовували когнітивні стратегії, щоб уникнути інтрузій ($t=2,08$; $p=0,04$). Не було відмінностей між двома стилями одужання щодо діагнозу ПТСР, тривоги чи депресії.

Дослідження показало, що приблизно одна третина пацієнтів із першим епізодом психозу відповідає критеріям DSM-IV для діагностики посттравматичного стресового розладу, якщо цей діагноз ставиться на основі критеріїв B, C і D DSM-IV (інтрузивне повторне переживання, уникнення та підвищене збудження), але за відсутності Критерію А (травма, що загрожує життю). Це узгоджується з єдиним іншим дослідженням ПТСР при першому епізоді психозу [2] і вказує на те, що для значної меншості молодих пацієнтів перший епізод може спричинити травматичні симптоми значної тяжкості.

Проте це дослідження не вказує на те, що ці травматичні симптоми пов'язані з наявністю будь-якого шляху або лікування, включаючи участь поліції, примусове затримання та перебування в охоронній палаті. Тим не менш, було зрозуміло, що перший епізод психозу є тривожним і травматичним, оскільки в нашій вибірці рівень дистресу та сприйнятого стресу від діагнозу та його лікування були високими. Рівні нав'язливого повторного переживання та уникнення в цьому дослідженні були порівняні з клінічними зразками непсихотичної травми в аналогічний момент часу. Наприклад, Joseph [34] виявив показники вторгнення та уникнення 11,2 та 11,8 відповідно для травмованих осіб, які пережили катастрофу корабля Юпітер, через 19 місяців після події (12,7 та 15,0 відповідно, у даній вибірці). Ступінь клінічно значущої тривоги (64%) і депресії (45%) у групі посттравматичних стресових розладів також підтверджує ступінь супутньої симптоматики, яка часто виявляється у зразках ПТСР і перших епізодів [11, 35, 36].

Висновок про відсутність прямого зв'язку між травматичними симптомами та потенційними травмами узгоджується з деякими іншими дослідженнями [2,3]. Фрейн і Моррісон [104] у своєму листі нещодавно повідомили, що «досвід у лікарні» пояснює лише 6% дисперсії балів ПТСР у їх вибірці кількох епізодів.

Шкалу симптоматичного опитувальника (SCL-90-R) використовували для вимірювання тяжкості та якості симптомів. Рейтинги SCL-90-R базуються на інформації, що стосується попереднього тижня, і цей показник підходить для лонгітюдної оцінки [111]. Елементи SCL-90-R включають адаптовані пункти із шкали психіатричного оцінювання [91, 92 та 112] адаптованих пунктів із шкали оцінювання психопатології [97, 98]. Інформація, використана для оцінки елементів SCL-90-R була отримана з самого інтерв'ю, приміток до файлу та обговорень з клінічним персоналом.

Таблиця 3.7

Результати SCL-90-R

	Перший			Другий		
	М	SD	Діапазон	М	SD	Діапазон

Загальна кількість	66.70	5.66	59-76	61.90	7.03	54-72
Позитивна шкала	15.00	4.06	11-23	14.10	4.43	9-23
Негативна шкала	17.10	4.63	11-24	16.10	5.67	9-25
Загальна психопатологічна шкала	34.60	3.17	29-39	31.70	3.83	23-37

Середні бали, отримані з оцінок SCL-90-R з часом зменшувалися. Середній бал за негативною шкалою був трохи вищим, ніж за позитивною шкалою за перше вимірювання. Згідно із середнім загальним балом, учасники відчували легке погіршення самопочуття.

Усі інтерв'ю пройшли повторну перевірку. Спочатку створювалися неспілкувані нотатки, що відображали початкові думки та спостереження дослідника. Потім ключові слова та речення були виділені та згруповані в три великі області: негативні аспекти першого психотичного епізоду, позитивні та процеси та результати відновлення. Далі ключові слова та речення в цих трьох широких областях були згруповані в категорії колективних тем.

Були розглянуті загальні та унікальні категорії для кожної людини, щоб згрупувати їх як тематичні одиниці та виявити аномалії. Зв'язки між тематичними блоками були встановлені для ідентифікації тем. Повторне читання та реорганізація тем гарантує, що кластеризація тематичних одиниць має сенс по відношенню до оригінальних стенограм, і всі дані були взяті до уваги. Аналіз було завершено, коли все, чим поділилися учасники, було відображено в темах. Визначення тем були розроблені та перекладені словами дослідника шляхом ретельного вивчення учасників. Також це спиралось на теорію та дослідження травми психозу [2, 3, 127, 129–131], щоб розробити визначення теми. Інтерв'ю з членами сім'ї та клініцистами було проаналізовано, щоб створити ще один набір даних, який дав уявлення про досвід учасників з першим психотичним епізодом.

Переживання психотичних симптомів коливалося від глибокого засмучення до простого роздратування. Головним у дистресі, пов'язаному з гострим епізодом, був вплив психотичного епізоду на життя людини, її самопочуття та погляд на себе, світ та інших.

Під час госпіталізації було виявлено, що інші пацієнти, персонал і ліки сприяють виникненню дистресу, а дистрес, пов'язаний із гострим лікуванням, іноді поєднувався з психотичною симптоматикою. Наприклад, симптоми можуть викликати підозру та страх до персоналу та інших пацієнтів. Хоча це було менш занепокоєним для людей, які лікуються вдома, взаємодія з персоналом і побічні ефекти ліків все одно могли тривожити.

Однак деякі учасники розглядали свої симптоми як джерело засмучення, а також як джерело комфорту та покращення, тоді як одна людина повідомила, що його відчуття від симптомів були цілком позитивними. Крім того, деякі учасники розглянули переваги лікування. Цікаво, що негативний вплив першого психотичного епізоду вийшов за межі гострого епізоду та містив триваючі наслідки. Виникло шість ключових тем, пов'язаних із стражданням гострого епізоду та впливом.

Таблиця 3.7

Теми асоційовані з дистресом пов'язаним з першим психотичним епізодом

Теми	Субтеми
1. Примусове лікування	
2. Дезінтеграція	
3. Стигматизація	а) Самостигматизація б) Стигматизація від інших
4. Відчуження	
5. Відчуття втрати і дефіциту	
6. Визнання хвороби як проблеми	

Примусове лікування. Тему примусового лікування було визначено як предмет зовнішньої нав'язливої та безособової дисципліни, примусового поведження та моніторингу. Це в пацієнтів призводило до почуття злості, страху, непочутості та

знесиленості: «Я сам по собі. Ви не можете цього зрозуміти. Я був злий на лікарів за те, що вони мене замкнули. Я не злий, тому що у мене хімічний дисбаланс. Я злий, тому що незнайомці, які мене не знають, замкнули мене та позбавили свободи. Мене посадили й позбавили свободи за те, що я є собою».

Відсутність контролю. Уявна відсутність контролю над собою та своєю взаємодією з іншими через психотичні симптоми була чітко очевидною та центральною для дистресу під час гострої фази першого психотичного епізоду. Самовідчуття людини здавалося фрагментованим і могло бути пов'язане з двозначністю, недовірою, неконтрольованістю та відчуттям сюрреалістичного та відірваного від своєї особистості, інших і світу. Один учасник повідомив: «Я робив речі, які не міг контролювати. Коли ти усвідомлюєш, що робиш, але не можеш цього зупинити, це тебе турбує. Все теж виглядало інакше. Ніби люди виглядали інакше. Я чув поліцейську сирену, а не сирену швидкої допомоги, і це звучало, я не знаю, як несправжнє, я не знаю, як уявіть, що ви потрапили в мультфільм чи щось таке».

У деяких людей досвід дезінтеграції продовжувався після того, як гострий епізод закінчувався:

«Я почуваюся зовсім по-іншому, наче я не був сам собою, і це мене лякає. Подібно до думок, які я маю, і того, як я спілкуюся з іншими людьми, іноді це дивує мене. Я поняття не маю, що я щойно сказав і який був вираз мого обличчя. Мене лякає, що мої думки починають неспинно мене накривати.»

Стигматизація. Тема стигматизації пов'язана з власною стигмою та стигмою з боку інших. Стигма може бути пов'язана з почуттям приниження та збентеження. Самостигматизація була внутрішньо зосереджена та включала негативне самомаркування, деструктивне ставлення до психічної хвороби та її лікування та віру в те, що людина неприваблива для інших через свою психічну хворобу:

«Я ніколи не вважав себе божевільним (сміється), поки до мене не приходили люди щодня, щоб переконатися, що я не мертвий (сміється). Страшно, чесно кажучи, це не весело. Мені неприємно думати про це. Одного разу я опинюся в м'якій камері, не знаючи свого імені, це трохи страшно.»

Стигма з боку інших була зосереджена назовні та пов'язана з дискредитацією людьми та суспільством загалом через психічне захворювання:

«Ніби люди просто нічого не розуміють і так, люди виносять судження про ваші рішення, тому я просто не обговорюю це з людьми, наприклад, якщо щось я скажу, то це депресія. Як нещодавно бачив в серіалі «Закон і порядок» вони сказали, що у людини психоз і це означає, що вона вбивця!».

Хоча відчуження було очевидним під час гострої хвороби, на етапі одужання воно теж переважало. Це було пов'язано з почуттями, які люди не розуміли або не пов'язували з досвідом хвороби та не могли отримати підтримку. Це може бути сприйняття людини або вказівка на реальну поведінку. Спілкуватися про хворобу було важко, людина могла почуватися інакше через хворобу, а лікування та/або симптоми могли спричинити ізоляцію та уникнення:

«До того, як мені стало погано, мені потрібно було двадцять рук, щоб порахувати всіх моїх друзів. Після того, як я відчуваюся погано, я можу використовувати дві, як люди зникають, люди відходять, вони не можуть, вони не хочуть з цим мати справу і коли ти намагаєшся з ними поговорити, вони не слухають».

Відчуття втрати і дефіциту. Ця тема відображала широкий спектр втрат, пов'язаних з різними аспектами життя та особистості учасників. Втрати та дефіцити були специфічними або загальними і були пов'язані з різними аспектами життя чи самопочуття. Тема була присутня під час гострого епізоду, але була найбільш очевидною у фазі одужання:

«Це дуже змінило мене, тому що тепер я став набагато боязким. Не дуже комунікабельний. Дуже сором'язлива людина. Втратив багато впевненості. Багато людей казали, що я також змінився фізично, тому що я сильно додав у вазі після лікування.»

Визнання хвороби як постійної проблеми. Проблеми з психічним здоров'ям та/або вторинні наслідки були визначені як постійні та тривалі труднощі. Хвороба розглядалася як боротьба, яка вимагає постійного лікування. Прогрес вважався повільним і породжував відчуття безсилля та безнадії:

«На даний момент я нічого не контролюю. Ці голоси так сильно вплинули на мене. Депресія так сильно вплинула на мене, і я просто відчуваю себе таким безсилим змінити це. Тому що все відбувається так повільно. Я відчуваю себе таким безсилим.»

Це дослідження демонструє, що травмогенний дистрес першого психотичного епізоду виходить за межі гострого епізоду та діагностичних критеріїв ПТСР. Критерій А1 описує травму як окрему подію або події, і попередні дослідження, що вивчали дистрес першого психотичного епізоду, прийняли цю точку зору, розглядаючи ПТСР як результат гострого епізоду [9, 10, 15]. Однак поточні результати показують, що травматичний дистрес першого психотичного епізоду не обмежується коротким періодом, а діє в довгостроковій перспективі, оскільки більшість тем пов'язані з наслідками цього досвіду. Дистрес, пов'язаний із психотичним епізодом, був описаний як стійкий і виник у таких темах, як визнання хвороби як постійної проблеми та відчуття втрати та дефіциту, тому перший психотичний епізод не можна розуміти як окрему подію для когнітивного сприйняття пацієнтів. Те, як досвід першого психотичного епізоду впливає на переконання та досвід людини щодо себе, інших і світу в короткостроковій та довгостроковій перспективі більше стосується травмогенного дистресу, пов'язаного з психозом. Це узгоджується з припущеннями інших дослідників про те, що низький рівень посттравматичних стресових розладів у їх дослідженні може вказувати на те, що інші аспекти досвіду могли бути більш інтенсивними, ніж психотичні симптоми [13]. Більше того, у цьому дослідженні психотичні симптоми та гостра терапія не були головною проблемою дистресу для більшості учасників і більшість із них лише надали описові звіти про цей досвід.

Критерій А1 також визначає травму як ідентифіковану та об'єктивну подію та не визнає загрози психологічній цілісності чи уявної загрози. Незважаючи на те, що дослідження, що вивчали травму першого психотичного епізоду, стверджували про необхідність розглядати психоз як неприємний внутрішній досвід, більшість досліджень об'єктивізували гострий епізод, зосереджуючись на психотичних симптомах і досвіді лікування як на можливих провокаторах ПТСР, а не на розгляді ПТСР. Суб'єктивне переживання [7, 10, 15] за допомогою ІРА було визначено лише дві ключові теми, пов'язані з гострим епізодом: дезінтеграція та уявне примусове

лікування. Хоча зміст теми сприйманого примусового лікування узгоджується з попередніми дослідженнями, які демонструють страждання від примусового лікування, [15] у цьому дослідженні джерелом страждань була сприймана безпорадність, а не конкретні аспекти самого втручання. Подібним чином, дистрес, пов'язаний з психозом, не був пов'язаний із симптомами як такими, а з саморозладами та порушеннями самопочуття, викликаними психотичними симптомами. Замість того, щоб зосереджуватися на об'єктивних особливостях психотичного епізоду, теми сприйманого примусового лікування та дезінтеграції демонструють, що травма гострого епізоду є внутрішньо зосередженою. Характерною рисою цього дистресу є відчуття втрати контролю.

Хоча інше дослідження розглядало оцінку загрози від психотичних симптомів, постпсихотичний посттравматичний стресовий розлад все ще не був головним висновком [13]. Цікаво, що в поточному дослідженні очікувані емоційні реакції після травми, як визначено діагностичними критеріями посттравматичного стресового розладу, також не були чітко очевидними. Безпорадність була очевидною в темах дезінтеграції, сприйняття примусового лікування та розгляду хвороби як постійної проблеми, а відчуття страху було очевидним у темі сприйняття примусового лікування. Однак інтенсивний страх і жах, як описано в Критерії A2, не були описані у відповідь на психотичний епізод. Натомість було виявлено низку інших негативних емоційних реакцій на перший психотичний епізод, включаючи уявну вразливість, безнадійність, втрату можливостей, самотність, роз'єднаність, гнів, неконтрольованість, недовіру, двозначність, незахищеність, неприємність і сором. Це узгоджується з іншими дослідженнями, які демонструють, що люди можуть розвинути посттравматичний стресовий розлад без сильного страху, безпорадності та жаху, натомість відчуваючи ряд інших негативних емоцій, таких як занепокоєння, сум, провину, розчарування та сором [24, 25]. Однак класичні симптоми посттравматичного стресового розладу, такі як повторне переживання та гіперзбудження, описані в критеріях B і D, також не були описані учасниками поточного дослідження частіше ніж у 34%. Тема відчуженості могла відображати

уникнення, як описано в Критерії С, але заціпеніння та уникнення подразників, характерних для ПТСР, не виявилось.

Хоча постпсихотичний посттравматичний стресовий розлад не можна виключити в розумінні відповідей саме через інтерв'ювання на перший психотичний епізод, це дослідження показує, що постпсихотичний посттравматичний стресовий розлад не може охопити всі аспекти дистресу, викликаного першим психотичним епізодом. Це може пояснити низьку поширеність феноменологічно чистого діагнозу ПТСР. Натомість варто розглянути ширшу концепцію травмогенного дистресу від першого психотичного епізоду, яка містить низьку негативних емоцій і розглядає вплив першого психотичного епізоду як постійний, а не обмежений гострим епізодом. Ключовим висновком цього дослідження став вплив першого психотичного епізоду на те, як людина бачить себе, інших і світ, що демонструється такими темами, як стигма та відчуженість. Порушення самовідчуття внаслідок психозу є давньою темою в психіатричній літературі [31, 47–50]. Крім того, такі теми, як стигма та відчуття втрати та дефіциту, а також реакції безнадії та сорому також були визначені в попередніх дослідженнях [3, 27, 30]. Однак це дослідження розширює ці ідеї, поміщаючи їх у рамки травми та визначаючи, як вони поєднуються, щоб забезпечити всебічне розуміння дистресу, пов'язаного з першим психотичним епізодом. Стверджується, що ці переживання та реакції є ознакою травмогенного дистресу, пов'язаного з першим психотичним епізодом і можуть характеризувати травмогенний профіль цього досвіду.

Більш широке розуміння травмогенного дистресу, яке виникло в цьому дослідженні, має важливі наслідки для лікування. Наприклад, теми, визначені ІРА, передбачають сфери потенційного фокусування в наданні психоосвіти.

Крім того, досвід дезінтеграції виглядає як внутрішній досвід, який людям, які пережили перший психотичний епізод може бути важко сформулювати.

Це дослідження також вказує на джерела травми та діапазон негативних емоційних реакцій, на яких клініцисти можуть зосередитися під час лікування. Відповіді клініцистів істотно не відрізнялися залежно від їх професійної підготовки. Єдиною темою, схваленою клініцистами, було розгляд хвороби як постійної

проблеми. Клініцисти були схильні піднімати такі питання, як діагностичні дилеми, прояви симптомів і триваючі функціональні порушення. Це може відображати домінуючу модель лікування, якою є клінічне одужання. Клінічне одужання відображає медичну модель захворювання та зосереджується на діагнозі, тривалості захворювання, стадії захворювання, на якій розпочато лікування, та рівні ускладнення. Нездатність розпізнати діапазон емоційних реакцій після першого психотичного епізоду та його вплив на самопочуття людини та стосунки з іншими може мати низку клінічних наслідків, таких як неадекватне вирішення дистресу та негативного впливу психозу, проблематична адаптація та інтеграція. Це дослідження вказує на інші елементи, на яких клініцисти можуть зосередитися, щоб покращити своє лікування.

Інші чинники, такі як вплив на стосунки пацієнта, його уявна вразливість і страх рецидиву, відчуття безнадійності та відсутність контролю, ймовірно, будуть важливими фокусами лікування. Висновки також можуть покращити поточні методи лікування, такі як когнітивно-орієнтована психотерапія. РТГІ зосереджується на оцінках пацієнта себе та своєї хвороби, а також на тому, як самосвідомість було спотворено психотичним епізодом.

Висновки до третього розділу

Це дослідження підтвердило попередні про те, що досвід нещодавнього психотичного епізоду пов'язаний із високим рівнем дистресу, включаючи симптоми посттравматичного стресового розладу, пов'язані з самими психотичними симптомами, а також досвідом лікування, таким як примусова госпіталізація, ізоляція та обмеження. Це дослідження було унікальним у своїй спрямованості на оцінку важливості критеріїв А1/А2 для травматичної події в діагностиці ПТСР після психотичного епізоду. Майже вдвічі більше учасників відповідали критеріям симптомів ПТСР незалежно від критеріїв А1/А2 (66%), ніж відповідали повним критеріям ПТСР, включаючи критерії А1/А2 (39%), але були порівняні рівні дистресу та функціональних порушень для учасників зустрічі з будь-яким визначенням ПТСР. Ці висновки свідчать про те, що втручання має бути націлене на клієнтів із синдромом ПТСР після психотичного епізоду, незалежно від того, чи відповідає травматична

подія критеріям A1/A2. Крім того, буде важливо оцінити, чи лікування, проведене ближче до першого психотичного епізоду, дає більш швидке та довготривале полегшення, ніж втручання, яке надається місяцями чи роками пізніше.

З цієї роботи можна зробити наступні рекомендації. Необхідно покращити умови госпіталізації, а пацієнтів краще захистити від загроз з боку інших пацієнтів. Лікарі повинні знати, що пацієнти з гострим психозом можуть надмірно реагувати на соціальні взаємодії та неправильно інтерпретувати їх; отже, варто посилити спеціалізовану підготовку щодо взаємодії з цією групою пацієнтів у невідкладних і лікарняних умовах. Застосування фізичного стримування має бути обмежено суворим необхідним мінімумом і брати до уваги фізичні та психологічні наслідки, які це може спричинити. Застосовувати його варто тільки під ретельним медичним і фельдшерським контролем.

Рекомендується систематичний скринінг ПТСР у пацієнтів із нещодавно виниклим психозом, враховуючи високу частоту ПТСР у цій групі пацієнтів. Якщо присутній посттравматичний стресовий розлад, цей захід допоможе скерувати або скоригувати терапевтичне лікування. Поліпшення здібностей подолання шляхом посилення адаптивних стратегій подолання та боротьби з дезадаптивними стратегіями за допомогою добре підігнаної психотерапії було б особливо корисним для цих пацієнтів. Втручання було розроблено та випробувано для використання у пацієнтів, які переживають посттравматичний стресовий розлад після першого психотичного епізоду, і його можна використовувати.

Потрібні додаткові дослідження на цю тему із залученням більших розмірів вибірки та пацієнтів з першим епізодом, які не були госпіталізовані.

Дотримуючись жорстких рамок DSM-IV та ICD-10, ми ризикуємо не помітити справжні травматичні симптоми та гальмувати теоретичний розвиток. Відповідно до Елерса та Кларка [16] можна зробити висновок, що пацієнти можуть оцінювати ці ключові переживання як стресові та навіть небезпечні для життя (наприклад, вірити, що їм загрожує смерть від переслідувача), і що дослідження ПТСР при психозі повинні відійти від занадто спрощеної моделі «травматичної події, що викликає посттравматичний стресовий розлад», щоб розглянути роль когнітивного

посередництва.

На завершення це дослідження демонструє важливість переорієнтації уваги на розуміння впливу психотичного епізоду з ширшої точки зору. Теми, визначені в цьому дослідженні, включали дезінтеграцію, відчуженість, стигматизацію, відчуття втрати та дефіциту, визнання хвороби як постійної проблеми та сприймання примусового лікування. Ці теми вказують на вплив першого психотичного епізоду на особистість людини, стосунки та діапазон негативних емоційних реакцій, які можуть виникнути. Майбутні дослідження можуть вивчити, як аспекти цього профілю травми впливають і пов'язані з адаптацією до першого психотичного епізоду, включаючи можливість конструктивних змін. Можна також дослідити клінічну корисність націлювання на деякі з цих аспектів відповіді на травму. Учасники у цьому дослідженні були представниками різних професій, тому теми, ймовірно, будуть актуальними для різних людей із першим психотичним епізодом. Однак необхідні подальші дослідження з різними когортами людей з першим психотичним епізодом, щоб встановити ширше представлення тем. Масштабне кількісне дослідження також може допомогти визначити, наскільки репрезентативними ці теми є серед пацієнтів.

РОЗДІЛ IV. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ІНСТРУМЕНТАРІЮ, СПРЯМОВАНОГО НА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНЕ ВТРУЧАННЯ ПІСЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІД ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ

4.1. Пояснювальна записка до психотерапевтичної програми для пацієнтів з першим психотичним епізодом

Основні когнітивно-поведінкові моделі психозу свідчать про посилення уваги до травми при психозі, спираючись на модель психічного здоров'я на основі вразливості до стресу та залучення емоційних процесів до психотичних переживань [17]. Моделі КПТ припускають, що травма може відігравати певну роль у психотичних переживаннях, впливаючи на схематичні та процедурні переконання, які підвищують вразливість людини до розвитку психозу. Травматичні події також можуть виступати в якості тригера цієї вразливості, що призводить до емоційних змін і/або сенсорно-перцептивних вторгнень. Психоз є результатом афективних або сенсорно-перцептивних втручань, які піддаються «культурно неприйнятним» (Моррісон) або «зовнішнім» (Гареті) оцінкам. Зрозумілі спроби впоратися у формі емоційних, поведінкових, когнітивних і фізіологічних реакцій можуть потім парадоксальним чином підтримувати проблеми.

Таким чином, модель КПТ висвітлює потенційні механізми, пов'язані з травмою, які сприяють виникненню тривожного психозу та можуть бути цільовими для терапії (Morrison) [21, 143]. Навчання навичкам і поведінкові експерименти можуть бути використані, щоб допомогти навчитися та практикувати альтернативні способи реагування на передбачувані загрози, допомагаючи отримати більш позитивний досвід досягнення та безпеки. У цьому відношенні КПТ можна розглядати як терапію з інформацією про травму, за допомогою якої формулювання та стратегії втручання зосереджуються на травмі. Сучасні психологічні теорії травми та психозу, а також нещодавні метааналізи висвітлюють інші пов'язані з травмою механізми, такі як регуляція емоцій (наприклад, дисоціація) та епізодичні спогади, як потенційні цілі терапії [24]. Ці механізми можуть не розглядатися в рутинному

порядку в КПТ, що свідчить про те, що існує потреба в терапії травми, яка безпосередньо зосереджена на модифікації цих процесів для підтримки відновлення у людей з тривожним психозом і значною історією минулої травми.

Терапія, орієнтована на травму (TFT), використовує когнітивні, емпіричні та/або поведінкові техніки для полегшення обробки спогадів, переконань і емоцій, пов'язаних із травмою. Таким чином, ці підходи добре підходять для конкретного націлювання на передбачувані механізми, пов'язані з травмою, описані вище. Дослідження використання TFT при психозах спочатку були зосереджені на «супутньому» посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) при психозі [87]. Характерною ознакою посттравматичного стресового розладу є «повторне переживання», коли людина відчуває яскраві, емоційно інтенсивні вторгнення минулих подій, які можуть мати відчуття, ніби подія чи аспект події повторюються знову.

Незважаючи на те, що кількість досліджень досить обмежена і потребує повторення, вплив TFT на посттравматичний стресовий розлад при психозі вже був метааналізований. Ці метааналізи підтверджують, що TFT є безпечними, прийнятними та ефективними для зменшення посттравматичних стресових розладів у людей з психозом [35, 147], з сумнівними висновками щодо їх впливу на симптоми психозу [74]. Ефекти, які спостерігаються в цих метааналізах, здається, обумовлені TFT з більш прямим фокусом на обробці спогадів про епізодичну травму [79]. Майбутнє приносить багато цікавих подій. Нам потрібно більше дізнатися про механізми, що діють у TFT для посттравматичного стресового розладу при психозі. Ці методи лікування базуються на різних теоретичних моделях і використовують різні терапевтичні втручання [54]. Інші розробки включають прийняття більш трансдіагностичного або механістичного підходу. Наприклад, поєднання когнітивно-поведінкової терапії психозу (з акцентом на емоціях, переконаннях, аномальному досвіді та поведінці) з TFT (з акцентом на епізодичних спогадах [72]), та цілеспрямованих втручань щодо голосів, пов'язаних із травмою [44].

КПТ має потенціал для вирішення різноманітних наслідків травми при психозах, враховуючи, що КПТ є ефективним підходом, що ґрунтується на травмі, а

КПТ, орієнтована на травму, також має надійні докази для покращення посттравматичного стресового розладу [81]. Когнітивно-поведінкова терапія психозу, орієнтована на травму, націлена на спогади про травму та пов'язані з нею переконання, а також розглядає пов'язані з психозом переживання, оцінки та поведінку, якщо це необхідно. Обнадійливо те, що свідчення власного досвіду та попередні емпіричні дослідження (включаючи серії випадків і РКД здійсненності) демонструють, що підходи Tf-СВТр є безпечними та здійсненними, з багатообіцяючими ознаками ефективності [57]. Протокол терапії [83] базується на теоретичних моделях, які висвітлюють взаємозв'язок між посттравматичним стресовим розладом і психозом, що призводить до висновку, що ті самі психологічні механізми можуть відігравати роль [37]. А саме, переконання, пов'язані з травмою, епізодичні спогади та когнітивні, поведінкові та міжособистісні емоційні регуляції, які взаємодіють, породжуючи як психоз, так і ПТСР. Ці механізми також можна розглядати як базові стилі невпевненої прив'язаності (тобто негативне ставлення до інших та/або себе в поєднанні з проблемами емоційної регуляції), які пов'язані з психозом [57].

Tf-СВТр припускає, що інтегративне, індивідуальне формулювання посттравматичного стресу та психозу, пов'язаного з травмою, може оптимізувати участь у терапії, прихильність і результати. Протокол терапії адаптований відповідно до проблем і цілей людини. Терапія прагматична; проводиться в гнучкому стилі, наголошуючи на взаємодії та побудові хороших терапевтичних стосунків протягом усього курсу терапії. Протокол складається з чотирьох гнучких фаз, які загалом відповідають поетапній терапії травми [83]: (1) оцінка та встановлення цілей; (2) розвиток спільного розуміння поточних труднощів і циклів обслуговування, тобто формулювання; (3) втручання, засновані на формулюваннях, що складаються з сприяння контролю, психоосвіти та емоційної регуляції, перебудови життя та звернення до спогадів про травми, аномального досвіду та пов'язаних смислів; і (4) консолідація та збереження здоров'я. Хоча фази перераховані в тому порядку, в якому вони зазвичай вводяться в терапію, на практиці вони переплітаються між сеансами. Фокус, темп і прогресування терапії визначаються спільно, з тимчасовим посиленням

збудження або психотичних переживань або блокуванням втручань на основі моделі, що розглядаються за потреби за допомогою когнітивних, поведінкових та міжособистісних стратегій. Фаза 3 містить роботу над стратегіями переробки пам'яті, які вважаються ключовими для зменшення симптомів ПТСР [23, 148]. Вибір стратегій роботи з пам'яттю керується формулюванням того, як поточні проблеми пов'язані зі спогадами, зокрема повторними переживаннями та психотичними переживаннями. Відповідно до клінічних рекомендацій, вони можуть включати уявне переживання (з або без когнітивної реструктуризації), експозицію *in vivo*, експозицію розповіді та переписування образів.

Люди з досвідом психотичного епізоду мають показники психологічних травм і пілотні дослідження показали, що психологічна терапія, орієнтована на травму може бути безпечною та ефективною для таких осіб. Цей огляд, найбільше на сьогоднішній день, оцінюватиме клінічну ефективність терапії травма-фокусованої терапії інтегрованої з когнітивно-поведінковою терапією психозу щодо симптомів посттравматичного стресу в людей із психозом. Другорядними цілями є порівняння груп за ефективністю; з'ясувати, чи впливає дана терапія на ряд інших значущих результатів; визначити, чи тривають ефекти терапії і визначити прийнятність терапії для учасників і терапевтів.

Люди з психозами повідомляють про високий рівень негараздів і травм, особливо міжособистісної віктимізації (наприклад, емоційного, фізичного та сексуального насильства) як у дитинстві, так і в дорослому віці, причому більшість пережили численні травми. Посттравматичні симптоми часто переплітаються з психотичними симптомами, такими як марення та галюцинації [43, 44]. Однак у клінічній практиці посттравматичний стресовий розлад не помічається у багатьох людей із психозом [62]. Один діагноз часто означає, що психоз лікується фармакологічно, але не психологічні наслідки травматичних подій та й сам травмуючий наслідок психозу, особливо першого. Такі люди мають гіршу реакцію на антипсихотичні препарати [5], а також частіше зловживають психоактивними речовинами, самоушкодженням, суїцидальною поведінкою та

психіатричною та медичною госпіталізаціями, ніж у тих, хто страждає одним психозом [121].

Когнітивно-поведінкова терапія психозу рекомендована людям із психозом як допоміжна терапія до медикаментів [56]. КПТ травма-фокусована – це терапія, яка інформується про травму, оскільки вона містить усвідомлення того, як травма сформувала труднощі людини, і навчання стратегіям управління дистресом, пов'язаним із травмою [57, 58, 149]. Однак зосереджується безпосередньо на ключовому психологічному механізмі розвитку та підтримки посттравматичного стресового розладу – яскравих спогадах сенсорної травми, які погано контекстуалізуються в автобіографічній пам'яті [24, 39]. КПТ, що орієнтована на травму, рекомендована для посттравматичних стресових розладів, яка містить «повторну обробку пам'яті про травму» [61], тобто націлювання на спогади про травму безпосередньо через уявний вплив, вплив *in vivo* та емпіричні та когнітивні техніки для зміни їх взаємопов'язаних значень. Ці методи опрацьовують і контекстуалізують спогади про травми в автобіографічній пам'яті, щоб вони стали менш тривожними та менш ймовірно, що мимовільно вторгнуться (наприклад, як спогади чи кошмари). Однак терапевти можуть неохоче звертатися безпосередньо до симптомів ПТСР у людей з психозом, оскільки вони бояться, що процедури повторної обробки пам'яті можуть посилити психотичні симптоми [32]. Ці занепокоєння виключили людей з психотичними симптомами з усіх відомих досліджень ПТСР терапії.

У трьох систематичних оглядах [52–54] зроблено висновок про наявність нових доказів відкритих і пілотних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) [17–19] і досліджень серії випадків [45] про те, що лікування ПТСР може бути безпечним і ефективним при психозі. Найбільше РКД було проведено в Нідерландах [19] і в нього брали участь дорослі з діагнозом психоз за життя та відповідали повним діагностичним критеріям ПТСР. Порівняно з групою в списку очікування, терапія, орієнтована на травму, призвела до покращення симптомів посттравматичного стресового розладу з великими міжгруповими розмірами ефекту Коена d [21] (0,78; $p < 0,001$, у групі тривалого дослідження; 0,65; $p = 0,001$), у групі десенсибілізації та

повторної обробки рухів очей (EMDR) за оцінкою безперервного вимірювання симптомів посттравматичного стресового розладу (шкала посттравматичного стресового розладу, призначена лікарем (PCL-5) [22]). Крім того, 57% у групі тривалого дослідження (N = 53) і 60% у стані EMDR (N = 55) досягли втрати діагнозу посттравматичний стресовий розлад, порівняно з 28% у групі в списку очікування (N = 47). Ефекти закінчення терапії зберігалися як через 6 місяців [69], так і через 12 за періоди спостереження з аналогічними результатами, отриманими щодо вторинних результатів. Проте 12-місячний контрольний аналіз проводився лише в групі (порівнювали результати від 6 до 12 місяців) і необхідні подальші дослідження, щоб визначити довгострокові ефекти між групами.

Нещодавно у Великій Британії було проведено чотири дослідження (одне РКД і три дослідження серії випадків) у цій галузі [40, 45–47]. Стіал та його колеги [25] також показали, що психологічна терапія була безпечною та можливою в невеликому РКД за участю людей з діагнозом розлади шизофренічного спектру (N = 61). Однак не було виявлено різниці між групами терапії та лікування як зазвичай в стаціонарі щодо симптомів ПТСР на PCL-5 [28] (або на 6 місяців (кінець терапії; ES = 0,26; p = 0,39) або 12 місяців (ES = 0,29; p = 0,39) часові точки спостереження, причому обидві групи покращилися. Існують дві потенційні причини розбіжностей між результатами досліджень у Великобританії та Нідерландах. По-перше, протокол терапії в Стіал містив лише когнітивну реструктуризацію без елемента впливу, на відміну від голландського дослідження. По-друге, учасники не відповідали повним діагностичним критеріям ПТСР у дослідженні Великобританії. Як результат, учасники мали менш серйозні та потенційно менш стабільні симптоми ПТСР порівняно з іншими дослідженнями, потенційно призводячи до певного ступеня спонтанного одужання, що відбувається в обох руках.

Інтеграція терапії травма-фокусованої з КПТ означає, що вона є більш інтенсивною та тривалою, ніж втручання тривалого лікування, про яке повідомляє голландська група (9 місяців порівняно з вісьмома щотижневими 60-хвилинними сеансами протягом 10 тижнів відповідно). Однак Ван Ден Берг та його колеги згодом повідомили, що їх протокол мав занадто мало сеансів і рекомендував більш тривалу

терапію [77]. Симптоми психозу та посттравматичних стресових розладів часто переплітаються [36, 89], наприклад, чути голос кривдника, або бачення колишніх мучителів (тобто слухові та зорові галюцинації); або переконання, що колишні кривдники імплантували чіп у мозок, щоб стежити (параноїдальні марення). Тому на практиці немає клінічного сенсу окремо лікувати симптоми ПТСР і психозу. Національний інститут здоров'я та досконалості догляду в Німеччині [69] рекомендує мінімум 16 сеансів протягом 6 місяців або довше при психозі, причому більша кількість сеансів призводить до кращих результатів [38].

Пацієнти після першого психотичного епізоду необов'язково відчують безперервні психотичні симптоми, такі як марення та галюцинації, які, як правило, є об'єктами психологічної терапії: їх симптоми можуть зникнути або вони можуть мати лише когнітивні чи функціональні порушення. Тому є додаткову вимогу, щоб люди повідомляли про поточні тривожні галюцинації та/або марення (протягом останнього місяця), як зазначено в попередніх дослідженнях КПТ [63, 64, 150].

Ці специфікації забезпечать включення пацієнтів із принаймні помірно важким і стабільним посттравматичним стресом і психотичними симптомами. Травматичні події можуть відбуватися до або після початку психозу, а супутні прояви ПТСР присутні на всіх стадіях проявів психозу. Тому не є доцільним встановлювати жодних обмежень щодо типу чи часу травматичного впливу або віку учасників (окрім тих, що застосовуються до послуг для дорослих).

Цілі цього дослідження випадків полягали в тому, щоб оцінити прийнятність, здійсненність і попередню ефективність інтеграції когнітивно-поведінкових підходів до посттравматичного стресу та психотичних симптомів у єдиний протокол. Дев'ять учасників, які повідомили про тривожні психотичні та посттравматичні симптоми, були набрані з попереднього дослідження зі 143 пацієнтів. Пацієнти були оцінені в п'ять часових періодів (початковий рівень, до, в середині, наприкінці терапії та через 6+ місяців спостереження) щодо вимірювання поточних симптомів психозу, посттравматичного стресу, емоційних проблем та буття. Терапія базувалася на протоколі та була індивідуальна, залежно від наявних симптомів і типу травми. Він складався з п'яти широких, гнучких етапів і містив уявні стратегії обробки

переживання. Втручання було добре сприйняте, з позитивними відгуками після терапії та оцінками задоволеності. Що незвично для цієї популяції, ніхто не припинив лікування. Після терапії всі, крім одного (88% учасників), досягли достовірного покращення порівняно з попередньою терапією принаймні за одним показником результату: посттравматичні симптоми (63%), голоси (25%), марення (50%), депресія (50%), занепокоєння (36%) і благополуччя (40%). Подальші оцінки завершили 78% (n = 7), з яких 86% (n = 6) зберегли принаймні одне надійне покращення. Рівень покращень після терапії (в середньому 44% за всіма показниками після терапії; 32% під час подальшого спостереження) був більш ніж у два рази вищим, ніж у період очікування (19%). Жоден учасник не вказав на достовірне погіршення будь-яких симптомів під час або після терапії. Дослідження показує, що інтегративна терапія, що містить стратегії переробки, була прийнятним і здійсненим втручанням для цієї невеликої вибірки з багатообіцяючою ефективністю. Для перевірки ефективності втручання для цієї популяції необхідне було рандомізоване контрольоване дослідження.

Використовувався єдиний дизайн серії випадків А–В із п'ятьма оцінками (початок, до втручання, в середині втручання, після втручання та подальше спостереження).

Дев'ять учасників були відібрані відповідно до наступних критеріїв: (1) наявність принаймні одного поточного психотичного симптому [як визначено шкалою оцінки психотичних симптомів (SCL-90-R) [51] на етапі оцінки]; (2) повідомлення про тривожні симптоми посттравматичного стресу [помірний або вищий діапазон (≥ 11) за посттравматичною діагностичною шкалою (PCL-5) [52]]; (3) готовність усунути наслідки травми в терапії.

Вибірка складалася з п'яти (56%) чоловіків і чотирьох (44%) жінок із середнім віком 37 років [стандартне відхилення (SD) = 11,34; діапазон 17–52]. Сімдесят вісім відсотків (n = 7) були неодруженими. Значуща більшість (n = 8; 89%) були безробітними. Усім учасникам призначили антипсихотичні препарати. У п'яти учасників (56%) був первинний діагноз спектру шизофренії (МКБ-10 F20–F29), у двох (22%) був первинний діагноз ПТСР (F43.1), а у двох (22%) був первинний

діагноз важкого депресивний епізод з психотичними ознаками (F32.3). У двох пацієнтів (22%) також був діагностований вторинний ПТСР. Чотири пацієнти з первинним діагнозом, не пов'язаним із шизофренією [1, 2], не відрізнялися від решти вибірки щодо прояву симптомів, і всі повідомили про персекуторні марення та галюцинації (трьох з слуховими галюцинаціями та трьох з галюцинаціями в різних модальностях).

Таблиця 4.1

Короткий опис типу травми, ПТСР, психотичних симптомів, цільової гарячої точки та пов'язаної пам'яті та ключових втручань запропонованої терапії.

Учасник (діагноз)	Тип травми	Психотичні симптоми	Цільова точка втручання та пов'язана з нею пам'ять	Терапія
П1 <i>Первинний: неуточнений неорганічний психоз</i> <i>Вторинний: ПТСР</i>	Дитинство з ранньою втратою	Слухові галюцинації Зорові галюцинації Переслідувальні переконання	Був свідком смерті друга, страх перед імперативним и голосами	Когнітивна реструктуризація, Переживання наново – експозиції Імагнітивна рескрипція
П2 <i>Первинні: шизофренія</i> <i>Вторинний: тяжкий депресивний епізод із психотичними симптомами та ПТСР</i>	В дорослому віці; дві події	Слухові імперативні галюцинації Переслідувальні переконання	Жив в зоні конфлікту і утримувався під прицілом під час перших днів повномаштабної війни, пережив напад пацієнта в клініці	Когнітивна реструктуризація, Переживання наново – експозиції
П3 <i>Первинний: інші неорганічні психотичні розлади</i>	Дві події в дитинстві(смерть матері) і дорослому віці (досвід стаціонару)	Слухові галюцинації Зорові, тактильні та нюхові галюцинації	Суїцид матері, примусове лікування з юного віку	Когнітивна реструктуризація, Імагнітивна рескрипція

Учасник (діагноз)	Тип травми	Психотичні симптоми	Цільова точка втручання та пов'язана з нею пам'ять	Терапія
<i>Вторинний: ПТСР у дитинстві; багаторазовий</i>		Переслідувальні переконання		
П4 <i>Первинний: неорганічний психоз Вторинний: ПТСР</i>	Подія в дитинстві	Візуальні галюцинації Переслідувальні переконання	Домагання дорослого	Когнітивна реструктуризація, Імагнітивна рескрипція Схема-терапія
П5 <i>Первинний: ПТСР Вторинний: емоційно нестабільний розлад особистості</i>	Багаторазові події	Зорові, нюхові та тактильні галюцинації Переконання в переслідуванні	Булінг в школі та побої батьками, примусове лікування	Когнітивна реструктуризація, Переживання наново – експозиції Імагнітивна рескрипція Переписування образів для візуальних, нюхових тактильних і галюцинацій
П6 <i>Первинний: важкий депресивний епізод з психотичними симптомами Вторинний: ПТСР</i>	В дитинстві і в дорослому віці	Слухові галюцинації Переслідувальні переконання	Фізичний та емоційний аб'юз	Імагнітивна рескрипція Схема-терапія
П7 <i>Первинні: шизофренія Вторинний: тяжкий</i>	В дорослому віці одна подія	Візуальні галюцинації Переслідувальні переконання	Фіксація в лікарні	Когнітивна реструктуризація, Переживання

Учасник (діагноз)	Тип травми	Психотичні симптоми	Цільова точка втручання та пов'язана з нею пам'ять	Терапія
<i>депресивний епізод із психотичними симптомами</i>				наново – експозиції
П8 <i>Первинний: ПТСР</i> <i>Вторинний: тяжкий депресивний епізод із психотичними симптомами</i>	Багаторазове утримання в лікарні	Зорові і тактильні галюцинації	Досвід перебування в лікарні	Когнітивна реструктуризація Імагнітивна рескрипція
П9 <i>Первинний: важкий депресивний епізод з психотичними симптомами</i> <i>Вторинний: ПТСР</i>	В дитинстві багаторазові	Слухові та візуальні галюцинації	Страх галюцинацій	Когнітивна реструктуризація Імагнітивна рескрипція травми, зорові та тактильні галюцинації та кошмари

Оцінки склалися з ряду заходів, які оцінювали поточні симптоми психозу, посттравматичний стрес, афективні проблеми та загальне самопочуття. Вибір показників результатів відображає широкий спектр проблем, з якими стикаються багато клієнтів, які відвідують терапію, а також індивідуальний характер терапії та цілі людей [50, 53].

Посттравматична діагностична шкала [82] PCL-5 використовувався як скринінг самооцінки тяжкості симптомів посттравматичного стресу. Міра містить 17 пунктів, оцінених за 4-бальною порядковою шкалою (0–3); дає загальну оцінку симптомів у діапазоні від 0 до 51. Було показано, що він має високу внутрішню узгодженість, надійність тесту-повторного тестування та високу діагностичну валідність порівняно

зі структурованим клінічним інтерв'ю для DSM IV, а також хорошу чутливість і специфічність [52].

Шкали оцінки психотичних симптомів – ця шкала є напівструктурованим опитуванням, проведеним клініцистом, для оцінки тяжкості 11 параметрів (частота, тривалість, місце, гучність, переконання щодо походження, негативний зміст, страждання, порушення життя та контроль) слухових галюцинації та шість вимірів (заклопотаність, переконання, страждання та порушення життя) марення за допомогою 5-бальної порядкової шкали (0–4). Оцінка шкали марення та галюцинації SCL-90-R вказує на хорошу надійність між оцінювачами [84] і одночасну валідність зі шкалою позитивного та негативного синдромів [58, 146]. Загальна кількість балів коливається від 0 до 44 для слухових галюцинацій і від 0 до 24 для марення.

Опитувальник депресії та тривоги [84]. Двадцять один пункт анкети для самооцінки симптомів депресії та тривоги відповідно за останній тиждень (HADS) або 2 тижні (HADS) (можливий діапазон 0) [83, 144].

Шкали депресії, тривоги та стресу – опитувальник із двадцяти одним пунктом для оцінки симптомів депресії, тривоги та стресу за останній тиждень (діапазон 0–42 для кожної підшкали). Для цілей цього дослідження, як альтернативу HADS, наводяться лише субшкали депресії та тривоги.

Клінічні результати в рутинній оцінці-10 [86]. Анкета з десятьма пунктами самооцінки для оцінки емоційного благополуччя. PTGI генерує загальну оцінку дистресу на основі оцінки кожного елемента від 0 до 4 із загальною оцінкою від 0 (низька) до 40 (важка).

Анкета задоволеності терапією – версію АЗТ [60] для конкретної послуги було введено наприкінці терапії для отримання додаткових даних щодо прийнятності втручання. АЗТ є адаптацією звіту пацієнта про сеанс терапії Бека та ін. [89] і вперше був використаний для оцінки задоволеності травма-фокусованої КПТ Куйперсом та ін. [61]. Вимірювання запитує про прогрес і задоволеність терапією, а також містить в себе конкретні пункти, що оцінюють переконання клієнтів щодо ступеня, в якому вони отримали навички та знання з КПТ, сприйняття корисності поставлених домашніх завдань і оцінки якостей їх терапевта. Елементи оцінюються за шкалою від

1 до 5, причому вищі бали відповідають вищій задоволеності, а оцінка 3 відображає нейтральну або невизначену відповідь (наприклад, невпевнений, відсутність прогресу, байдужий). Адаптований АЗТ використовувався з клієнтами з психозами в ряді інших досліджень [61, 62, 145].

Процедура

Учасників оцінювали в п'ять різних часових проміжків за всіма показниками в рамках стандартної оцінки результатів для клініки [50]:

Базовий рівень – коли вперше звернулися до служби, перш ніж записатись у список очікування.

Попередня терапія – безпосередньо перед початком терапії після перебування в списку очікування в середньому 3 місяців після базової оцінки (діапазон 0–5 місяців).

Середній період терапії – 5 місяців терапії (діапазон 2–7 місяців).

Після терапії – 22 місяці після початку терапії (діапазон 8–35 місяців); оцінки проводилися протягом кількох днів або тижнів після завершення терапії (діапазон 0–58 днів; медіана = 7 днів).

Спостереження – у середньому 9 місяців після завершення терапії (діапазон 5–18 місяців).

З цього було два винятки: клієнти не завершили другу оцінку (попередню терапію), якщо список очікування становив ≤ 2 тижні, і PCL-5 [52] вводили лише під час попередньої, після- та подальшої оцінки; обидва для мінімізації навантаження на клієнта. Для цілей цього дослідження оцінки в середині терапії не повідомляються.

4.2. Розробка психотерапевтичної програми

Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія базується на протоколі та індивідуально адаптується до конкретних потреб людини, залежно від типу прояву посттравматичного стресового розладу (наприклад, посттравматичний стресовий розлад після однієї травматичної події проти комплексного посттравматичного стресового розладу в результаті полівіктимізації) і типу психотичного симптому (наприклад, галюцинації або марення). Терапія проводиться в гнучкому стилі з

наголосом на взаємодії та побудові хороших терапевтичних стосунків, що є ключовим протягом усього курсу терапії. Робота, зосереджена на травмі, може бути емоційно складною, і в усьому досягається баланс між тим, щоб людина була здатна впоратися з дистресом і, якщо необхідно, покращити стиль подолання, не відкладаючи та не уникаючи втручань, орієнтованих на травму. Загалом, дана КПТ модель складається з чотирьох широких, гнучких етапів: (1) оцінювання, психонавчання та встановлення цілей; (2) розвиток спільного розуміння поточних труднощів і циклів, тобто формулювання; (3) втручання, керовані формулюваннями, засновані на моделях, що складаються з (а) сприяння контролю; (б) звернення до травматичних спогадів, досвіду та пов'язаних сенсів; і (с) перебудувати своє життя за допомогою когнітивних, поведінкових і міжособистісних методів, інтегрованих, якщо необхідно, у втручання на основі моделі; і (4) консолідація та збереження. Фаза третя містить стратегії повторної обробки пам'яті, які, як припускають, необхідні для зменшення симптомів посттравматичного стресу. Метою тут є зменшення повторних переживань та/або пов'язаних із ними психотичних симптомів шляхом опрацювання пам'яті про травми та розрізнення тригерів. Метод розробки визначатиметься характером вторгнень у пам'ять людини, як зазначено у формулюванні, але включатиме встановлені стратегії переробки, такі як уявне переживання та переписування образів.

Враховуючи обмежений у часі характер терапії та те, що основною метою терапії є симптоми посттравматичного стресу, метою є дотримання втручань на основі моделі ПТСР, якщо не потрібна адаптація до психозу.

На практиці терапія ґрунтується на формулюванні, а отже, є персоналізованою та прагматичною в тому, що вона адаптована до індивідуума, а клініцисти можуть змінювати фокус відповідно до клінічних потреб. Подібним чином швидкість терапії та її прогресування підбираються індивідуально.

Втручання, зосереджені на психозах, вбудовані в повсюди, щоб розглянути пов'язані з психозами переживання, оцінки та поведінку, коли вони виникають.

Фаза перша
Оцінка та поставлення цілей



Рис.4.1 Схема втручання травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії

Критерії для припинення або зміни призначених заходів

Не існує пробних критеріїв для припинення або зміни призначених втручань на рівні окремого учасника. Кожному учаснику буде чітко повідомлено, що, якщо він визнає якийсь аспект дослідження тривожним та/або більше не бажає продовжувати дослідження чи терапію, він зможе відмовитися від будь-якого або обох без необхідності причина або це будь-яким чином впливає на їх звичайне клінічне обслуговування.

На рівні дослідження важливою допоміжною метою випробування є встановлення безпеки втручання, і вживання всіх необхідних заходів під час проведення випробування для забезпечення безпеки учасників в обох частинах випробування. Занепокоєння щодо безпеки травма-фокусованої КПТ виявлені за

допомогою несприятливих явищ і серйозних побічних явищ, оцінок терапевтичних сеансів або якісних інтерв'ю, у першу чергу призведуть до внесення змін до протоколу терапії, але можуть призвести до припинення дослідження на будь-який час. Наш досвід роботи з цією популяцією та типом терапії показує, що терапія, яка виявляється неприйнятною або надто тривожною для учасників, є низьким ризиком. На даний момент дані свідчать про протилежне: Ван ден Берг і його колеги [72] показують, що в групах терапії було зареєстровано менше загострень симптомів і ревіктимізації порівняно з групою списку очікування, що свідчить про те, що терапія знижує ризик.

Стратегії для покращення втручання

Втручання проводилося підготовленим психологом-психотерапевтом з досвідом роботи з серйозними проблемами психічного здоров'я, щоб забезпечити компетентність у залученні цієї складної групи населення. Я проходила навчання з надання травма-фокусованої КПТ.

Прихильність учасників до терапії буде оцінюватися шляхом запису кількості запропонованих і відвіданих сеансів, включаючи тривалість відвіданих сеансів. Виконання завдань між сеансами (тобто «домашнє завдання») також буде контролюватися.

Компетентність у застосуванні цих процедур оцінювалась шляхом адаптації пунктів із існуючих заходів для оцінки навичок і компетенцій, пов'язаних з базовою КПТ, роботою з психозами та роботою, зосередженою на посттравматичному стресовому розладі (адаптована до ПТСР версія Шкали когнітивної терапії – переглянута (CTS-R) [73].

Щоб контролювати дотримання терапії, терапевти заповнюватимуть контрольний список після кожного сеансу. Ці дані збирались регулярно протягом усього дослідження, щоб перевірити досягнення основних етапів терапії та забезпечити дотримання протоколу терапії.

Усім клієнтам було запропоновано приблизно 9 місяців терапії, хоча на практиці тривалість терапії була гнучкою відповідно до клінічної потреби. Поки клієнти проходили терапію, вони продовжували отримувати звичайну психіатричну

допомогу від своєї реабілітаційної групи (наприклад, ліки та зустрічі з координаторами догляду; $n = 6$), або від свого лікаря загальної практики ($n = 3$).

Незважаючи на те, що в цьому дослідженні адаптували наш підхід вручну, для підтримки послідовного підходу на практиці терапія є прагматичною, оскільки вона адаптована до індивідуума та його мінливих потреб, а клініцисти можуть переходити між етапами терапії відповідно до клінічних потреб. Подібним чином, швидкість і прогресування терапії пристосовуються до індивіда, щоб гарантувати, що будь-які зміни в психотичних переживаннях розглядаються, коли вони виникають.

Фаза 1: Оцінка, залучення та встановлення цілей. Ретельна оцінка та встановлення цілей клієнтів є ключовими для визначення того, як найкраще запропонувати допомогу. Поєднання опитувальників і клінічного інтерв'ю має важливе значення для максимізації збору даних. Хоча анкети можуть здатися безособовими, вони часто корисні на початку, оскільки вони можуть здаватися менш нав'язливими та нормалізуючими для клієнтів, які можуть бути схильними до сорому, і тому клієнти можуть розкрити інформацію, яку інакше вони не захочуть сказати безпосередньо своєму психотерапевту. З самого початку всі симптоми оформляються як зрозумілі реакції на сильні травматичні події, і терапевт забезпечує психоедукацію, щоб полегшити це. Щоб сприяти довірі, взаємодії та відчуттю безпеки, необхідний терапевтичний стиль без конфронтації з використанням власної термінології клієнта [63, 74]. Такі стратегії, як символічна кнопка паніки та періоди, вільні від обговорення травми/симптомів, щоб допомогти клієнту працювати в рамках свого терапевтичного «вікна толерантності», також використовуються як засіб розподілу влади та надання клієнту певного контролю над процесом терапії [85]. Важливо пам'ятати про можливість загострення афекту, посттравматичних або психотичних симптомів (наприклад, голосові галюцинації, параноя, дисоціація та спогади), тому темп може бути повільним із частими перевірками та заспокоєнням. Це потрібно ретельно збалансувати, не змовляючись із зрозумілим уникненням травматичних або афектованих тем.

Фаза 2: Покращення стратегії стабілізації та подолання Ризику загострень психозу зведені до мінімуму шляхом включення фази стабілізації, подолання та

управління, яка також спрямована на психотичні симптоми перед роботою, зосередженої на травмі. Незважаючи на дискусії щодо включення цієї фази [46], вважаю її корисною для виховання початкового відчуття надії та контролю над симптомами, а також для посилення взаємодії та підвищення довіри до терапевта. Розвиток контролю також корисний для наступної, спільної фази формулювання, оскільки отримання контролю над деякими симптомами може надати докази на підтримку розуміння їх досвіду на основі травми [наприклад, «якщо стратегії заземлення зупиняють «атаки» (тобто соматичні спогади), тоді можливо, це можуть бути спогади, а не кривдник, який знову нападає на мене»], і, отже, є обґрунтуванням втручань, орієнтованих на травму. Стратегії, що застосовуються на цьому етапі, залежатимуть від конкретної презентації, потреб і цілей клієнта, але можуть включати: управління та зменшення ризику; управління тривогою (наприклад, контрольоване дихання та зображення особливого місця); стратегії заземлення; впоратися з голосами, параною та іншими аномальними переживаннями; гігієна сну та стратегії КПТ для депресії.

Фаза 3: Спільне формулювання терапії

До цього часу терапевт, можливо, вже поділився простими когнітивно-поведінковими порочними циклами підтримки настрою, тривоги, посттравматичних та/або психотичних симптомів, але метою цього дослідження є розробка спільного формулювання, що допомагає клієнту встановити зв'язок між його минулими травматичними подіями та поточними посттравматичними та психотичними симптомами. Це дає можливість переформулювати поточні труднощі клієнта як зрозумілу реакцію на травму та надає подальше обґрунтування втручань, орієнтованих на травму. Виявлено, що зміни в атрибуції симптомів самі по собі можуть призвести до зменшення дистресу. Наприклад, один пацієнт сказав, що відчув полегшення, і волів вірити альтернативному поясненню, згідно з яким його кошмари, ймовірно, були спричинені «необробленими спогадами» про його травматичний досвід, на відміну від його початкового переконання, що вони були дияволом, який нагадував йому, що він винен у вбивстві свого друга. Графіки та формулювальні листи також можуть бути корисними тут, щоб полегшити контекстуалізацію

досвіду/спогадів клієнтів і допомогти встановити зв'язки між конкретними подіями та досвідом.

Фаза 4: комплексне втручання, орієнтоване на психоз і травму. На цьому етапі втручання, орієнтовані на психоз і посттравматичний стрес, щоб допомогти у виборі конкретних втручань, орієнтованих на травму.

Таблиця 4.2

Інтегроване втручання фокусоване на психозі та травмі

Негативні оцінки, пов'язані з травмою	Когнітивна реструктуризація
Голоси та асоційовані з цим переживання	Когнітивна реструктуризація
Візуальні галюцинації	Когнітивна реструктуризація, Імагнітивна рескрипція
Інтрюзивні думки стосовно травми та кошмари пов'язані з нею	Когнітивна реструктуризація, Переживання наново - експозиції
Дотравматична схема	Схема-терапія

Це буде керуватися формулюванням, а також цілями клієнта та тим, що для нього найбільш бентежне. Оскільки пов'язані з травмою вторгнення та/або нічні кошмари є характерними симптомами посттравматичного стресового розладу, припускаю, що елемент експозиції фази 4 є важливим інгредієнтом протоколу [переписування образів, як описано Арнцом і Вертманом [68, 69], або переживання за допомогою когнітивна реструктуризація, як описано Грей [70] або переписування кошмарів за протоколом, описаним Шивс [71], адаптовано з Наппі [72]. Усі клієнти в цій серії випадків отримали та завершили певну серію терапевтичних втручань, якій передувало:

(1)

Когнітивна реструктуризація (N = 8): переоцінити негативний психоз і оцінки, пов'язані з травмою, включаючи перитравматичні гарячі точки (наприклад, я помру) та/або посттравматичні оцінки (наприклад, голоси кажуть мені, що це моя вина, тому так має бути).

(2)

Робота зі схемою (N = 1): коли перитравматична оцінка(и) (наприклад, я відповідальний) базується на конгруентних уже існуючих схемах (які за своєю природою є жорсткими для змін), може знадобитися використовувати більше стратегії, орієнтовані на схему, для полегшення процесу повторної оцінки.

Етап 5: Залишатися здоровим і запобігати рецидивам. Цей етап передбачає розробку плану запобігання рецидивам і збереження здоров'я, який містить короткий виклад основних вивчених методів і стратегій, а також те, що робити, якщо людина зіткнеться з невдачею.

Статистичний аналіз

Середні бали та індекс надійних змін [73] використовувався як маркер надійних змін у симптомах для окремих учасників. Надійна зміна стосується ступеня, до якого зміна між точками часу втручання виходить за межі того, що можна було б очікувати на основі мінливості вимірювання. Рівняння використовує надійність самого показника [використовуючи метод внутрішньої узгодженості для клінічних популяцій [74], а також міру дисперсії вибірки (SD)]. Критерій надійної зміни становить 1,96 стандартної помилки різниці [75]. Якщо учасник виходить за межі визначених критеріїв надійної зміни, можна з 95% упевненістю зробити висновок, що він продемонстрував статистично надійну зміну балів, а не випадкову зміну.

Для більшості показників (PCL-5, SCL-90-R для голосів і переконань, HADS, PTGI) стандартні значення та показники надійності для кожного показника були розраховані в програмному пакеті SPSS (версія 21). Для HADS неможливо було обчислити надійність за допомогою цього методу, оскільки оцінки окремих елементів були недоступні, а оцінки надійності базувалися на даних, отриманих у попередньому дослідженні [76].

4.3. Результати психотерапевтичної програми

Групова статистика (така як парні t-тести) не проводилася, оскільки вибірка була надто малою для значущого аналізу на рівні групи, і щоб мінімізувати кількість повідомлених аналізів, пам'ятаючи, що шість вимірювань використовувалися протягом трьох періодів.

На початковому етапі майже всі учасники мали поточні слухові галюцинації, і більше половини ($n = 5$; 56%) деякі мали імперативні галюцинації. Більшість ($n = 7$; 78%) також відчували галюцинації в інших модальностях (тактильних, зорових, соматичних або нюхових). Сімдесят вісім відсотків ($n = 7$) відчували марення, усі з яких мали переслідувальний характер. Сімдесят вісім відсотків ($n = 7$) мали тяжкий або надзвичайно важкий діапазон депресії [>28 за HADS [75] або ≥ 28 за HADS-21 [87]] та 89% ($n = 8$) перебували у важкому або надзвичайно важкому діапазоні тривоги [>25 за IES-R [54] або ≥ 15 за HADS-21 [57]]. З шести учасників, які заповнили PTGI [56], 67% ($N = 4$) перебували в діапазоні емоційного благополуччя від помірного до важкого.

Перед терапією 67% ($N = 6$) мали важкий діапазон симптомів посттравматичного стресу (≥ 36 у PCL-5 [52]).

Терапія та оцінка

Жоден з учасників не припинив лікування. Тривалість терапії (середня кількість місяців = 22; діапазон = 8–35 місяців) і кількість отриманих сеансів (середня кількість сеансів = 41; діапазон = 25–66) існували значущі варіації між людьми. Ближче до кінця терапії сеанси часто скорочувалися до раз на два тижні, потім щомісяця, отже подовжуючи терапію. Варто зазначити, що один учасник (П5), який отримав 42 сеанси протоколу травма-фокусованої терапії, також мав ще 82 сеанси для ряду інших складних презентаційних труднощів, пов'язаних із численними проблемами з фізичним здоров'ям, включаючи пошкодження лобової частки після інсульту, і постійні соціальні потреби.

Два клієнти (22%; П1 і П8) не завершили базову оцінку, оскільки список очікування становив менше 2 тижнів. Усі учасники (100%) завершили оцінку перед терапією, а вісім учасників (89%) пройшли оцінку наприкінці терапії. Учасник (П4), який не завершив оцінку наприкінці терапії, пройшов подальшу оцінку, отже, дозволяючи порівняти між попередньою терапією та подальшим спостереженням. Сім учасників (78%) завершили свою подальшу оцінку. Один учасник (П1) не відвідав свій контрольний прийом через проблеми з фізичним здоров'ям, а одній учасниці (П5) не запропонували подальше спостереження, оскільки її відвідували для

терапії до того, як це стало рутинною точкою оцінки. Крім того, двоє учасників не завершили оцінку посттравматичних симптомів (П2 і П7), депресії (П3 і П7) або тривоги (П3 і П7) під час подальшого спостереження. Оскільки лише сім учасників відчували марення, лише 78% вибірки завершили SCL-90-R -марення (51). Лише 67% (n = 6) виконали PTGI (56), оскільки цей захід було введено після того, як троє учасників уже почали терапію. Представлено зведення середніх даних для кожного з показників у кожній точці оцінки.

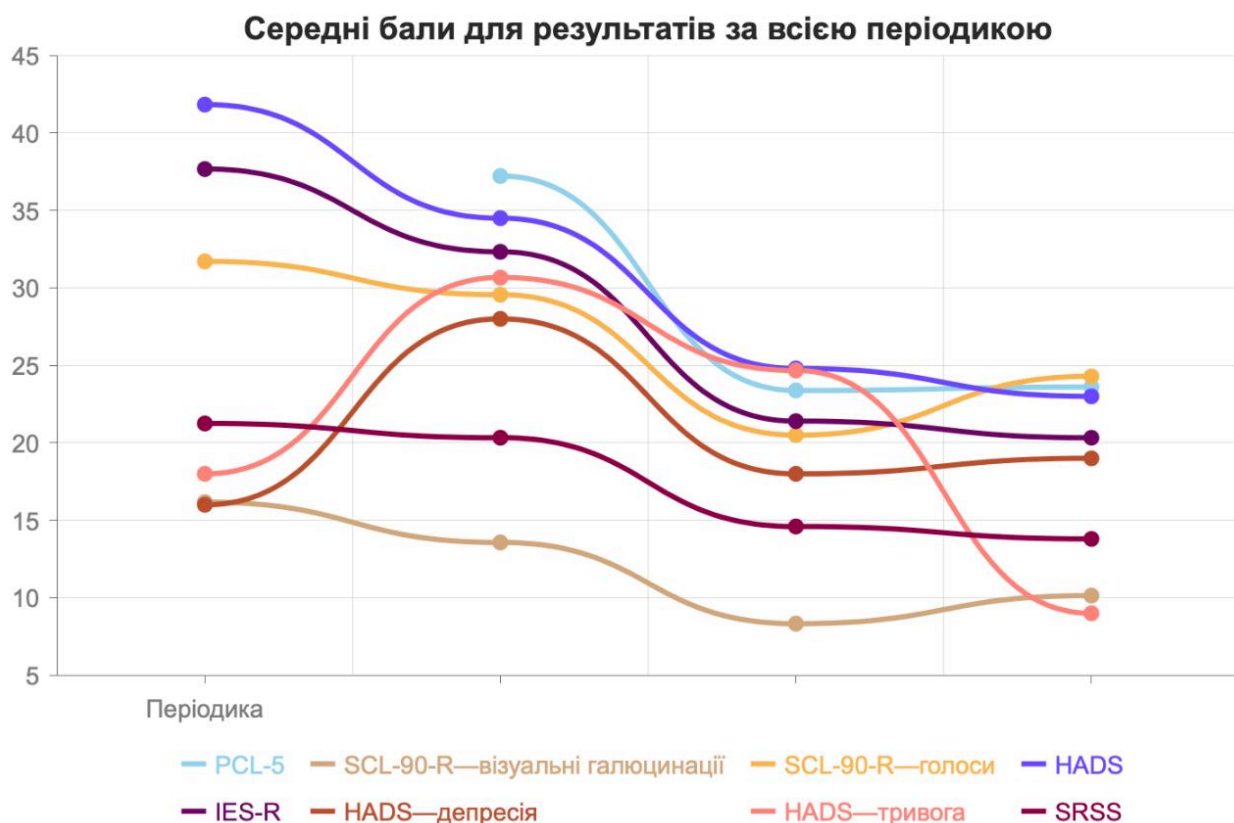


Рис. 4.2 Середні бали для результатів за весь період часу

Зміни під час терапії

Загальне середнє значення для групи на ПТСР симптоматику впало з «важкого» діапазону напередодні терапії до «від середнього до важкого» діапазону після терапії, яке зберігалось під час подальшого спостереження. З точки зору індивідуальних балів усі учасники, які пройшли до та після оцінки (n = 8), мали нижчі бали після терапії, і 63% (n = 5) з них показали надійні покращення. Жоден учасник не продемонстрував погіршення симптомів наприкінці терапії порівняно з попереднім лікуванням. П'ять (56%) учасників заповнили PCL-5 під час подальшого спостереження. З них чотири учасники (80%) показали покращення порівняно з попередньою терапією, один з яких

(20%) продемонстрував надійне покращення. Оцінка одного (20%) учасника за PCL-5 під час подальшого спостереження повернулася до того самого рівня, що й оцінка до терапії (незважаючи на виявлення ненадійного покращення між до та після терапії). Жоден учасник не продемонстрував погіршення посттравматичних симптомів під час подальшого спостереження порівняно з попереднім лікуванням.

Слухові галюцинації – загальне середнє значення для групи голосів SCL-90-R було знижено як після терапії, так і під час подальшого спостереження порівняно з до терапії. Показники між до і після терапії знизилися у п'яти (63%) із восьми учасників, які завершили оцінку після терапії, з яких двоє (25%) учасників показали достовірне покращення свого стану. Сім учасників (78%) завершили SCL-90-R -голоси під час подальшого спостереження. З них 29% (n = 2) продемонстрували надійні покращення під час подальшого спостереження порівняно з попереднім лікуванням. П'ятдесят сім відсотків (n = 4) продемонстрували погіршення голосових галюцинацій, хоча жодне з них не вказувало на достовірні зміни.

Марення порівняно з попереднім лікуванням, загальне середнє значення для групи SCL-90-R -марення було знижено як після терапії, так і під час спостереження. Із семи учасників, які відчували марення, шість (86%) завершили SCL-90-R -марення після терапії, і показники між попередньою та посттерапією знизилися у чотирьох (67%) з них, з яких троє (50%) показали достовірне покращення. Інших достовірних змін не було. Усі учасники, які зазнали марення (n = 7), завершили цей захід під час подальшого спостереження. З них 43% (n = 3) показали достовірне покращення показників марення під час подальшого спостереження порівняно з попереднім лікуванням, без інших достовірних змін.

Загальне середнє значення для групи за показниками депресії впало з важкого та надзвичайно важкого діапазонів [за HADS (n = 5) та HADS-депресія (n = 3), відповідно] до помірного діапазону, який підтримувався при подальшому спостереженні. З восьми осіб, які завершили оцінку після терапії, усі, крім одного учасника (n = 7), покращили свій показник депресії між до та після терапії, четверо (50%) з яких вказали на надійні покращення. П'ять учасників (56%) завершили лікування депресії під час подальшого спостереження. З них 80% (n = 4)

продемонстрували покращення показників депресії під час подальшого спостереження порівняно з попереднім лікуванням, 40% (n=2) з них продемонстрували достовірні покращення, без інших достовірних змін.

Вісім учасників (89%) виконали опитувальник тривоги наприкінці терапії. Загальне середнє значення для групи IES-R знизилося з важкого діапазону до терапії до помірного діапазону після терапії (n=5). Це зберігалось під час подальшого спостереження (n=3). Для тих, хто пройшов тест HADS-тривоги (n=3), загальні середні показники знизилися наприкінці терапії порівняно з показниками до терапії, але залишалися в надзвичайно важкому діапазоні. Проте під час подальшого спостереження середнє значення HADS-тривоги впало до легкого діапазону (n=2). Шістдесят три відсотки (n=5) тривоги учасників зменшилися між до і після терапії, 36% (n=3) з яких вказали на достовірні покращення. Інших достовірних змін не було. П'ять учасників (56%) завершили вимірювання тривоги під час подальшого спостереження. З них 100% (n=5) показали покращення своєї тривожності під час подальшого спостереження порівняно з попереднім лікуванням, 40% (n=2) з яких продемонстрували надійні покращення.

П'ять учасників (83%) заповнили PTGI наприкінці терапії. Загальне середнє значення для групи за PTGI (n=5) впало з помірного до важкого діапазону напередодні терапії до легкого діапазону наприкінці терапії. Це було підтверджено під час подальшого спостереження. Чотири учасники (80%) покращили оцінку свого емоційного благополуччя між до та після терапії, а 40% (n=2) вказали на надійні покращення. Інших достовірних змін не було. П'ять учасників (83%) заповнили PTGI під час подальшого спостереження. З них 80% (n=4) продемонстрували зниження оцінки свого благополуччя під час подальшого спостереження порівняно з попереднім лікуванням, один з яких (20%) продемонстрував достовірне покращення без інших достовірних змін.

Відгуки учасників щодо задоволеності терапією

Усі учасники (n=9) склали АЗТ (59) або наприкінці терапії (n=8), або під час подальшого спостереження (P4). Загалом 78% (n=7) були «дуже задоволені», а 22% (n=2) були «задоволені» терапією, яку вони отримували. Вісімдесят дев'ять відсотків

(n = 8) зазначили, що вони відчують «значний прогрес» у терапії, а один учасник (11%) вважав, що вони досягли «невеликого прогресу». Усі учасники (100%) оцінили, що вони «дуже» довіряють своєму терапевту; 89% відчули, що їх терапевт «дуже розуміє»; 11% (n = 1) відчували, що їх терапевт «досить розуміючий». Вісімдесят дев'ять відсотків (n = 8) підтвердили, що вони або «повністю погоджуються» або «погоджуються», що вони досягли кращого розуміння розвитку своїх проблем, а 78% (n = 7) підтверджують, що вони «повністю погоджуються», що вони досягли кращого розуміння свого досвіду. Вісімдесят дев'ять відсотків (n = 8) зазначили, що вони «повністю погоджуються» з тим, що вони отримали методи та техніки для вирішення своїх проблем. Шістдесят сім відсотків (n = 6) і 33% (n = 3) оцінили, що завдання між сесіями були «дуже корисними» або «трохи корисними» відповідно.

Була заплановано низку стратегій для максимального утримання учасників у дослідженні та забезпечення повноти результатів. Заходи оцінки були чітко розставлені за пріоритетністю, щоб найважливіші були зібрані в першу чергу, щоб уникнути втрати даних. PCL-5 [79] (первинний результат) завжди призначався першим, потім SCL-90-R [77] і концепт безкоштовної терапії за ініціативою КПТ спеціалістів з УКУ.

Була гнучкість щодо місця проведення оцінювання, включаючи дистанційне оцінювання або відвідування дому для учасників. Оцінка в середині терапії була включена, щоб мінімізувати вилучення з випробування, оскільки це тривалий період без контакту з дослідницькою групою для цієї популяції. Чотири телефонні дзвінки «на зв'язку» також допомогли утримати учасників випробування до остаточної оцінки через 24 години після рандомізації.

Покращення доступу до психологічної терапії та впровадження медичної допомоги з інформацією про травми є ключовими питаннями для державних служб в Україні. Запропонована терапія забезпечила новий інтегрований психологічний підхід для людей зі складними проблемами психічного здоров'я, чії потреби часто не задовольняються службами психічного здоров'я. Результати цього дослідження корисні пацієнтам, клініцистам і клінічним службам. Запропоноване втручання потенційно може надати значущі переваги значній кількості людей, які постраждали

від травми психотичного епізоду і попередніх, з точки зору зменшення тривожного посттравматичного стресу, психозу та інших симптомів. Терапія була визнана прийнятною та безпечною, тому вона зможе подолати перешкоди в проведенні терапії в клінічній практиці, такі як занепокоєність клініцистів щодо потенціалу орієнтованої на травму терапії для посилення симптомів психозу, а також брак впевненості чи компетентності в ефективному лікуванні проблем, пов'язаних із травмою.

Окрім задоволення незадоволених потреб населення у службах психічного здоров'я вторинної медичної допомоги, терапія також може усунути розрив у наданні, який існує між первинною та вторинною медичною допомогою. Багатьом людям із психозами відмовляють у наданні вторинної медичної допомоги, незважаючи на наявність тривожних симптомів, оскільки вони не відповідають все більш високому порогу, встановленому громадськими групами психічного здоров'я та службами раннього втручання при психозі, які часто базуються на складності соціальних потреб [12], відсутність загального функціонування та негайний ризик госпіталізації, а не прояв дистресу. Таким чином, особи, які оцінюються як функціонуючі «достатньо добре», або на даний момент не мають достатньої гостроти або перебувають у кризовому стані, повертаються до первинної медичної допомоги, але їх діагноз психозу виключає їх із послуг психологічної терапії первинної медичної допомоги [57]. Це дослідження потенційно забезпечить втручання, засноване на доказах, щоб задовольнити потреби цієї наразі занедбаної групи населення.

Висновки до четвертого розділу

Це дослідження серії випадків продемонструвало, що безпечно, здійснено та прийнятно інтегрувати поточні когнітивно-поведінкові підходи до посттравматичного стресу та психотичних симптомів у єдиний протокол для осіб із поточними тривожними симптомами психозу та посттравматичного стресу, що проявляються у психологічній терапії. Усі учасники завершили терапію, і в результаті втручання не було жодних несприятливих результатів у вигляді достовірного погіршення симптомів, рецидиву або госпіталізації. Оцінки задоволеності були

високими, і всі клієнти, крім одного (88%), досягли надійного покращення принаймні одного симптому після терапії.

Візуальне обстеження групових середніх показників продемонструвало тенденцію до покращення показників усіх симптомів як наприкінці терапії, так і через 6+ місяців спостереження. З точки зору оцінки індивідуальних змін, дуже обнадійливо те, що значна більшість показала покращення за кожним із показників симптомів, причому приблизно одна третина учасників вказує на надійні зміни за кожним із показників у кожній точці часу. Показники покращень після терапії були вдвічі вищими, ніж протягом періоду списку очікування, для тих результатів, для яких були доступні дані списку очікування (тобто всі показники, крім PCL-5). Найбільше покращення спостерігалось щодо посттравматичних симптомів, у яких усі клієнти показали кращі оцінки, причому 63% вказували на надійну зміну. Ці багатообіцяючі висновки надають деяку підтримку точці зору про те, що включення стратегій прямої обробки пам'яті є необхідним для усунення посттравматичних симптомів.

Дослідження має хорошу екологічну валідність, оскільки вибірка була репрезентативною для неоднорідності та складності осіб, які мають тривожний посттравматичний стрес і психотичні симптоми в клініці, на відміну від РКД, які критикувалися на основі суворих критеріїв включення та які включають особи без поточних психотичних симптомів.

Це дослідження має важливе значення для психологічного лікування симптомів посттравматичного стресу у людей, які мають психотичні симптоми. По-перше, він базується на нових доказах того, що лікування посттравматичних симптомів за допомогою уявних стратегій переробки є безпечним, прийнятним і здійсненим для цієї популяції. Це також підтверджує твердження ван ден Берга та інших (40) про те, що, здається, немає жодного виправдання для виключення людей із поточними психотичними симптомами з втручань, орієнтованих на травму. Крім того, це свідчить про те, що комплексний підхід, спрямований як на психотичні, так і на посттравматичні симптоми, може мати позитивний вплив не лише на позитивні симптоми психозу та посттравматичні симптоми, але й на депресію, тривогу та

благополуччя. Зараз необхідне РКД для перевірки ефективності втручання для цієї популяції. Для майбутніх досліджень буде важливо також звітувати про функціональні переваги, такі як зміна статусу зайнятості чи кількість відвідувань медичних закладів, а також результати, такі як якість життя та соціальне функціонування.

ВИСНОВКИ

Незважаючи на поточні суперечки, більшість розглянутих в даній роботі досліджень однозначно позиціонують психоз і адаптацію до цього досвіду в рамках травми. Враховуючи сейсмічний вплив, який перший психотичний епізод може мати на людину та його виникнення під час критичного періоду розвитку, подальші дослідження травматичної природи та її наслідків є вирішальними для терапевтичного втручання. Щоб вийти за межі діагностики ПТСР і покращити розуміння травматичного впливу психозу ця дисертація вміщала в собі як якісні, так і кількісні методи для досягнення цілей дослідження. Дослідження охоплювало побудову теоретико-методологічної моделі для вивчення посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинними психотичними епізодами, використовуючи клінічні інтерв'ю, форми персональних даних, шкали впливу подій, описи роздумів, пов'язаних з подіями – коротка форма, вибрані субшкали розкриття травми опитувальники, вимірювання саморозкриття, опитувальники посттравматичного зростання та опитувальники процесу відновлення. Оцінка суб'єктивних переживань, пов'язаних із психотичними симптомами та лікуванням у пацієнтів із психотичними епізодами, включала як якісні, так і кількісні методи, включаючи тематичний аналіз, аналіз помилок семантичних асоціацій, форми особистих даних та анкети для розкриття інформації про травму. Крім того, порівняльний аналіз посттравматичних симптомів після психогенних та екзогенних психозів, розробка психодіагностичних принципів діагностики посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинними психотичними епізодами та дослідження умов, особливостей перебігу, наслідків та прогностичного значення індивідуальних проведено клініко-психологічні параметри

посттравматичної симптоматики після психозу. Робота була виконана згідно з поставленими задачами

1. Була побудована теоретико-методологічна модель дослідження посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинним психотичним епізодом для цього був застосований пакет методик, спрямованих на вивчення посттравматичних симптомів у пацієнтів із первинним психотичним епізодом. Для цього використовувалися різноманітні методики, включаючи якісні та кількісні підходи.

2. Був оцінений досвід суб'єктивних переживань, пов'язаних з переживанням психотичних симптомів та лікуванням у пацієнтів з психотичними епізодом, за допомогою якісних та кількісних методів. Здійснено оцінку суб'єктивних переживань, пов'язаних із психотичними симптомами та лікуванням, та розроблені психодіагностичні принципи діагностики посттравматичних симптомів у цій категорії пацієнтів. Серед різних негативних переживань виявлені психологічні чинники переживання першого психотичного епізоду як травмуючої події у хворих на шизофренію, серед описаних учасниками, пов'язаних із їх психотичним епізодом, 53% повідомили, що симптоми були найбільш засмучувальними, 42% повідомили, що досвід лікування був найбільш засмучувальним, а 5% вказали, що подія пов'язана як із симптомами, так і з лікуванням разом, найбільше засмучувала. Серед учасників, для яких найбільш тривожна подія сталася більше місяця тому, 58% відповідали критеріям синдрому ПТСР, а 38% відповідали повним діагностичним критеріям ПТСР (тобто обидва критерії симптомів, подія, що сталася) більше ніж один місяць тому та критерії А1/А2, пов'язані з їх найбільш тривожною подією.

3. Розроблені психодіагностичні принципи діагностики посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинним психотичним епізодом. Досліджено умови формування, особливості перебігу та наслідки посттравматичних симптомів після психозу, а також визначено прогностичну та диференційно-діагностичну значущість їх клініко-психологічних параметрів. Підкреслено необхідність обґрунтування підходів до вибору методів психотерапії та профілактики посттравматичних симптомів у цій категорії пацієнтів.

4. Досліджені умови формування постравматичних симптомів після психозу, особливості їх перебігу, наслідків та визначити прогностичну і диференційно-діагностичну значущість їх окремих клініко-психологічних параметрів. В контексті дослідження було отримано докази щодо утворення ПТСР симптомів як наслідку пережитого психотичного епізоду, також позитивні результати від учасників після терапії, що свідчить про високий рівень задоволення та довіри до здійснюваного лікування. Комбінована терапія як метод також показала значний прогрес у зменшенні симптомів тривожного посттравматичного стресу, психозу та інших симптомів, що може бути корисним для пацієнтів із психотичним епізодом

5. Обґрунтовані підходи до вибору методів психотерапії та профілактики постравматичних симптомів після психозу. Важливими аспектами дослідження є гнучкість в оцінці та стратегії максимального утримання учасників у дослідженні. Запропоноване втручання має потенціал покращити доступ до психотерапії для осіб із складними проблемами психічного здоров'я, що дозволяє врахувати їх потреби та обходити розрив у наданні медичної допомоги між первинною та вторинною медичною допомогою. Результати дослідження можуть бути важливим внеском у розробку ефективних стратегій лікування та підтримки для цієї недооціненої групи населення в Україні.

Це дослідження підтверджує попередні висновки про те, що нещодавні психотичні епізоди пов'язані з високим рівнем дистресу, охоплюючи симптоми постравматичного стресового розладу (ПТСР), пов'язані як з психотичними симптомами, так і з досвідом лікування, таким як примусова госпіталізація, ізоляція та обмеження. Унікальне у своїй зосередженості на оцінці важливості критеріїв A1/A2 у діагностиці ПТСР після психотичного епізоду дослідження показує, що майже вдвічі більше учасників відповідали критеріям симптомів ПТСР незалежно від критеріїв A1/A2 (66%) порівняно з тими, хто мав повний ПТСР. Критерії, у тому числі критерії A1/A2 (39%). Однак рівні дистресу та функціональні порушення були порівнянними для учасників, які відповідали будь-якому визначенню ПТСР. Ці результати свідчать про те, що втручання мають бути спрямовані на клієнтів із

симптомами ПТСР після психотичного епізоду, незалежно від того, чи відповідає травматична подія критеріям A1/A2.

Зазначено різноманітні негативні реакції на психотичні симптоми, де більшість учасників відзначалися тривожними проявами, такими як параноїдальні думки, страх втрати розуму та дивна поведінка. Понад половина учасників зі 143 намагалися уникнути небезпеки, а третина зазнала лякаючих галюцинацій. Виявлено, що більшість найбільш тривожних подій, пов'язаних із психотичними переживаннями, відбулися більше місяця тому, і їх наслідки відчуває значна кількість учасників у вигляді синдрому посттравматичного стресового розладу.

Оцінка критеріїв A1/A2 показала, що більшість тривожних подій відповідають критеріям уявної загрози та негативної емоційної реакції. Серед різних негативних переживань, пов'язаних із психотичним епізодом, симптоми визнають як найбільш засмучувальними більше половини учасників.

Підкреслено, що понад дві третини учасників мали синдром посттравматичного стресового розладу, пов'язаний із їх найбільш тривожною подією. Важливо відзначити, що значна кількість учасників, для яких найбільш тривожна подія сталася більше місяця тому, відповідали критеріям синдрому ПТСР, що вказує на тривалі ефекти травматичного досвіду в цій групі.

З цієї роботи можна вивести кілька рекомендацій. Необхідно покращити умови госпіталізації та краще захистити пацієнтів від загроз з боку інших пацієнтів. Лікарі повинні знати, що пацієнти з гострим психозом можуть надмірно реагувати на соціальні взаємодії та неправильно їх інтерпретувати; отже, варто посилити спеціалізовану підготовку для взаємодії з цією групою пацієнтів у невідкладних і лікарняних умовах. Застосування фізичного обмеження має бути суворо обмеженим і враховувати фізичні та психологічні наслідки, які воно може спричинити, застосовуючи його лише під ретельним наглядом лікаря та медсестри.

Виявлено, що особи із діагнозом посттравматичного стресового розладу та ті, хто повторно зазнавали високий рівень втручань після першого епізоду психозу, сприймали стрес в психіатричному відділенні значно вище ($p < 0,05$ та $p < 0,01$ відповідно). Сприйняття стресу корелювало з інтрузивними думками та уникненням,

а симптоми травми не мали кореляції з залишковими психотичними симптомами. Спостережено, що «уникаючі» особи частіше застосовували когнітивні стратегії для уникнення інтрузій.

Приблизно третина пацієнтів із першим епізодом психозу відповідає критеріям DSM-IV для посттравматичного стресового розладу. Дослідження не підтверджує прямий зв'язок між травматичними симптомами та конкретними шляхами лікування, але вказує на високий рівень дистресу та стресу, пов'язаних із діагнозом та лікуванням.

Зазначено зниження середніх балів відповідно до шкали SCL-90-R з часом, але з підвищеним балом за негативною шкалою. Учасники відчували легке погіршення самопочуття. Результати підтверджують, що травматичні симптоми не завжди пов'язані з конкретним лікуванням та вказують на важливість вивчення взаємозв'язків між стресом та психічним здоров'ям у контексті перших епізодів психозу.

Це дослідження підкреслює важливість перенесення уваги на розуміння впливу психотичного епізоду з ширшої точки зору. Теми, визначені в цьому дослідженні, включаючи дезінтеграцію, відчуження, стигматизацію, почуття втрати та дефіциту, визнання хвороби як постійної проблеми та сприйняття примусового лікування, вказують на вплив першого психотичного епізоду на особистість людини, стосунки та діапазон негативні емоційні реакції, які можуть виникнути. Майбутні дослідження можуть вивчити, як аспекти цього профілю травми впливають і пов'язані з адаптацією до першого психотичного епізоду, включаючи потенціал для конструктивних змін. Також можна дослідити клінічну користь деяких із цих аспектів у відповіді на травму. Хоча учасники цього дослідження представляли різні професії, необхідні подальші дослідження з різними когортами осіб, які пережили перший психотичний епізод, щоб встановити ширше розуміння цих тем. Масштабні кількісні дослідження також можуть допомогти визначити репрезентативність цих тем серед пацієнтів.

Це дослідження серії випадків продемонструвало безпечну, здійсненну та прийнятну інтеграцію сучасних когнітивно-поведінкових підходів до посттравматичного стресу та психотичних симптомів в уніфікований протокол для

осіб із поточними симптомами тривоги психозу та посттравматичного-стресового синдрому. Усі учасники завершили терапію, і не було жодних несприятливих результатів у вигляді значного погіршення симптомів, рецидиву або госпіталізації. Оцінки задоволеності були високими: усі клієнти, крім одного (88%), досягли надійного покращення принаймні одного симптому після терапії.

Найсуттєвіше покращення спостерігалось щодо посттравматичних симптомів, де всі клієнти показали кращі показники, при цьому 63% вказували на достовірну зміну. Ці багатообіцяючі висновки підтверджують думку про те, що для полегшення посттравматичних симптомів необхідно використовувати стратегії прямої обробки пам'яті.

Дослідження має хорошу екологічну валідність, оскільки вибірка була репрезентативною для різноманітності та складності осіб, які переживають тривожний посттравматичний стрес і психотичні симптоми в клінічних умовах, на відміну від РКД, які критикували за суворі критерії включення та включали осіб без поточних психотичних симптомів.

Це дослідження має значущі результати для психологічного лікування симптомів посттравматичного стресу в осіб із психотичними симптомами. По-перше, це надає нові докази того, що лікування посттравматичних симптомів за допомогою творчих стратегій обробки є безпечним, прийнятним і можливим для цієї групи населення. Це також підтверджує твердження ван ден Берга та інших про те, що, немає виправдання для виключення осіб із поточними психотичними симптомами з втручань, орієнтованих на травму. Крім того, це вказує на те, що комплексний підхід, спрямований як на психотичні, так і на посттравматичні симптоми, може позитивно вплинути не лише на позитивні психотичні та посттравматичні симптоми, але й на депресію, тривогу та самопочуття загалом. Майбутні дослідження також мають повідомляти про функціональні переваги, такі як зміни в статусі зайнятості чи використання медичних послуг, а також результати, такі як якість життя та соціальне функціонування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бачериков А. М. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом (діагностика, клініка, лікування) / А. М. Бачериков, І. Г. Мудренко // Український вісник психоневрології. - 2007. - Т. 15, вип. 3. - С. 30-33. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2007_15_3_12
2. Бондаренко І. В., Пархоменко В. М. Травматичні події в анамнезі у хворих на шизофренію: особливості, ступені, специфіка. Здоров'є чоловіка. 2018. № 1 (86). С. 10–13.
3. Волякін Я. Ф., Кардаш Т. Г., Волякіна В. Г. Шизофренія та посттравматичний стресовий розлад: взаємозв'язок і вплив на клінічний перебіг. Східно-Європейський журнал психіатрії та психотерапії. 2019. Т. 21. № 3. С. 71–75.
4. Гавриш Ф. І. Основи психології: Атлас / за ред. В. О. Васютинського. Київ, 2007. 510.
5. Горшкова С. Ю., Трубникова О. А. Шизофренія і посттравматичний стресовий розлад: диференційована діагностика та психотерапевтичні підходи. Інтегративна психотерапія. 2017. № 3. С. 47–56.
6. Данилюк І.В. Взаємозв'язок феноменів психологічного благополуччя, щастя та задоволеності життям особистості //Детермінанти психологічного благополуччя особистості: монографія /Л. З. Сердюк, І. В. Данилюк, В. В. Турбан, О. І. Пенькова, Н. Д. Володарська [та ін.]; за ред. Л. З. Сердюк. Київ – Львів: Видавець Вікторія Кундельська, 2021. – 236 с. - С.150-160.
7. Данилюк І.В., Шиковець С.О.Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та психологічна травма за расовою приналежністю//Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи». – К.: КНУ імені Тараса Шевченка, 2-21. – С.38-41
8. Жуков С. В., Ткаченко О. В. Фактори довкілля у патогенезі шизофренії: роль дитячої травми - огляд літератури. Шизофренія і інші психічні розлади. 2017;

- 33: 3–10. Ковальчук О. П., Іванова Н. В., Мартиновська І. В. Шизофренія та посттравматичний стресовий розлад: спільні риси та особливості психотерапевтичного втручання. Психіатрія, неврози, органічні розлади: зб. наук. праць. 2018. Т. 26. № 2. С. 41–46.
9. Зав'язкіна Н. В. Мова як одна із складових експертно-психологічної особистості // Судова експертиза. Сучасний стан та перспективи розвитку: тези доповідей. – К.: Міністерство юстиції України, 2010. – С. 389.
10. Зав'язкіна Н. В. Роль психологічної діагностики в прийнятті експертних рішень / Н. В. Зав'язкіна // Психіатрія, психотерапія і клінічна психологія. – 2015. – № 2. – С. 142–148.
11. Зав'язкіна Н. В. Сучасні міждисциплінарні підходи до діагностики психічних розладів у кримінальному та цивільному процесі / Н. В. Зав'язкіна // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2016. – Вип. 33. – С. 185–193.
12. Зав'язкіна Н. В. Клініко-психологічна оцінка обмеженої здатності «розуміти, оцінювати та приймати рішення» в цивільному процесі / Н. В. Зав'язкіна // Психологічний часопис. – 2018. – № 5. – С. 283–296.
13. Іванова О. С., Кравчук О. П., Тимошенко Т. М. Вступ до когнітивно-поведінкової терапії. Львів: Свічадо, 2014. 420 с.
14. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Кришталь О. О. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я No269-2018. «Метод комплексного лікування та реабілітації хворих на параноїдну шизофренію». // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я No269-2018. Київ. 4 с.
15. Козак Л. М., Павлов І. П. Особливості травматичних подій та їх вплив на перебіг шизофренії. Актуальна психіатрія. 2018. Т. 20. № 2. С. 48–54.
16. Козлов М. О. Навчання когнітивно-поведінковій терапії в Європі та Україні. Вища освіта України. Додаток 2 до No 3. 2011. Том 5 (30). С. 197–205.

17. Кришталь О.О. Динаміка психопатологічних порушень та рівня соціального функціонування у хворих на шизофренію під впливом комплексного лікування // Науковий журнал «ScienceRise: Medical Science». 2018. №2 (22). С.31-34.
18. Литвінова Е. И., Люботина М. Ю. Когнітивно-поведінкова терапія при шизофренії. Вістник психіатрії та психології. 2018. Т. 15. № 4. С. 10–15.
19. Лукавенко Л. І. Психотерапевтичні аспекти лікування хворих на шизофренію з посттравматичним стресовим розладом. Український вісник сучасної психіатрії. 2020. Т. 1. № 1. С. 26–30.
20. Ліщук В. М. Практичні аспекти використання когнітивно-орієнтованих тренінгів засобами комунікації: методичні рекомендації. Київ, 2014. 84 с.
21. Мілютіна К. Технологія раціонально– інтуїтивної психотерапії. К.: Главник, 2008, 44 с.
22. Мішиєв В.Д., Блажевич Ю.А. Методологічні підходи щодо виявлення структурно-дінамічних особливостей афективних розладів у пацієнтів з першим психотичним епізодом та їх терапія// Український вісник психоневрології. 2015. Т.23, Вип. 3(84). С.89–92. *Дисертант обґрунтував та сформулював мету і завдання дослідження.*
23. Молчанова О. О. Нейрокогнітивні порушення і соціальне функціонування у хворих на параноїдну шизофренію : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення», 27-29 квіт. 2017 р. / О. О. Молчанова // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 2 (89). – С. 155-156.
24. Молчанова О. О. Нейрокогнітивний дефіцит і соціальне функціонування у хворих на параноїдну шизофренію з різною тривалістю захворювання / О. О. Молчанова // Актуальні питання психіатричної і наркологічної допомоги в Україні та світі. Особистісно-орієнтована психотерапія : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 20 жовт. 2017 р. – К., 2017. – С.17.
25. Мудренко І. Г. Аутоагресивна поведінка у хворих з дебютом шизофренії // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції студентів, молодих

- вчених, лікарів та викладачів «Сучасні проблеми клінічної та теоретичної медицини», Суми.- 2005.-С. 70-71.
26. Мудренко І. Г. Психологічні предиктори аутоагресивної поведінки у хворих з маніфестним психозом шизофренії // Матеріали Х Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих учених. – Тернопіль, 2006.- С.125.
27. Онуфрієва Ліана, Харченко Євген. Психологічна реабілітація учасників бойових дій з психічними розладами та травмами. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», 2023, 61, С. 51–73.
28. Петренко В. М., Сидоренко В. І., Ковальчук В. С. Посттравматичні стресові розлади: проблеми діагностики та лікування. Міжнародний медичний журнал. 2014; 10(1): 33–38.
29. Пилягіна Г, Башинський О. Мотивація саморуйнівної поведінки у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру. PMGP 13, Вересень 2020 [цит. за 11, Липень 2022];5(3):e0503263. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/263> doi: 10.26766/PMGP.V5I3.263
30. Пилягіна Г, Башинський О.(2020) Саморуйнівна поведінка у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектра. *Український вісник психоневрології* ,28, (103) 36-41, doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-7>
31. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженка А. І. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посіб. / за ред. — К. : ТОВ Видавничий дім “Калита”, 2014. — 92 с
32. Плотнікова О.В. Клініко-психопатологічні особливості хворих на шизофренії на тлі антипсихотичної терапії в умовах сучасного патоморфозу: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 /О.В. Плотнікова: Укр. НДІ соц. і суд. псих. та нарк.// К.2012. 20с.
33. Полівко Л., Трофімова. Зварич Р. Аналіз копінг-стратегій у військових, які зазнали ампутації: основні типи, рівень вираженості та зв'язок з соц.-демографічними харак-ми. Журнал суч. психології та психотер., 5(1), 24-32.

34. Полівко Л. Ю. Соціально-педагогічні аспекти при роботі з ромськими спільнотами. *ScienceRise: Pedagogical Education*, 2023. 4 (55), 15–20. doi:<http://doi.org/10.15587/2519-4984.2023.289914>
35. Савченко Л. М. Актуальні аспекти когнітивно-поведінкової терапії. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, червень 2021. No 13. С. 104–109.
36. Савченко Л. М. Когнітивна психологія: навч. посібник. Чернігів, 2012. 184 с.
37. Савченко Л. М. Когнітивні викривлення та їх зв'язок з емоційним інтелектом. Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання: матеріали міжнар. наук. конф. (Чернігів, 29 листопада 2020 р.). Чернігів, 2021. С. 81–85.
38. Савченко Л. М. Сучасний стан когнітивної психології в Україні. *Colloquium-journal*. 2021. No 4 (91).
39. Савченко Л. М. Феноменологія емоційного інтелекту: навч.- метод. посібник. Чернігів, 2016. 312 с.
40. Савченко Л. М., Дем'яненко Ю. О. Ілюзії мислення сучасної молоді. The X International Science Conference «Topical issues, achievements and innovations of fundamental and applied sciences»: матеріали міжнар. наук. конф. (March 09–12, 2021, Lisbon, Portugal). Lisbon, 2021. P. 292-295.
41. Скрипкова В. В., Костюкевич О. І. Посттравматичний стресовий розлад у хворих на шизофренію: діагностика та лікування. *Новий вісник наукових досліджень*. 2016. Т. 2. С. 66–70.
42. Шевелєв В. В. Психологічне благополуччя у термінології та практиці когнітивно-поведінкової терапії. Третя хвиля: виклики та перспективи. Збірник матеріалів Всеукраїнської конференції (м. Донецьк, 18 листопада 2020 р.). Донецьк, 2020. С. 7–10.
43. Харчук Е.В. Когнітивні порушення при шизо- френії та гіпертонічній хворобі: короткий огляд / Е.В. Харчук // *Архів психіатрії*. – 2012. – Т. 18, No 3. – С. 17-18.

44. Шевченко І. В., Петрусенко Т. В., Іванов В. О. Шизофренія та посттравматичний стресовий розлад: сучасний погляд на психічні розлади. *Український вісник психоневрології*. 2020. Т. 28. № 3. С. 39–42.
45. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій : медико- психологічні аспекти / Шестопалова Л. Ф. // *Гуманітарний часопис*. — 2005. — № 1. — С. 103–108.
46. Шестопалова Л. Ф. Загальні принципи та підходи лікувально-реабілітаційних заходів для осіб, що пережили різні екстремальні події / Шестопалова Л. Ф. , Кожевнікова В. А. , Болотов Д. М. // *Український вісник психоневрології*. — 2007. — Т.15, вип. 1 (50), додаток.
47. Шпортун О.М. Регулятивно-рівнева модель гумору в структурі особистісної регуляції і умовах норми та психічної патології // О.М. Шпортун /*Науковий журнал «Габітус» - Причорноморськ - Вип.18. Том2. – 2020. – С. 149-154.*
48. Abdelghaffar W, Ouali U, Jomli R, Zgueb Y, Nacef F. Posttraumatic stress disorder in first-episode psychosis: prevalence and related factors. *Clin Schizophrenia Related Psych*. 2018;12(3):105–2B.
49. Addington J, Gleeson J, Cotton S, Francey S, Graham A, Wood SJ, et al. CBT for Individuals at Ultra High Risk of Developing Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Early Interv Psychiatry* (2017) 11(5):321–31. doi: 10.1111/eip.12273
50. Anderson M, Stovall-McClough KC, Sinclair R, Chemtob CM. The Therapeutic Alliance, Regulation of Negative Mood, and Treatment Outcomes in PTSD Following Child Abuse. *J Consult Psychol* (2019) 67(5): 789–94. doi: 10.1037/0022-006X.67.5.78
51. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC; 2013.
52. Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (Ies-RJ): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(3):175–182.

53. Baker L, Birchwood M, Upthegrove R, Michail M, Ross K. Exploring the Dynamics of PTSD Following Recovery from First-Episode Psychosis: Examining Threats from Persecutors, Auditory Hallucinations, and Identity Disturbances. *Early Interv Psychiatry* (2014) 18: 225–39. doi: 10.1111/eip.12133
54. Ballard RP, Wickham S, Shevlin M, Varese F. The Impact of Specific Early-Life Adversities on the Manifestation of Psychotic Symptoms: Insights from the 2010 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Res* (2014) 45(8): 1102–08. doi: 10.1093/schbul/sbu012
55. Beattie N, Shannon C, Kavanagh M, Mulholland C. Predictors of PTSD symptoms in response to psychosis and psychiatric admission. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 56–60.
56. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): A New Validated Measure of Anomalous Perceptual Experience. *Schizophr Bull* (2006) 32(2):366–77. doi: 10.1093/schbul/sbj014
57. Berry K, Haddock G. The Implementation of the NICE Guidelines for Schizophrenia: Barriers to the Implementation of Psychological Treatments and Recommendations for the Future. *Psychol Psychother* (2008) 81(4):419–36. doi: 10.1348/147608308X279929
58. Birchwood M, Fowler D, Jackson C. Psychological Formulation of Early Episodes of Psychosis: A Cognitive Model. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C, eds. *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence, and Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons; (2000). p. 101–27.
59. Birchwood M, Michail M, Meaden A, Tarrrier N, Lewis S, Wykes T, et al. Cognitive Behavioural Therapy to Prevent Psychosis: A Randomised Controlled Trial. *Psychol Med* (2014) 44(2): 326–36. doi: 10.1017/S003329171300059X
60. Boltivets, S., Bashynskiy, O., & Zahariichuk, O. (2020). Socio-demographic characteristics of patients with schizophrenia, delusions of control, manifestations of self-destructive behavior and social malfunctioning who hospitalized forcibly and voluntarily. *Problems of Psychology in the 21st Century*, 14(1), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/20.14.27>

61. Boltivets, S., Chelyadyn, Y., Gonchar, T., Uralova, L., & Bashinskii, O. (2019). Socio-psychological characteristics of patients with schizophrenia receiving compulsory inpatient and outpatient treatment and voluntary psychiatric patients. *Problems of Psychology in the 21st Century*, 13(2), doi:<https://doi.org/10.33225/ppc/19.13.75>
62. Boltivets SI, Bashynskiy OO and Zahariichuk OV(2022). The Future of Psychiatry: Psychohygiene and Overcoming Self-Destruction in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Ment Health Hum Resilience Int J*, 6(1).
63. Breslau N, Chase GA, Anthony JC. Examining the Uniqueness of the ICD Definition of Post-Traumatic Stress Disorder: Implications for Research [Editorial]. *J Psychiatry Res* (2015) 22: 134–38.
64. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A Dual Representation Theory of PTSD: Examining Symptom Specificity. *J Abnorm Psychol* (2008) 114(1): 103–15. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.103
65. Brewin CR, Fuchkan N, Huntley Z, Robertson M, Thompson M, Scragg P. Outreach and Screening following the 2005 London Bombings: Usage and Outcomes. *Psychol Med* (2010) 40(12): 2049–57. doi: 10.1017/S0033291709992284
66. Brown A, Byrne R, Longden E, Morrison AP. Integrating Human Relationships, Ethics, and Recovery-Oriented Values into CBT for Individuals with Psychosis. *J Exp Psychopathol* (2017) 3(2): 134–45. doi: 10.5127/jep.034813
67. Brown L, Weertman A. Therapeutic Approaches to Childhood Memories: Current Theories and Practical Interventions. *J Behav Ther Exp Psychiatry* (2020) 45(6):523–40. doi: 10.1016/j.jbtep.2019.101580
68. Campbell LA, Kisely SR. Advance Statements and Care Planning: Confidentiality and Legal Privilege. *Curr Opin Psychiatry* (2009) 22(6):593–7. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283313b65
69. Chadwick P, Williams C, Mackenzie J. Impact of Case Formulation in Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis. *Behav Res Ther* (2003) 41(6):671–80. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00108-0

- 70.Chan SKW, Chan KK, Hui CLM, Lee EHM, Chang WC, Chen EYH. What Are the Antecedents and Consequences of Subjective Experiences in First-Episode Psychosis? A Systematic Review. *Clin Psychol Rev* (2019) 73:101780. doi: 10.1016/j.cpr.2019.101780
- 71.Chisholm B, Freeman D, Cooke A. Identifying potential predictors of traumatic reactions to psychotic episodes. *Br J Clin Psychol* (2006) 45(4):545–59. 10.1348/014466505X90136
- 72.Cohen LJ. Psychiatric hospitalization as an experience of trauma. *Arch Psychiatr Nurs* (1994) 8(2):78–81. 10.1016/0883-9417(94)90037-X
- 73.Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the impact of event scale—revised. *Behav Res Ther*. 2003; 41 (12):1489–1496
- 74.Davidson R. Rediscovering Wellness: Embracing a New Perspective on Mental Health Recovery. Edinburgh, Scotland: Mindful Press; (2012).
- 75.Davis CB, Zayfert C, Anderson E. A Survey of Psychologists’ Attitudes Toward and Utilization of Exposure Therapy for PTSD. *J Trauma Stress* (2016) 49(5): 689–704. doi: 10.1002/jts.22098
- 76.Davis J. Bridging Personal and Political: Understanding the Intersection of Trauma and Social Context. In: Thompson R, Moncrieff J, Davis J, editors. *Beyond the Medical Model: An Integrated Approach to Mental Health*. New York, NY: Routledge; (2013). p. 165–82.
- 77.Ellis A, Wright GD, Newman CF, Liese BS. *Cognitive-Behavioral Approaches to Substance Use Disorders*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; (2006).
78. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychol Assess*. 1997;9(4):445.
- 79.Fornells-Ambrojo M, Gracie A, Brewin CR, Hardy A. Narrowing the focus on the assessment of psychosis-related PTSD: a methodologically orientated systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7(1):32095
- 80.Fowler D, Hodgekins J, Garety P, Freeman D, Kuipers E, Dunn G, et al. Negative Cognitions About the Self in Patients with Persecutory Delusions: An Empirical

- Study of Self-Compassion, Self-Stigma, and Negative Beliefs About the Self. *Psychiatry Res* (2012) 200(2-3): 1028–32. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.005
81. Franklin CL, Repression JC, Wilner JK. Development and Initial Validation of the Posttraumatic Cognitions Inventory. *J Trauma Stress* (2002) 15(5): 479–90. doi: 10.1023/A:1020188805923
82. Freeman D, Garety PA, Fowler D, Kuipers E, Bebbington PE, Dunn G. Exploring Biases in Reasoning: A New Perspective on Delusions. *J Consult Clin Psychol* (2014) 72(4): 671–80. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.671
83. Grey N, Young K, Holmes E. Cognitive Restructuring within Reliving: A Treatment for Peritraumatic Emotional “Hotspots” in Posttraumatic Stress Disorder. *Behav Cogn Psychother* (2012) 30(1): 37–56. doi: 10.1017/S1352465802001054
84. Gumley AI, Schwannauer M, MacBeth A. A Systematic Review of Attachment and Psychosis: Measurement, Construct Validity and Outcomes. *Acta Psychiatr Scand* (2013) 127(4):283–94. doi: 10.1111/acps.12047
85. Haddock G, Tarrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S. A pilot investigation of the effectiveness of the group climate therapy for psychosis. *Behav Res Ther* (1999) 37(3): 277–86. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00139-6
86. Hartley S, Barrowclough C, Haddock G. Anxiety and Depression in Psychosis: A Test of the Efficacy of a Specialized Cognitive Behavior Therapy. *Behav Res Ther* (2013) 51(5): 267–75. doi: 10.1016/j.brat.2013.01.010
87. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, et al. A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Controlled Study. *Arch Gen Psychiatry* (2000) 57(3):277–83. doi: 10.1001/archpsyc.57.3.277
88. Hutton P, Taylor PJ. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychol Med* (2014) 44(3): 449–68. doi: 10.1017/S0033291713000370
89. Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *Br J Psychiatry* (2000) 177:522–8. doi: 10.1192/bjp.177.6.522

90. Jackson C, Knott C, Skeate A, Birchwood M. The trauma of first episode psychosis: the role of cognitive mediation. *Aust N Z J Psychiatry* (2004) 38(5):327–33. 10.1080/j.1440-1614.2004.01359.x
91. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-Behavioural Therapy for the Symptoms of Schizophrenia: Systematic Review and Meta-Analysis With Examination of Potential Bias. *Br J Psychiatry* (2014) 204(1):20–9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116285
92. Johnson S, Bewick BM, Mullin T, Gilbody S, Connell J, Cahill J, et al. The Mental Health Index-8: A Brief Measure of Psychological Distress for Routine Use in Mental Health Interventions. *Psychol Assess* (2014) 24(1):60–74. doi: 10.1037/a0034283
93. Jones K, Smith A, Williams S. Enhancing Metacompetence in Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis: A Practitioner's Guide. New York, NY: Guilford Press; (2014).
94. Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randomised Controlled Trial of Cognitive-Behavioural Therapy in Early Schizophrenia: Acute Phase Outcomes. *Br J Psychiatry* (2002) 181(S43):s91–7. doi: 10.1192/bjp.181.43.s91
95. Lincoln TM, Rief W, Hahlweg K, Frank M, von Witzleben I, Schroeder B, et al. Who Comes, Who Stays, Who Profits? Predicting Refusal, Dropout, Success, and Relapse in a Guided Self-Help Treatment for Social Anxiety Disorder. *Behav Res Ther* (2005) 43(3): 271–83. doi: 10.1016/j.brat.2003.12.007
96. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophr Bull*(1986) 12:594–602
97. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Yanos PT, Mahmoud N, Wolfe R. The Trauma of Psychosis: Posttraumatic Stress Disorder and Recent Onset Psychosis. *Schizophr Res* (2007) 91(1-3): 293–300. doi: 10.1016/j.schres.2006.12.010
98. MacDonald-Wilson KL, Deegan PE, Hutchison SL, Parrotta N, Schuster JM. Integrating personal medicine into service delivery: empowering people in recovery. *Psychiatr Rehabil J* (2013) 36(4):258–63. 10.1037/prj0000027

99. MacDonald-Wilson KL, Hutchison SL, Karpov I, Wittman P, Deegan PE. A successful implementation strategy to support adoption of decision making in mental health services. *Community Ment Health J* (2017) 53(3):251–6. 10.1007/s10597-016-0027-1
100. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Äijälä A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis* (1999) 187(6):343–52. 10.1097/00005053-199906000-00003
101. McGorry PD, Chanen A, McCarthy E, Van Riel R, McKenzie D, Singh BS. Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis an unrecognized postpsychotic syndrome. *J Nerv Ment Dis* (1991) 179(5):253–8. 10.1097/00005053-199105000-00002
102. Mitchell S, Barkham M, Hardy G. The Significance of Change in Mental Health: A Practical Guide to Using D Reliable Change Index. *J Mental Health* (2008) 17(3): 255–69. doi: 10.1080/09638230601182056
103. Mitchell S. A Comprehensive Perspective on Trauma: An Integrative View of the Role of the Traumatic Stress Response in the Development of Psychopathology and/or Growth. *J Trauma Dissociation* (2017) 19(1): 98–121. doi: 10.1080/15299732.2017.1384199
104. Montreuil TC, Mueser KT. Alcohol and Drug Use and Antisocial Behavior Among Individuals With Psychotic Disorders: Relationship to Cognitive and Psychosocial Functioning. *J Nerv Ment Dis* (2008) 196(2): 92–9. doi: 10.1097/NMD.0b013e318162a35a
105. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, et al. Cognitive Therapy for the Prevention of Psychosis in People at Ultra-High Risk: Randomised Controlled Trial. *Br J Psychiatry* (2004) 185: 291–7. doi: 10.1192/bjp.185.4.291
106. Morrison AP, Renton JC, French P, Bentall RP, Thinkwell group. Think you're Crazy? Think Again: A Resource Book for Cognitive Therapy for Psychosis. London: Routledge; 15-31 (2009).

107. Morrison AP, Turkington D, Pyle M, Spencer H, Brabban A, Dunn G, et al. Cognitive Therapy for People with Schizophrenia Spectrum Disorders Not Taking Antipsychotic Drugs: A Single-Blind Randomised Controlled Trial. *Lancet Psychiatry* (2014) 1(2): 109–19. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70223-5
108. Miliutina, K (Miliutina, Kateryna) [1] ; Chuiko, O (Chuiko, Olena) [2] ; Legka, V (Legka, Viktoriya) [3] ; Shkuro, V (Shkuro, Valentyna) [2] Tolerance and social inclusion as a condition for successful rehabilitation of persons with disabilities. *AMAZONIA INVESTIGA*, 204-213 DOI10.34069/AI/2022.53.05.20 MAY 2022.
109. Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, Wolfe R. The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophr Res* (2010) 116(2):217–27. 10.1016/j.schres.2009.10.025
110. Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S, Sass LA. What Are the Neurocognitive correlates of Basic Self-Disturbance in Schizophrenia?: Integrating Phenomenology and Neurocognition. Part 1 (2014). *Schizophr Res* 152:12–19. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.001
111. Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol* (2002) 70:246–51. 10.1037/0022-006X.70.1.246
112. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients With Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* (2013) 8(1):e55176. doi: 10.1371/journal.pone.0055176
113. Penn DL, Roberts DL, Munt ED, Silverstein E, Jones N, Sheitman B. A Pilot Study of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for Schizophrenia. *Schizophr Res* (2005) 80(2–3):357–9. doi: 10.1016/j.schres.2005.07.010
114. Peters E, Ward T, Jackson M, Woodruff P, Morgan C, McGuire P. Clinical, Socio-Demographic and Psychological Characteristics in Individuals With Persistent Psychotic Experiences With and Without a “Need for Care”. *World Psychiatry* (2016) 15(1):41–52. doi: 10.1002/wps.20278

115. Picken A, Tarrier N. Trauma and comorbid posttraumatic stress disorder in individuals with schizophrenia and substance abuse. *Compr Psychiatry*. 2011;52(5):490–497.
116. Power PJR, Bell RJ, Mills R, Herrman-Doig T, Davern M, Henry L, et al. Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomized controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* (2003) 37(4):414–20. 10.1046/j.1440-1614.2003.01209.x
117. Rector NA, Beck AT. Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: An Empirical Review. *J Nerv Ment Dis* (2001) 189(5):278–87. doi: 10.1097/00005053-200105000-00001
118. Reynolds M, Clark DM, Ehlers A. A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder: Developing and Testing Interventions. *Behav Res Ther* (2020) 38(4): 319–45. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0
119. Reynolds M, Clark DM, Ehlers A. The Impact of Cognitive Factors on PTSD and Its Treatment. *Behav Cogn Psychother* (2011) 39(4): 403–16. doi: 10.1017/S1352465811000216
120. Robertson E, Andrews L, Gumley A. Recovery From Post-traumatic Stress Disorder in People With Psychosis: A Framework for Research and Practice. *Psychosis* (2017) 9(2):106–17. doi: 10.1080/17522439.2017.1308871
121. Romm KL, Rossberg JI, Berg AO, Barrett EA, Faerden A, Agartz I, et al. Depression and depressive symptoms in first episode psychosis. *J Nerv Ment Dis* (2010) 198(1):67–71. 10.1097/NMD.0b013e3181c81fc0
122. Salcedo S, Alvarez-Jimenez M, Hulbert C, McGorry P, Bendall S. Clinician Perceptions of Treating Young Individuals with First-Episode Psychosis for Post-Traumatic Stress Disorder. *Early Interv Psychia* (2015) 9(1): 12–20. doi: 10.1111/eip.12065
123. Shaw K, McFarlane AC, Bookless C, Air T. The aetiology of post-psychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode. *J Trauma Stress* 2002; 15: 39–47.

124. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res* (2004) 129(2):141–7. doi: 10.1016/j.psychres.2004.07.007
125. Sin GL, Abidin E, Lee J, Poon L-Y, Verma S, Chong S-A. Prevalence of post-traumatic stress disorder in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry* (2010) 4:299–304. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00199.x
126. Smith J, Brown A, Johnson P. Comprehensive Assessment of Schizophrenia Symptoms: Development and Validation of the Schizophrenia Symptom Scale (SSS). *J Abnorm Psychol* (1998) 107(3):399–407. doi: 10.1037/0021-843X.107.3.399
127. Smith JR, Jones P, Williams A, Brown C, Davis L, Taylor M. Examining the Co-occurrence of Anxiety Disorders in Schizophrenia: A Meta-analysis and Critical Review. *J Schizophr Res* (2012) 38(2):921–35. doi: 10.1123/jsr.2011-0123
128. Smith K, Murphy D, Kelly A, Kennedy M. Factors Influencing PTSD Symptoms in Response to Psychosis and Psychiatric Hospitalization. *J Emot Ment Health* (2010) 206: 78–82. doi: 10.1080/01612840802642008
129. Sönmez N, Romm KL, Andreassen OA, Melle I, Rössberg JI. Depressive symptoms in first episode psychosis: a one-year follow-up study. *BMC Psychiatry* (2013) 13:106. doi: 10.1186/1471-244X-13-106
130. Stalker CA, Palmer S, Wright N. Measurement of Psychosocial Outcomes of the Individual Placement and Support Model of Supported Employment. *Can J Rehabil* (2010) 22(3): 177–82.
131. Sumiyoshi C, Sumiyoshi T, Nishida K, Niimura H, Matsui M, Tomotake M, et al. Subclinical Delusional Thinking Predicts Delusion Proneness During Daily Life in the General Population: An Ecological Momentary Assessment Study. *Schizophr Res* (2018) 199:263–6. doi: 10.1016/j.schres.2018.04.004
132. Tarrier N, Kelly J, Maqsood S, Snelson N, Maxwell J, Law H. The Clinician-Administered PTSD Scale for Schizophrenia (CAPS-S): A Reliable and Valid Measure. *J Trauma Stress* (2007) 20(5): 997–1008. doi: 10.1002/jts.20246

133. Tarrier N, Khan S, Cater J, Picken A. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2007) 42(1):29–35. doi: 10.1007/s00127-006-0127-2
134. Thomas N, Farhall J, Foley F, Leitan ND, Villagonzalo KA, Ladd E, et al. Promoting Personal Recovery in People with Persisting Psychotic Disorders: Development and Pilot Study of a Novel Digital Intervention. *Front Psychiatry* (2016) 7:196. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00196
135. Thompson R, Standart S, Turkington D. Trauma within Psychosis: Utilizing a CBT Framework for PTSD in Psychosis. *J Cogn Psychother* (2010) 24(3): 310–24. doi: 10.1891/0889-8391.24.3.310
136. Turner D, Basset T, Nolan J, Lim L, Vittalacharoen S, Bosch P, et al. Therapist Effects and the Impact of Early Therapeutic Alliance on Symptomatic Outcome in Chronic Fatigue Syndrome. *PLoS One* (2015) 10(8): e0134424. doi: 10.1371/journal.pone.0134424
137. Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-analysis of Comparative Outcome Studies. *Am J Psychiatry* (2014) 171(5):523–38. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13081159
138. Upthegrove R, Birchwood M, Ross K, Brunett K, McCollum R, Jones L. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* (2010) 122(3):211–8. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01506.x
139. Van der Linden J, van den Bosch LM, van der Welle IC, de Vries LC, de Kloet L, van den Hout M, et al. Comparing Prolonged Exposure and EMDR for PTSD in Chronic Psychotic Disorders: Impact on Psychotic Symptoms, Mood, and Social Functioning. *J Abnorm Psychol* (2018) 127(6): 832–45. doi: 10.1111/jts.12528
140. Van der Velden G, van den Berg DP, van der Meer CA, de Vries A, Slottje P, Wilk N, et al. Validity of the Trauma Screening Questionnaire in Identifying PTSD in Individuals with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. *Br J Psychiatry* (2016) 208(4): 342–48. doi: 10.1192/bjp.bp.114.152827

141. Van Minnen A, Zoellner LA, Harned MS, Mills K. Evaluating Current Approaches for Treating Complex PTSD in Adults: A Critical Review of Guidelines. *J Trauma Stress* (2018) 31(3): 334–43. doi: 10.1002/jts.22334
142. Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, Van Os J. Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a two-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* (2001) 103(5):347–54. 10.1034/j.1600-0447.2001.00202.x
143. Vogel T, Stalder C, Herger A, Huber CG. The Multifaceted Concept of Insight in Schizophrenia: A Systematic Review of Empirical Research. *Schizophr Bull* (2020) 46(4):689–703. doi: 10.1093/schbul/sbz036
144. Weiss DS, Marmar CR, Wilson JP, Keane TM. Assessing psychological trauma and PTSD. *Impact Events Scale Revised*. 1997;19:399–411.
145. White RG, Gumley AI. Postpsychotic posttraumatic stress disorder: associations with fear of recurrence and intolerance of uncertainty. *J Nerv Ment Dis* (2009) 197(11):841–9. 10.1097/NMD.0b013e3181bea625
146. Williams R, Morrison AP, Lincoln TM, Hutton P. The Psychotic Experiences Questionnaire (PEQ): An Examination of Psychometric Properties and Associations with PTSD and Cognitive Appraisals in People with Psychosis. *Schizophr Bull* (2019) 45(5): 1035–43. doi: 10.1093/schbul/sbz034
147. World Health Organization. Diagnostic Criteria for Research: International Classification of Diseases (ICD-11). Geneva: World Health Organization, 2020.
148. Wu M.H., C.P. Lee, S.C. Hsu et al. Effectiveness of high-intensity interval training on the mental and physical health of people with chronic schizophrenia // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2015. Vol.11. P. 1255-1263.
149. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophr Bull* (2008) 34(3):523–37. doi: 10.1093/schbul/sbm114
150. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* (2008) 59:1437–42. 10.1176/ps.2008.59.12.1437

151. Yoon B., W. Bahk, K. Min et al. Switching from olanzapine to ziprasidone in patients with bipolar disorder: a 24-weeks, multi-center open-label trial // Paris: 24th ECNP Congress European neuropsychopharmacology, 2011. Vol.21, suppl.3. P.428.
152. Zisook S., J.W. Kasckov, N.M. Lanouette et al. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorders who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial // J. Clin. Psychiatry. 2010. Vol.712(7). P. 915-922.

Додатки

Додаток А

Шкала оцінки впливу травматичної події

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень

Твердження

Ніколи Рідко Іноді Часто

1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.
2. Я не міг спокійно спати вночі.

3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.
4. Я відчував постійне роздратування гнів.
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.
9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.
15. Мені було важко заснути.
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.

20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.

21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.

22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.

“Ключ”

Субшкала “вторгнення”: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20. Субшкала

“уникнення”: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. Субшкала

“збудливість”: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з “ключем”.

Кожен пункт оцінюється: “ніколи” – 0 балів; “рідко” – 1 бал;

“іноді” – 3 бали;

“часто” – 5 балів.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді. Виберіть ту з відповідей, що відповідає Вашому стану, а потім підсумуйте бали в кожній частині

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)	Частина II (Оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)
<p>1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі 3 - Увесь час 2 - Часто 1 - Час від часу, іноді 0 - Зовсім не відчуваю</p>	<p>1. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття 0 - Це так 1 - Напевно, це так 2 - В дуже малій мірі це так 3 - Це зовсім не так</p>
<p>2. Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись 3 - Це так, та страх дуже сильний 2 - Да, це так, але страх не дуже сильний 1 - Іноді, але це мене не турбує 0 - Зовсім не відчуваю</p>	<p>2. Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне 0 - Це так 1 - Напевно, це так 2 - В дуже малій мірі це так 3 - Це зовсім не так</p>
<p>3. Метушливі думки крутяться у мене в голові 3 - Постійно 2 - Більшу частину часу 1 - Час від часу і це не так часто 0 - Тільки іноді</p>	<p>3. Я відчуваю бадьорість 3 - Зовсім не відчуваю 2 - Дуже рідко 1 - Іноді 0 - Практично весь час</p>
<p>4. Я можу легко сісти та розслабитись 0 - Це так 1 - Напевно, це так 2 - Зрідка це так 3 - Зовсім не можу</p>	<p>4. Мені здається, що я став робити все дуже повільно 3 - Практично весь час 2 - Часто 1 - Іноді 0 - Зовсім ні</p>
<p>5. Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння 0 - Зовсім не відчуваю 1 - Іноді 2 - Часто 3 - Дуже часто</p>	<p>5. Я не сліdkую за своєю зовнішністю 3 - Це так 2 - Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно 1 - Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги 0 - Я сліdkую за собою так, як і раніше</p>
<p>6. Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись 3 - Це так 2 - Напевно, це так 1 - В деякій мірі це так 0 - Зовсім не відчуваю</p>	<p>6. Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення 0 - Точно так, як і звичайно 1 - Так, але не в тій мірі, як раніше 2 - Значно менше, ніж звичайно 3 - Зовсім так не вважаю</p>
<p>7. У мене буває раптове відчуття паніки 3 - Дуже часто 2 - Досить часто 1 - Не так і часто 0 - Зовсім не буває</p>	<p>7. Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми 0 - Часто 1 - Іноді 2 - Зрідка 3 - Дуже рідко</p>
<p>Кількість балів за шкалою тривоги: _____</p>	<p>Кількість балів за шкалою депресії: _____</p>
<p>0-7 балів – норма 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія</p>	

Методика оцінки стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Праге

Інструкція: Спробуйте пригадати всі події, які сталися з Вами протягом останнього року, підрахуйте отримані Вами бали.

№	Життєві події	Бали	Так/Ні
1.	Смерть одного з подружжя	100	
2.	Розлучення	73	
3.	Розрив з партнером	65	
4.	Тюремне ув'язнення	63	
5.	Смерть близького члена сім'ї	63	
6.	Травма або хвороба	53	
7.	Одруження, весілля	50	
8.	Звільнення з роботи	47	
9.	Примирення з партнером	45	
10.	Вихід на пенсію	45	
11.	Зміни в стані здоров'я членів сім'ї	44	
12.	Вагітність дружини (подруги)	40	
13.	Сексуальні проблеми	39	
14.	Поява нового члена сім'ї, народження дитини	39	
15.	Реорганізація на роботі	39	

16.	Зміна фінансового становища	38	
17.	Смерть близького друга	37	
18.	Зміни професійної орієнтації, місця роботи	36	
19.	Посилення конфліктності стосунків з партнером	35	
20.	Кредит на значну покупку (наприклад дома)	31	
21.	Завершення строку виплати кредиту, борги, що зростають	30	
22.	Зміна посади, підвищення службової відповідальності	29	
23.	Син або донька залишають дім	29	
24.	Проблеми з родичами чоловіка (дружини)	29	
25.	Видатне особистісне досягнення, успіх	28	
26.	Партнер покидає роботу (або починає працювати)	26	
27.	Початок або завершення навчання в навчальному закладі	26	
28.	Зміна умов життя	25	
29.	Відмова від особистих звичок, зміна стереотипів поведінки	24	
30.	Проблеми з керівником, конфлікти	23	
31.	Зміни умов або часу роботи	20	
32.	Зміна місця проживання	20	
33.	Зміна місця навчання	20	
34.	Зміна звичок, що пов'язані з проведенням відпочинку, відпустки	19	
35.	Зміна звичок, що пов'язані з віросповіданням	19	
36.	Зміна соціальної активності	18	
37.	Кредит на купівлю менш значних речей (наприклад телевізора)	17	
38.	Зміна звичок, що пов'язані зі сном, порушення сну	16	

39.	Зміна кількості членів сім'ї, що живуть разом, зміна характеру та частоти зустрічей з іншими членами сім'ї	15	
40.	Зміна звичок, пов'язаних з харчуванням (кількість їжі, відсутність апетиту тощо)	15	
41.	Відпустка	13	
42.	Різдво, святкування Нового року, день народження	12	
43.	Незначне порушення правопорядку (штраф за порушення правил дорожнього руху)	11	

Підрахунок суми балів дає Вам можливість відтворити картину свого стресу. Лікарі Холмс та Раге вважають, що необхідно розуміти, що не окремі, ніби незначні події в Вашому житті стали причиною виникнення стресової ситуації, а їх комплексна дія.

Загальна сума балів	Міра здатності опиратися стресу
150-199 200-299 300 і більше	Високий Пороговий Низький (вразливість)

Оцінка роботи студентів:

- Усна відповідь – 1 бал
- Практичне завдання 1– 2 бали
- Практичне завдання 2 - 2 бали

ІНСТРУКЦІЯ

Нижче наведений перелік проблем і скарг іноді виникають у людей. Будь ласка, чі * цію кожен пункт уважно. Обведіть кружком номер того відповіді, який найбільше (точно описує ступінь Вашого дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іної проблемою Протягом останнього тижня, ВКХІ-чаю сьогодні. Обведіть тільки один з номерів І кожному пункті (так, щоб цифра всередині гуртка була видна), не пропускаючи жодного пункту. Якщо Ви захочете змінити свою відповідь зітріть gumкою Вашу першу позначку. Перш ніж почати, прочитайте нижченаведений приклад, і, якщо у Вас виникнуть питання, а-дайте їх інструкторові.

ПРИКЛАД:

Наскільки сильно вас турбували:		зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно	
0	Головні болі	0	0	1	⊙	3	4

Наскільки сильно вас турбували:		зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно	
1	Головні болі	1	0	1	2	3	4
2	Нервозність або внутрішнє тремтіння	2	0	1	2	3	4
3	Повторювані неприємні невідчепна думки	3	0	1	2	3	4
4	Слабкість або запаморочення	4	0	1	2	3	4
5	Втрата сексуального потягу або задоволення	5	0	1	2	3	4
6	Почуття невдоволення іншими	6	0	1	2	3	4
7	Відчуття, що хтось інший може управляти вашими думками	7	0	1	2	3	4
8	Відчуття, що майже у всіх ваших неприємностях винні інші	8	0	1	2	3	4
9	Проблеми з пам'яттю	9	0	1	2	3	4

10	Ваша недбалість або неохайність	100	1	2	3	4
11	Легко виникає досада або роздратування	110	1	2	3	4
12	Болі в серці або грудній клітці	120	1	2	3	4
13	Почуття страху у відкритих місцях або на вулиці	130	1	2	3	4
14	Занепад сил або загальмованість	140	1	2	3	4
15	Думки про те, щоб покінчити з собою	150	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували:		зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
16	Те, що ви чуєте голоси, яких не чують інші	160	1	2	3	4
17	Тремтіння	170	1	2	3	4
18	Почуття, що більшості людей не можна довіряти	180	1	2	3	4
19	Поганий апетит	190	1	2	3	4
20	Сльозливість	200	1	2	3	4
21	Сором'язливість або скутість у спілкуванні з особами іншої статі	210	1	2	3	4
22	Відчуття, що ви в пастці або спіймані	220	1	2	3	4
23	Несподіваний і безпричинний страх	230	1	2	3	4
24	Спалахи гніву, які ви не змогли стримати	240	1	2	3	4
25	Боязнь вийти з дому одному	250	1	2	3	4
26	Почуття, що ви самі багато в чому винні	260	1	2	3	4
27	Болі в попереку	270	1	2	3	4
28	Відчуття, що щось вам заважає зробити що - або	280	1	2	3	4
29	Почуття самотності	290	1	2	3	4

30	Пригнічений настрій, «хандра»	300	1	2	3	4
31	Надмірне занепокоєння з різних приводів	310	1	2	3	4

32	Відсутність інтересу до чого б то не було	320	1	2	3	4
33	Почуття страху	330	1	2	3	4
34	Те, що ваші почуття легко зачепити	340	1	2	3	4
35	Відчуття, що інші проникають у ваші думки	350	1	2	3	4
36	Відчуття, що інші не розуміють вас або не співчують вам	360	1	2	3	4
37	Відчуття, що люди недружелюбні або ви їм не подобаєтесь	370	1	2	3	4
38	Необхідність робити все дуже повільно, щоб не допустити помилки	380	1	2	3	4
39	Сильне або прискорене серцебиття	390	1	2	3	4
40	Нудота або розлад шлунка	400	1	2	3	4
41	Відчуття, що ви гірші за інших	410	1	2	3	4
42	Болі в м'язах	420	1	2	3	4
43	Відчуття, що інші спостерігають за вами або говорять про вас	430	1	2	3	4
44	Те, що вам важко заснути	440	1	2	3	4
45	Потреба перевіряти і перевіряти те, що ви робите	450	1	2	3	4
46	Труднощі в ухваленні рішення	460	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували:		зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
47	Боязнь їзди в автобусах, метро або поїздах	470	1	2	3	4
48	Утруднене дихання	480	1	2	3	4
49	Напади спека або ознобу	490	1	2	3	4
50	Необхідність уникати деяких місць або дій, так як вони вас лякають	500	1	2	3	4

51	Те, що ви легко втрачаєте думка	510	1	2	3	4
52	Онiмiння або поколювання в рiзних частинах тiла	520	1	2	3	4
53	Комок в горлi	530	1	2	3	4
54	Вiдчуття, що майбутнє безнадiйно	540	1	2	3	4
55	Те, що вам важко зосередитися	550	1	2	3	4
56	Вiдчуття слабкостi в рiзних частинах тiла	560	1	2	3	4
57	Вiдчуття напруженостi або напруженостi	570	1	2	3	4
58	Важкiсть в кiнцiвках	580	1	2	3	4
59	Думки про смерть	590	1	2	3	4
60	Переiдання	600	1	2	3	4
61	Вiдчуття незручностi, коли люди спостерiгають за вами або говорять про вас	610	1	2	3	4
62	Те, що у вас в головi чужi думки	620	1	2	3	4

63	iмпульси заподiювати тiлеснi ушкодження або шкоду кому-небудь	630	1	2	3	4
64	Безсоння вранцi	640	1	2	3	4
65	Потреба повторювати дiї: торкатися, митися, перераховувати i т. п.	650	1	2	3	4
66	Неспокiйний i тривожний сон	660	1	2	3	4
67	iмпульси ламати чи трощити небудь	670	1	2	3	4
68	Наявнiсть у вас iдей чи вiрувань, якi не подiляють iншi	680	1	2	3	4
69	Надмiрна сором'язливiсть при спiлкуваннi з iншими	690	1	2	3	4
70	Почуття нiяковостi в людних мiсцях (магазинах , кiнотеатрах)	700	1	2	3	4
71	Почуття, що все, що б ви не робили, вимагає великих зусиль	710	1	2	3	4
72	Напади жаху або панiки	720	1	2	3	4
73	Почуття нiяковостi, коли ви їсте або п'єте на людях	730	1	2	3	4

74	Те, що ви часто вступаєте в суперечку	740	1	2	3	4
75	Нервозність, коли ви залишалися одні	750	1	2	3	4
76	Те, що інші недооцінюють ваші досягнення	760	1	2	3	4

Наскільки сильно вас турбували:		зовсім немає	трохи	помірно	сильно	дуже сильно
77	Почуття самотності, навіть коли ви з іншими людьми	770	1	2	3	4
78	Таке сильне занепокоєння, що Ви не могли всидіти на місці	780	1	2	3	4
79	Відчуття власної нікчемності	790	1	2	3	4
80	Відчуття, що з вами станеться щось погане	800	1	2	3	4
81	Те, що ви кричите і жбурляти речами	810	1	2	3	4
82	Боязнь, що ви впадете в обморок на людях	820	1	2	3	4
83	Відчуття, що люди зловжити вашою довірою, якщо ви їм дозволите	830	1	2	3	4
84	нервувало вас сексуальні думки	840	1	2	3	4
85	Думка, що ви повинні бути покарані за ваші гріхи	850	1	2	3	4
86	Кошмарні думки або бачення	860	1	2	3	4
87	Думки про те, що з вашим тілом що -то не в порядку	870	1	2	0 у	4
88	Те, що ви не відчуваєте близькості ні до кого	880	1	2	3	4
89	Почуття провини	890	1	2	3	4
90	Думки про те, що з вашим розумом діється щось недобре	900	1	2	3	4

Інструкція. Вкажіть для кожного нижченаведеного твердження ступінь, в якому відповідна зміна відбулася в Вашому житті внаслідок кризової (травматичної) події, використовуючи наступну шкалу:

Жодних змін

Дуже незначні зміни

Невеликі зміни

Помірні зміни

Великі зміни

Дуже суттєві зміни

Текст методики.

1. Я змінив свої пріоритети про те, що важливо у житті 2. Я набагато краще розумію цінність власного життя 3. У мене з'явилися нові інтереси 4. Я став більш впевненим у собі

5. Я став краще розуміти духовні питання

6. Я розумію, що можу розраховувати на людей у скрутних ситуаціях 7. Я скерував своє життя на новий шлях

8. Я відчуваю більшу близькість з оточуючими

9. Я охоче виражаю свої емоції

10. Я краще розумію, що можу впоратися зі складнощами

11. Я можу зробити багато гарних справ у своєму житті

12. Я більшою мірою здатен приймати речі такими, якими вони є

13. Я можу більше цінувати кожен день свого життя

14. У мене з'явилися нові можливості, як не були мені доступні раніше

15. Я став більше співчувати іншим

16. Я докладаю більше зусиль на встановлення відносин з іншими людьми 17. Я більше намагаюсь змінити те, що потребує змін
18. Я став більш віруючим (релігійнішим)
19. Я зрозумів, що я сильніший, ніж я думав
20. Я дізнався про те, якими чудовими бувають люди
21. Я краще розумію потреби інших людей
- Обробка результатів. Кількісна оцінка посттравматичного зростання за

кожною шкалою здійснюється шляхом сумарного підрахунку балів. Обробка проводиться по «сирому» балу. Потім за допомогою нормативної таблиці визначається індекс і інтенсивність посттравматичного зростання за кожною шкалою. Індекс посттравматичного зростання обчислюється як сума балів за усіма твердженнями.

Шкала

Ставлення	до	інших	(СІ)
Нові		можливості	(НМ)
Сила		особистості	(СО)
Духовні		зміни	(ДЗ)
Підвищення цінності життя (ПЦ) Нормативні показники: [2]			

Кількість	тверджень	7
5		
4		
2		
3		

Номер тверджень

Шкала Низькі значення

6,8,9,15,16,20,21			3,7,11,14,17
4,	10,	12,	19
5, 18			

1,2,13

Середні значення 15-24 10-15 8-15 4-6 7-11

33-63

Високі значення 25-35 16-25 16-20 7-10 12-15

64-105

Ставлення до інших (СІ) Нові можливості (НМ) Сила особистості (СО) Духовні зміни (ДЗ) Підвищення цінності життя (ПЦ)

Індекс посттравматичного зростання

0-14 0-9 0-7 0-3 0-6

0-32

Інтерпретація результатів.

Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу. Шкала «Ставлення до інших». Людина стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції,

зокрема й співчуття іншим людям. Вона почала докладати більше зусиль задля встановлення взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребує їх підтримки та допомоги, стала більше цінувати інших людей.

Шкала «Нові можливості». Після кризової ситуації у людини з'явилися нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо.

Шкала «Сила особистості». Людина стала краще розуміти, що може додати життєві негаразди, виявилось, що вона значно сильніша, ніж вважала досі.

Шкала «Духовні зміни». Людина стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш віруючою.

Шкала «Підвищення цінності життя». У людини змінилися життєві пріоритети, вона стала цінувати кожен прожитий день, намагатися зробити його більш змістовним.

Отже, досліджувані з високим індексом посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчувають впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми.

Інструкція: Вам буде запропоновано ряд тверджень, що стосуються особливостей Вашої поведінки. Спробуйте згадати, яким чином Ви найчастіше вирішуєте стресові ситуації і ситуації, що потребують сильного емоційного напруження. Обведіть кружечком, будь ласка, той номер, який Вам підходить.

У кожному розділі тверджень необхідно вибрати лише один варіант, за допомогою якого Ви вирішуєте свої проблеми. Відповідайте, будь ласка, відповідно до того, як Ви справляєтеся з важкими ситуаціями протягом останнього часу. Довго не роздумуйте – важлива Ваша перша реакція. Будьте уважні!

Тест методики.

А

1. «Кажу собі: ниші є щось важливіше, ніж труднощі»
2. «Кажу собі: це доля, потрібно з цим змиритися»
3. «Це несуттєві труднощі, не все так погано, в основному все добре»
4. «Я не втрачаю самовладання, зберігаю самоконтроль у складних ситуаціях та намагаюся нікому не показувати свій стан»
5. «Я намагаюся проаналізувати, все зважити і пояснити собі, що ж трапилося»
6. «Я кажу собі: порівняно із проблемами інших людей мої – це дрібниця»
7. «Якщо щось трапилося, на все воля Божа»
8. «Я не знаю що робити і мені часом здається, що мені не виплутатися з цих труднощів»
9. «Я надаю своїм труднощам особливого змісту, долаючи їх, я розвиваюся та самовдосконалююся»

10.«Нині я повністю не можу впоратися з цими труднощами, але згодом зможу впоратися і з ними, і з більш складними».

Б

1. «Я завжди обурююся несправедливістю долі до мене і виражаю свій протест»
2. «Я впадаю у відчай, ридаю і плачу»
3. «Я не дозволяю собі виражати емоції»
4. «Я завжди впевнений, що є вихід з важкої ситуації»

5. «Я довіряю подолання своїх труднощів іншим людям, які готові допомогти мені»

6. «Я впадаю у стан безнадійності»

7. «Я вважаю себе винним і отримую по заслугам» 8. «Я впадаю у лют, стаю агресивним»

В

1. «Я занурююся в улюблену справу, намагаючись забути про труднощі»
2. «Я намагаюся допомогти людям і в турботах про них забуваю про свої проблеми»

3. «Намагаюся не думати про свої проблеми»

4. «Намагаюся відволіктися і розслабитися (з допомогою алкоголю, заспокійливих засобів, смачної їжі тощо)»

5. «Щоб пережити труднощі, я беруся за здійснення давньої мрії (подорожую, вивчаю іноземну мову тощо)»

6. «Я намагаюся залишитися наодинці з собою»

7. «Я співпрацюю із значущими для мене людьми для подолання труднощів»

8. «Я зазвичай шукаю людей, здатних допомогти мені порадою»

Обробка результатів:

Когнітивні копінг- Емоційні копінг- Поведінкові копінг- стратегії стратегії стратегії
АБВ

1. Ігнорування	1. Протест	1. Відволікання
2. Покора	2. Емоційна розрядка	2. Альтруїзм
3. Дисимуляція	3. Придушення емоцій	3. Активне уникнення
4. Збереження	4. Оптимізм	4. Компенсація
	5. Пасивна кооперація	
	6.	

самовладання 5. Проблемний аналіз 6. Відносність 7. Релігійність 8. Розгубленість 9. Надання сенсу 10. Встановлення власної цінності	Покірність 7. Самозвинувачення 8. Агресивність	5. Конструктивна активність 6. Відступ 7. Співпраця 8. Звернення
<p>Інтерпретація результатів:</p> <p>Адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів і можливих шляхів їх подолання, підвищення самооцінки і самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій.</p> <p>Адаптивні емоційні копінг-стратегії – емоційний стан з активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації.</p> <p>Адаптивні поведінкові копінг-стратегії – така поведінка особистості, коли вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким для подолання труднощів.</p>		

Неадаптивні когнітивні копінг-стратегії – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили і інтелектуальні здібностей, з умисною недооцінкою власних неприємностей.

Неадаптивні емоційні копінг-стратегії – варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, відчуттям безнадійності, покірності, переживанням злості і звинувачуваннями себе та інших.

Неадаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, яка передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від вирішення проблем.

Відносно адаптивні копінг-стратегії – тобто такі, конструктивність яких залежить від значущості та вираженості ситуацій подолання.

Відносно адаптивні когнітивні копінг-стратегії – форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів в порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

Відносно адаптивні емоційні копінг-стратегії – поведінка, спрямована на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням або на покладання відповідальності за вирішення труднощів іншим особам.

Відносно адаптивні поведінкові копінг-стратегії – поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань.

Копінг-стратегії Адаптивні Неадаптивні Відносно адаптивні

Когнітивні

(А5) Проблемний аналіз (А10) Встановлення власної цінності, (А4) Збереження самовладання

(А2) Покора

(А3) Дисимуляція (А1) Ігнорування (А8) Розгубленість

(А6) Відносність (А7) Релігійність (А9) Надання сенсу

Емоційні

(Б1) Протест (Б4) Оптимізм

(Б3) Придушення емоцій

(Б6) Покірність (Б7) Самозвинувачення (Б8) Агресивність

(В2) Емоційна розрядка

(В5) Пасивна кооперація

Поведінкові

(В2) Альтруїзм (В7) Співпраця (В8) Звернення

(Б3) Активне уникнення (Б6) Відступ

(В1) Відволікання (В4) Компенсація (В5) Конструктивна активність

Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця (*Таблиця 1*).

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння пропустіть цей пункт):...

Таблиця 1. Перелік симптомів ПТСРПереклад та адаптація: Хаустова О.О., Трачук Л.Є., Безшейко В.Г. Оригінал за посиланням [1](#).

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Сильність симптому				
		Зовсім ні	Трохи	Помірно	Відчутно	Дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4

2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4

9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4

16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Інтерпретація PCL-5

Опитувальник *PCL-5* складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.
- Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.
- Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.
- Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та E.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.