



Ֆինանսավորվում է
Եվրոպական միության կողմից



Ժողովրդավարության
զարգացման
հիմնադրամ



Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիա

ՀԵՏՏՐԱՎՄԱՏԻԿ ՍԹՐԵՍԱՅԻՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ

Կլինիկական ուղեցույց

Հեղինակներ՝

Արամ Հովսեփյան
Նարինե Իսրայելյան

Խմբագիր՝
Գևորգ Փաշիկյան

«Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում» կլինիկական ուղեցույցը պատրաստվել է Եվրոպական միության կողմից ֆինանսավորվող «Իրավունքներ, ծառայություններ և մասնակցություն. Հայաստանում հոգեկան առողջության համապարփակ շրջանակի խթանում» եռամյա ծրագրի շրջանակում: Ծրագիրն իրականացվում է Հելսինկյան քաղաքացիական ասամբլեայի Վանաձորի գրասենյակի, Ժողովրդավարության զարգացման հիմնադրամի, «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների օրակարգ» ՀԿ-ի և Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիայի կողմից:

Բովանդակության համար պատասխանատվություն է կրում Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիան, և պարտադիր չէ, որ այն արտահայտի Եվրոպական միության տեսակետները:

© Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: Տվյալ կլինիկական ուղեցույցի որևէ մաս չպետք է օգտագործվի առանց Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիայի թույլտվության:

2025թ. Երևան

Բովանդակություն

Գլուխ 1 Ներածություն	3
Գլուխ 2. Տրավմա և հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում.....	5
Գլուխ 3.Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում	9
Գլուխ 4. ՀՏՍԽ ու կոմպլեքս ՀՏՍԽ` բնորոշումը, ախտորոշումը, դիֆերենցիալ ախտորոշումը, գնահատումը ու սքրինինգը մեծահասակների շրջանում.....	14
Գլուխ 5. Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման կանխարգելում և բուժում	24
Գլուխ 6. Դեղորայքային և այլ կենսաբանական բուժումներ.....	67
Գլուխ 7. Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում երեխաների և դեռահասների մոտ	80
Գլուխ 8. Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող մարդկանց խնամքի հայեցակարգերը և խնամքի իրականացումը	101
Գլուխ 9. Լրացուցիչ և այլընտրանքային թերապիաներ	104
Գլուխ 10. Սոցիալական, մշակութային և այլ բազմազանության հարցեր տրավմատիկ սթրեսի ոլորտում	106
Գլուխ 11. Բուժման զարգացող ուղղություններ	113
Հղումներ	120

Գլուխ 1 Ներածություն

Կլինիկական ուղեցույցների նշանակությունը ՀՏՄԻ-ի կառավարման մեջ

Ուղեցույցի շրջանակը և նպատակները

Տարբեր տարիքային խմբերում հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՄԻ) և առնչվող վիճակների կանխարգելմանն ու բուժմանը ուղղված էմպիրիկ հաստատված միջամտությունները վերջին երկու տասնամյակների ընթացքում ուշադրության կենտրոնում են եղել, ինչը հանգեցրել է կլինիկական որոշումների կայացման համար էական ապացուցողական բազայի ձևավորմանը:

Ապացույցների այդ ամբողջությունը հնարավորություն է տալիս բժիշկներին ու հոգեբուժական ծառայության համակարգերին, ինչպես նաև ՀՏՄԻ-ով տառապող անձանց ու նրանց ընտանիքներին, շատ անհրաժեշտ, ուղեցույց տրամադրել:

Չնայած տրավմայի հետևանքների աճող գիտակցմանը և միջամտություններին վերաբերող գիտելիքների ավելի հավաստի բազայի առկայությանը, այնուամենայնիվ, մենք մեր ոլորտում նշանակալի մարտահրավերների ենք բախվում: Հակառակ ապացուցողական բազայի առկայությանը, ՀՏՄԻ-ի ռիսկի ենթարկվող կամ արդեն իսկ դրանով տառապող մարդկանցից շատերը չեն ստանում գիտականորեն հիմնավորված միջամտություն: Սա ճիշտ է ոչ միայն ցածր ու միջին եկամուտ ունեցող երկրների համար (1), այլ նաև հոգեկան առողջության համընդգրկուն ու բարդ համակարգեր ունեցող զարգացած երկրների համար (2, 3, 4):

Հետևաբար, այս ուղեցույցի նպատակը ոչ միայն հետազոտական ապացույցների բազայի և դրանց արդյունքում ստացված առաջարկությունների ամփոփումն է, այլև այդ ապացույցների ընդլայնումը և առաջարկությունների գործնական կիրառումը, որոնք կուղղորդեն բժիշկներին՝ ապացույցների վրա հիմնված գործելակերպի վարման ընթացքում:

Այս ուղեցույցի մշակման համար հետազոտվել են հետևյալ ուղեցույցները. Ամերիկյան հոգեբանական ասոցիացիա, Ավստրալիայի հետտրավմատիկ հոգեկան առողջության կենտրոն, Առողջապահության և խնամքի գերազանցության ազգային ինստիտուտ (NICE), ԱՄՆ վետերանների գործերի դեպարտամենտ և Պաշտպանության դեպարտամենտ ու Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (5,6,7,8,9)

Ընթացակարգ

Այս ուղեցույցի նպատակը տրավմա վերապրած անձանց հետ աշխատող մասնագետների համար պրակտիկ ուղեցույց լինելն է: Այն ներառում է ինչպես ընդհանուր բժիշկներին, հիվանդանոցային կամ ամբուլատոր կլինիկաներում իրականացվող առաջնային բուժօգնություն տրամադրող մասնագետներին, այնպես էլ տրավմայի հետ կապված նեղ մասնագիտացված հոգեբուժական և հոգեթերապևտիկ ամբուլատոր կամ ստացիոնար հաստատությունների մասնագետներին:

Այն հետապնդում է հետևյալ նպատակային մեկնարկային կետերը՝

- Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՍԽ) բուժման մեջ հոգեթերապևտիկ, դեղորայքային և օժանդակ միջամտությունների արդյունավետության վերաբերյալ ապացույցների վրա հիմնված պնդումներ:
- Անարդյունավետ կամ ռիսկային թերապիաներից խուսափելու համար առաջարկություններ:
- Տուժածների համար կարևոր խնամքի կառուցվածքների և նրանց առջև ծառացած կոնկրետ մարտահրավերների քննարկում:

Ուղեցույցը անդրադառնում է հետևյալ հարցերին՝

- Ի՞նչ չափանիշների և ինչի հիման վրա պետք է ախտորոշվի ՀՏՍԽ-ն, և տրավմայի հետ կապված որ այլ խանգարումները պետք է դիտարկվեն: Համաճարակաբանությունը, ուղեկցող հիվանդությունները և կլինիկական պատկերը մեծահասակների մոտ:
- Ի՞նչ հոգեթերապևտիկ մեթոդներ պետք է օգտագործվեն ՀՏՍԽ-ի արդյունավետ և ապացույցների վրա հիմնված բուժման համար, և այդ մեթոդների որ տարբերակներն են հասանելի:
- Դե՞տք է ՀՏՍԽ-ի համար օգտագործվեն հոգեմետ դեղամիջոցներ:
- Ի՞նչ լրացուցիչ թերապևտիկ ազդեցություն ունեն օժանդակ մեթոդները ՀՏՍԽ-ի ախտանիշների վրա, երբ դրանք օգտագործվում են առաջարկվող հոգեթերապևտիկ մեթոդներին զուգահեռ:
- Ո՞ր մոտեցումներն են նախընտրելի Բարդացված հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ԲՀՏՍԽ համաձայն ICD-11-ի), բուժման համար:
- Որքանո՞վ ՀՏՍԽ-ի բուժումը պետք է հարմարեցվի ուղեկցող խանգարումներին՝ առկայության դեպքում, և արդյո՞ք դա հանգեցնում է տրավմայի վրա կենտրոնացած մոտեցման հակացուցումների:
- Ի՞նչ այլ ախտանիշներ և վարքային խնդիրներ պետք է գնահատվեն հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող երեխաների և դեռահասների մոտ:
- Որքանո՞վ պետք է զարգացման փուլը հաշվի առնվի երեխաների և դեռահասների հոգեթերապևտիկ բուժման ժամանակ, և պե՞տք է ծնողները կամ խնամակալները ներգրավվեն բուժման գործընթացի մեջ:

Գլուխ 2. Տրավմա և հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում

Տրավմատիկ իրադարձության սահմանման փոփոխություն

Միացյալ Նահանգներում կիրառվող ախտորոշման դասակարգման հիմնական համակարգի՝ ԱՎՁ-ի, ամենավերջին տարբերակը հանգեցրեց ԱՎՁ-IV-ի համեմատ ԱՎՁ-V-ում տրավմայի սահմանման երեք փոփոխության, որոնք կարող են ազդել տրավմայի ու ՀՏՍԽ հաճախության ու տարածվածության արձանագրման վրա: ԱՎՁ-IV-ը պարունակում էր տրավմատիկ իրադարձությանը որոշակի էմոցիոնալ արձագանքի պահանջ (Չափանիշ A2): Այդպիսով, տրավմատիկ իրադարձության ընթացքում վախի, անօգնականության կամ սարսափի առկայությունը չհաստատող անձանց մոտ ՀՏՍԽ չէր ախտորոշվում, նույնիսկ եթե նրանք բավարարում էին ՀՏՍԽ-ի մնացած ախտորոշիչ չափանիշներին (13): ԱՎՁ-V-ում տրավմատիկ իրադարձությանը էմոցիոնալ արձագանքի պահանջը հանված է: Երկրորդ փոփոխությունն այն է, որ տրավմայի սահմանումից հանված է «սպառնալիք ֆիզիկական հատկությունների/ամբողջականության պահպանմանը» տերմինը: Կյանքին սպառնացող ոչ սուր, ոչ աղետալի հիվանդությունները (օրինակ՝ քաղցկեղի տերմինալ փուլը) այլևս չեն որակվում որպես տրավմա՝ անկախ նրանից, թե որքան սթրեսային կամ ծանր են դրանք ((13) Pai, Suris, & North, 2017): Պարզվել է, որ այս փոփոխությունը նվազեցնում է ՀՏՍԽ-ի դեպքերի քանակը (14): ԱՎՁ վերջին տարբերակում տրավմայի սահմանման երրորդ փոփոխությունն այն է, որ ԱՎՁ-IV-ում թույլատրելի էր համարվում տրավմատիկ իրադարձության ժամանակ տրավմայի ոչ ուղղակի ներգործությունը (դրան ներկա չլինելով), իսկ ԱՎՁ-V-ում ավելացված է ուրիշներին պատճառվող տրավմային «անձամբ» վկա լինելու նոր պահանջը: ԱՎՁ-V-ում ավելացված է տրավմատիկ իրադարձության զազրելի տարրերի կրկնվող կամ չափազանց ուժեղ ազդեցությունը (եթե միայն այդ ազդեցությունը կապված չէ աշխատանքի հետ (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013)), սակայն դա չի վերաբերում Էլեկտրոնային կրիչների, հեռուստատեսության, կինոնկարների կամ նկարների միջոցով ազդեցությանը: Ոստիկանության աշխատակիցները, հրշեջները, շտապ օգնության մեքենաների անձնակազմը և առողջապահական համակարգի աշխատակիցները հաճախ են ներկա լինում տրավմատիկ իրադարձությունների՝ իրենց աշխատանքի բերումով դառնալով այլ անձանց տառապանքների վկա (15): Տրավմայի վկա լինելու բնույթը նույնպես կարող է կարևոր գործոն լինել, օրինակ, բռնության ենթարկված մանկահասակ երեխաների հետ աշխատանքը (15,16):

Տրավմայի ազդեցության համաճարակաբանություն

Տրավմատիկ ազդեցությունները տարածված են ամբողջ աշխարհում: Հոգեկան խանգարումների ախտորոշման և վիճակագրության ձեռնարկի 5-րդ խմբագրության մեջ (ԱՎՁ-V, DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013թ (10)) տրավմատիկ իրադարձությունը սահմանվում է որպես իրական մահվան կամ մահվան սպառնալիքի ականատես լինելը, կյանքին սպառնացող վտանգի, լուրջ վնասվածքի կամ սեռական բռնության ենթարկվելու դեպք: Անհատները կարող են ենթարկվել տրավմատիկ ազդեցության ուղղակիորեն տրավմատիկ իրադարձության զոհ

լինելով, անձամբ վկա լինելով այլ անձանց հետ կատարված իրադարձությանը, տեղեկանալով, որ տրավմատիկ իրադարձությունը պատահել է ընտանիքի անդամի կամ մոտ ընկերոջ հետ, կամ ենթարկվելով տրավմատիկ իրադարձության տարրերի՝ կրկնվող կամ չափազանց ուժեղ, ազդեցության (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013թ): Համաշխարհային առողջապահական կազմակերպության Հոգեկան առողջության համաշխարհային հարցումների (ՀԱԿ ՀԱՀՀ), World Health Organizations World Mental Health Surveys (WHO WMHS)) պատասխանողների 70%-ը մեկ կամ ավելի տրավմաների փորձ են ունեցել: Ամբողջ աշխարհում յուրաքանչյուր անձ կյանքի ընթացքում միջինը 3,2 տրավմա է վերապրում (11): Աշխարհում ամենատարածված տրավմատիկ իրադարձություններից են մահվան կամ լուրջ վնասվածքի վկա լինելը, սիրելի մարդու անսպասելի մահը, կողոպուտի/հարձակման, կյանքին սպառնացող ավտոմոբիլային վթարի ենթարկվելը, կյանքին սպառնացող հիվանդություն կամ վնասվածք տանելը (12): Միասին այս հինգ տրավմատիկ իրադարձությունները կազմում են ամբողջ աշխարհում տրավմայի բոլոր դեպքերի ավելի քան կեսը (12 Benjet et al., 2016): Ստորև ներկայացված նյութում մենք կքննարկենք այն գործոնները, որոնք ազդում են տրավմատիկ ազդեցության տարածվածության վրա, այդ թվում տրավմատիկ իրադարձության սահմանման փոփոխությանը և բաշխման անհավասարաչափությանը ըստ մարդկանց ու վայրերի:

Տրավմայի ազդեցության տարածվածության ոչ համասեռ բնույթը ըստ երկրների

Տրավմայի ազդեցության տարածվածությունը տարբեր է ըստ երկրների: Համաշխարհային առողջապահական կազմակերպության Հոգեկան առողջության համաշխարհային հարցումների (ՀԱՀՀ) համաձայն (որոնք տրավմայի ԱՎԶ-IV սահմանման կիրառմամբ 2001-2012թթ. ամբողջ աշխարհում անցկացված ընդհանուր պոպուլացիոն հետազոտություններն էին) որևէ տրավմատիկ ազդեցության տարածվածությունը տատանվում է բարձրից՝ 83% Միացյալ Նահանգներում ու Կոլումբիայում, մինչև ցածր՝ 29% Բուլղարիայում (Benjet et al., 2016): Տրավմատիկ ազդեցության տարածվածության վերաբերյալ գնահատականների տարատեսակության պատճառը կարող է լինել՝ իրական տարբերությունները, տրավմատիկ իրադարձությունների մասին պատմելու ցանկության տարբերությունները և գնահատման սխալները (Benjet et al., 2016): Օրինակ, սեռական բռնության ենթարկվելը մեծապես պատվազրկող իրադարձություն է շատ վայրերում և մեղադրվելու ու սատարում չստանալու վախը հանգեցնում է սեռական բռնությունը թաքցնելուն (17):

Տրավմայի ենթարկվելու ռիսկի գործոնները

Տրավմայի ենթարկվելու կանխատեսումներ

Տրավմայի ենթարկվելու ռիսկը տարբեր է՝ կախված անձնական և միջավայրային գործոններից, որոնք ընդգրկում են սեռը, տարիքը, ռասան/էթնիկ ծագումը, սեռական կողմնորոշումը, կրթական մակարդակը, ընտանեկան կարգավիճակը, գենետիկան, ռիսկային վարքը և բնակության վայրը (11,12, 18):

Տղամարդկանց համեմատ կանանց մոտ ավելի մեծ է ինտիմ զուգընկերոջ կողմից բռնության ենթարկվելու հավանականությունը, իսկ կանանց համեմատ տղամարդկանց մոտ ավելի մեծ է ֆիզիկական բռնության ու ոչ միտումնավոր վնասվածքների ենթարկվելու հավանականությունը (Benjet et al., 2016): Միջանձնային բռնությանը առնչվող տրավմաների ի հայտ գալու միջին տարիքային ցուցանիշը ամենացածրն է (17 տարեկան), դրան հետևում է ինտիմ զուգընկերոջ բռնությունը (18 տարեկան), պատերազմի հետ կապված տրավմաները (20 տարեկան) և ոչ միտումնավոր վնասվածքները, սիրելի անձանց անսպասելի մահերը և ավելի բարձր միջին տարիքային ցուցանիշ ունեցող այլ տրավմաները (24-31 տարեկան): Տարիքից կախված տրավմայի ազդեցության պատկերը կարող է արտացոլել կյանքի հանգամանքները և կյանքի ոճը (Kessler et al., 2017): Տարած տրավմաների տեսակների մեջ կան նաև ռասայական/ազգային տարբերություններ: Օրինակ, սպիտակամորթների համեմատ սևամորթների և լատինամերիկացիների մոտ ավելի բարձր է երեխաների հետ դաժան վերաբերմունքի և ընտանեկան բռնությանը վկա լինելու ռիսկը: Աշխարհաքաղաքական պատճառներով, սպիտակամորթների համեմատ ասիացիների, սևամորթ տղամարդկանց և լատինաամերիկացի կանանց դեպքում ավելի բարձր է պատերազմին առնչվող տրավմաներին ենթարկվելու հավանականությունը (18): Բռնության և այլ տրավմատիկ իրադարձությունների ենթարկվելու հարցում սեռական կողմնորոշման տարբերությունների գնահատումը ԱՄՆ ռեպրեզենտատիվ ընտրանքի շրջանում ցույց է տվել, որ երբևէ համասեռական հետաքրքրություն կամ կապ չունեցած տարասեռական անձանց համեմատ նույնասեռական կանայք և նույնասեռական տղամարդիկ, երկսեռական և իրենց կյանքի ընթացքում երբևէ համասեռական կապ ունեցած տարասեռական անձանց մոտ բարձր է եղել մանկական տարիքում դաժան վերաբերմունքի, միջանձնային բռնության, մոտիկ ընկերոջ և հարազատ մարդու անսպասելի մահվան դեպքերը (Roberts et al., 2010): Կրթական ցածր մակարդակը հանգեցնում է որոշ տրավմաների ենթարկվելու բարձր ռիսկի (օրինակ՝ բռնություն, ոչ միտումնավոր վնասվածքներ): Երբևէ չամուսնացած անձանց համեմատ ամուսնացածների մոտ որևէ տեսակի տրավմատիկ փորձի ռիսկը ավելի ցածր է՝ միզուցե այն պատճառով, որ ամուսնացած մարդիկ ավելի քիչ են լինում տանից դուրս ուշ ժամերին՝ առանց ուղեկցության, և հնարավոր վտանգ պարունակող իրավիճակներում (Benjet et al., 2016): Գենետիկ գործոնները կարող են ազդել տրավմայի ենթարկվելու ռիսկի վրա՝ հնարավոր է անձնային հատկությունների այնպիսի անհատական տարբերությունների պատճառով, որոնք ազդում են միջավայրի ընտրության վրա (19): Բնավորության գծերը, ինչպիսիք են իմպուլսիվությունը և ռիսկային վարքագծի հակվածությունը կարող են բարձրացնել տրավմատիկ իրադարձությունների ռիսկը (20): Խիստ անկազմակերպ միջավայրերի (աղքատություն, ընտանիքների անկայունություն, բնակչության շարժի բարձր մակարդակ) համար հատկանշական է բռնության ու հանցագործության ենթարկվելու ռիսկի բարձր մակարդակը, որոնք կարող են տրավմատիկ լինել (21):

Տրավմատիկ փորձը բարձրացնում է հետագայում տրավմայի ենթարկվելու ռիսկը

Տրավմատիկ փորձը բարձրացնում է հետագա կյանքում կրկին տրավմայի ենթարկվելու ռիսկը (22): ՀԱՀՀ ռեսպոնդենտների 30%-ը չորս և ավելի տրավմատիկ իրադարձություններ են վերապրել (Kessler et al., 2017): Մանկական տարիքում բռնության ենթարկվելու և չափահաս տարիքում կրկին տրավմա ստանալու միջև ուժեղ կապ կա, ինչպես նաև հաճախ են միջանձնային բռնության ենթարկվելու կրկնվող իրավիճակները (Benjet et al., 2016, Coid et al., 2001): Այս կապի հիմքում ընկած հնարավոր մեխանիզմները պայմանավորված են նրանով, որ բռնություն գործողները թիրախավորում են ցածր ինքնագնահատական ունեցող, սոցիալապես մեկուսացված, իրենց թույլ զգացող կամ նախկինում զոհ լինելու հոգեբանական այլ հետևանքներից տառապող անձանց (23,24): Բացի դրանից, իմպուլսիվությունը և ռիսկին հակվածությունը, որոնք կարող են լինել տրավմայի ենթարկվելու թե՛ նախադրյալ, թե՛ արդյունք, նույնպես կարող են բարձրացնել բազմակի տրավմատիկ իրադարձությունների ենթարկվելու ռիսկը (օրինակ՝ վնասվածքների, (Benjet et al., 2016):

Տրավմայի ազդեցությունը և բնական վերականգնումը

Սովորական բան է որոշ հոգեբանական դիսթրես և ՀՏՍԽ ախտանշաններ ունենալը տրավմատիկ իրադարձություններից անմիջապես հետո, ինչպիսիք են վախը, սոմատիկ ախտանշանները և քնի խանգարումները (25): Սակայն, տրավմատիկ իրադարձություն վերապրած ոչ բոլոր անհատներն են ունենում ՀՏՍԽ (26): ՀՏՍԽ հետ կապված ախտանշանների մեծ մասը, եթե ոչ բոլորը, մարդկանց մեծ մասի մոտ անցնում են մեկ ամսվա ընթացքում (27), ինչը իրենից բնական վերականգնման ընթացք է ներկայացնում:

Գլուխ 3. Զետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում

Համաճարակաբանություն և տրավմայի ենթարկվելու այլ հետևանքները

Ինչպես ներկայացրեցինք նախորդ բաժնում, տրավմատիկ իրադարձություններին ենթարկվելը տարածված երևույթ է ամբողջ աշխարհում: Չնայած կան բազմաթիվ հոգեբանական հետևանքներ, որոնք կարող են ի հայտ գալ տրավմատիկ իրադարձության արդյունքում, ինչպիսիք են սուր սթրեսային խանգարումը, ադապտացիոն խանգարումները և բարդացած վիշտը (և սա բոլորը չէ), ՅՍԽ-ն ամենատարածվածներից է և սովորաբար որպես տրավմատիկ ազդեցության հոգեբանական հետևանք ամենաշատն է ուշադրության արժանանում:

Ընդհանուր առմամբ, ՅՍԽ-ն կազմում է հոգեկան առողջության խանգարումների գերակշիռ մասը Միացյալ Նահանգներում, որտեղ յուրաքանչյուր կոնկրետ տարում ամբողջ բնակչության մոտ 2,5%-ը բավարարում է ՅՍԽ-ի ախտորոշիչ չափանիշներին (28): Տարածվածության այս ցուցանիշը նշանակալիորեն ավելի բարձր է ԱՄՆ վետերանների շրջանում, որտեղ վետերանների մինչև 15%-ը բավարարում է ՅՍԽ-ի ախտորոշիչ չափանիշներին (29): Միացյալ Նահանգների բնակչության 8%-ի (30), Միացյալ Թագավորության բնակչության 4,4%-ի (31) և Ավստրալիայի բնակչության 4,4%-ի (32) մոտ իրենց կյանքի ընթացքում ՅՍԽ կախտորոշվի, ինչը զիջում է միայն այդ երկրներում դեպրեսիայի ախտորոշման ցուցանիշին (Kessler et al., 2012; McEvoy et al., 2011): Ընդհանուր առմամբ, ըստ երկրների ՅՍԽ ախտորոշման տարածվածությունը ցույց է տալիս, որ բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում կյանքի ընթացքում ՅՍԽ-ի տարածվածության արձանագրված ցուցանիշները ավելի բարձր են (6,9%) միջին (3,9%) ու ցածր (3%) եկամուտ ունեցող երկրների համեմատ (33): Չնայած տարածվածության գնահատականների այս տարբերությունները կարող են արտացոլել ըստ երկրների ՅՍԽ-ի տարածվածության իրական տարբերությունները, դրանք նաև կարող են մասամբ պայմանավորված լինել տեղեկացվածության ցածր մակարդակով՝ կապված մշակույթային այնպիսի գործոնների հետ, ինչպիսիք են հոգեկան հիվանդությունների հետ առնչվող խարանը, հոգեկան առողջության խնդիրների պակաս գիտակցումը և չափման սխալները (34): Միջին ու ցածր եկամուտ ունեցող երկրների համեմատ ՅՍԽ-ի առաջին անգամ ի հայտ գալու տարիքը սովորաբար ավելի ցածր է բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում: ՅՍԽ-ի առաջին անգամ ի հայտ գալու տարիքը բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում սովորաբար մինչև 30 տարեկանն է, իսկ միջին ու ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում ՅՍԽ-ի առաջին անգամ ի հայտ գալու տարիքը սովորաբար մինչև 43 տարեկանն է (Koenen et al., 2017): Բացի դրանից, չնայած հարցեր կան, թե արդյոք ԱՎՁ-IV-ի համեմատ ԱՎՁ-V-ում ՅՍԽ աշտորոշիչ չափանիշների փոփոխությունը կարող է ազդել տարածվածության գնահատականների վրա, վերջերս իրականացված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ԱՎՁ-IV-ի ու ԱՎՁ-V-ի չափանիշների կիրառմամբ ՅՍԽ-ի տարածվածության գնահատականները համեմատելի են (35,36): ԱՎՁ դասակարգման համակարգի շրջանակներից դուրս գալիս ԱՎՁ-V ու ՅՄԴ-11 չափանիշներին բավարարողների համընկնման միտում է արձանագրվում, սակայն մի ախտորոշիչ համակարգի չափանիշներին բավարարողների նշանակալի մասը չի բավարարում այլ համակարգում կիրառվող չափանիշներին (37):

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման կորելացիաները և ռիսկի գործոնները

Հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ սոցիալ-տնտեսական և հոգեբանական գործոնները կանխագուշակում են ՀՏՄԽ ախտորոշումը: Սոցիալ-ժողովրդագրական գործոնները, այդ թվում կրթության ու եկամուտի ցածր մակարդակները, նախկինում տրավմայի ենթարկվելը, մինչ այդ գոյություն ունեցող հոգեպաթոլոգիաները, սպիտակ ռասային պատկանելը (չնայած այս արդյունքները հակասական էին) և իգական սեռը հատկանշական են ՀՏՄԽ բարձր ռիսկի համար: Օրինակ, տղամարդկանց համեմատ ՀՏՄԽ-ի ռիսկը կանանց մոտ երկու անգամ բարձր է (38,39): Անձնական ցուցանիշները, օրինակ՝ նևրոտիզմի բարձր մակարդակը կամ խոցելիությունը սթրեսին դիմակայելու հարցում, նույնպես հանգեցնում են ՀՏՄԽ-ի բարձր ռիսկի (Perrin et al., 2014):

Որպես կանոն, տրավմայի ազդեցության հոգեբանական հետևանքները տրավմայի որոշ տեսակների դեպքում՝ սեռական հարկադրանքի և միջանձային բռնության ենթարկվելու արդյունքում, առավել ծանր են ու խեղդող (40): «Միտումնավոր» համարվող իրադարձությունների համար (օրինակ՝ ոտնձգության) բնորոշ է ՀՏՄԽ ախտանշանների ավելի երկարատև պահպանումը՝ «ոչ միտումնավոր» տրավմատիկ իրադարձությունների (օրինակ բնական աղետների, Santiago et al., 2013) համեմատ: Տարած տրավմատիկ իրադարձությունների քանակը նույնպես հանգեցնում է ավելի բարձր ռիսկի: Երեք և պակաս տրավմատիկ ազդեցություն վերապրածների համեմատ չորս և ավելի իրադարձությունների ենթարկվելը նշանակալիորեն բարձրացնում է ՀՏՄԽ-ի ռիսկը (Karam et al., 2014): Հետտրավմատիկ տարբեր գործոնները նույնպես բարձրացնում են ՀՏՄԽ-ի ռիսկը: Մասնավորապես, ստացված սոցիալական սատարման ցածր մակարդակը և հետագա կյանքում սթրեսային իրավիճակները (օրինակ՝ մշտական ֆինանսական խնդիրները) հանգեցնում են ավելի ծանր ՀՏՄԽ ախտանշանների (41):

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ընթացքը և ազդեցությունը ֆունկցիաների կատարման վրա

ՀՏՄԽ-ն անաշխատունակության հանգեցնող հոգեկան առողջության խանգարում է (42), որը հանգեցնում է նշանակալի հանրային ծախսերի ու ծանրաբեռնվածության: Ամենայն հավանականությամբ, ՀՏՄԽ-ով տառապող մարդկանց մոտ վիճակի ավելի արտահայտված վատթարացումը կապված է տարած տրավմատիկ իրադարձությունների քանակի հետ: Բնակչության շրջանում անցկացված 20 (11-ը բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում և ինը՝ ցածր ու միջին եկամուտ ունեցող երկրներում) ՀԱՀՅ արդյունքները ցույց են տալիս, որ ՀՏՄԽ-ի ախտանշանների մասին հայտնող մարդկանց մոտավորապես 20%-ը նշում են, որ նրանց ախտանշանները կապված են բազմակի տրավմատիկ իրադարձությունների հետ (Karam et al., 2014): Բացի դրանից, ՀՏՄԽ 12-ամսյա անամնեզ ունեցողները, որոնք չորս ու ավելի տրավմատիկ իրադարձության մասին են հայտնել, նաև ավելի արտահայտված ֆունկցիոնալ խանգարումներ, առաջին

անգամ ի հայտ գալու ավելի վաղ տարիք, ՀՏՄ-ի ավելի համառ ախտանշաններ և ավելի շատ այլ ուղեկցող հոգեկան խանգարումներ են ունեցել (ինչպիսիք են աֆեկտիվ, տագնապային խանգարումները): Այսպիսով, ամենայն հավանականությամբ ՀՏՄ ունեցող, չորս և ավելի տրավմատիկ իրադարձություն վերապրած անհատները կարող են հասնել «ռիսկի շեմին», ինչը հանգեցնում է այս անձանց մոտ հիվանդության ավելի ծանր ու խեղող ընթացքի (Karam et al., 2014) և, հնարավոր է, ավելի քիչ տրավմատիկ իրադարձությունների ենթարկվածների համեմատ ավելի քրոնիկ զարգացման:

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ուղեկցող հիվանդություններ

ՀՏՄ և դրան ուղեկցող հոգեկան առողջության այլ խանգարումները

ՀՏՄ ախտորոշում ունեցող անձանց մոտավորապես 78%-ը իրենց կյանքի ընթացքում նաև բավարարում են նվազագույնը ևս մեկ հոգեկան խանգարման չափանիշներին (Koenen et al., 2017): Հատկապես տարածված է ՀՏՄ-ի հետ միաժամանակ աֆեկտիվ խանգարումների և մասնավորապես միաբևեռ դեպրեսիայի ի հայտ գալը, ընդ որում, ՀՏՄ-ով տառապողների ավելի քան կեսը բավարարում են դեպրեսիայի չափանիշներին (Kessler et al., 2005): ՀՏՄ-ի և տագնապային խանգարումների միաժամանակյա դրսևորումը նույնպես տարածված է (Gradus, Antonsen, et al., 2015; Kessler et al., 2005): Հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ ՀՏՄ-ով անձանց մոտ տագնապային խանգարումներ ախտորոշելու հավանականությունը ՀՏՄ չունեցողների համեմատ ավելի բարձր է (շանսերի հարաբերությունը=4,3, 95% հավաստիության միջակայքը =3,8, 4,8) (43): Հիմնականում, աֆեկտիվ և տագնապային խանգարումները առկա են մինչև ՀՏՄ-ի հայտ գալը, իսկ որոշ դեպքերում կարող են իրենցից ՀՏՄ-ի ռիսկի գործոն ներկայացնել (44), թեպետ այլ ընթացք էլ է արձանագրվել, երբ աֆեկտիվ և տագնապային խանգարումները ի հայտ են եկել ՀՏՄ-ի դրսևորումից հետո (Gradus, Antonsen, et al., 2015):

Հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման հետ կապված ուղեկցող խանգարումները (ՀՆՕԽ) շատ տարածված են ՀՏՄ ունեցողների շրջանում՝ ՀՏՄ-ով տառապող անձանց մոտավորապես 40%-ը համապատասխանում են նաև ՀՆՕԽ-ի միաժամանակ ի հայտ գալու չափանիշներին (45): Հետաքրքրական է, որ որպես կանոն ՀՆՕԽ-ն դրսևորվում է ՀՏՄ ախտորոշումից հետո (Kessler et al., 2005) և ամենայն հավանականությամբ հոգեակտիվ նյութեր օգտագործելու ՀՏՄ ունեցողների ձգտումը ՀՏՄ-ի հյուծիչ ախտանշանները մեղմելու նրանց ինքնաբուժման ռազմավարությունն է (Gradus, Antonsen, et al., 2015): Սա նշանակում է, որ ՀՏՄ-ն կարող է ռիսկի գործոն հանդիսանալ ՀՆՕԽ-ի հետագա զարգացման համար:

ՀՏՄ-ն նաև կապված է ինքնասպանության բարձր ռիսկի հետ: Համաճարակաբանական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ՀՏՄ-ով տառապող անձանց մոտ ինքնասպանության գաղափարների ու ինքնասպանության փորձերի ռիսկը մոտավորապես վեց անգամ բարձր է ՀՏՄ չունեցողների համեմատ (46): Օրինակ, Դանիայում կոհորտային հետազոտության շրջանակներում ՀՏՄ չունեցողների համեմատ ՀՏՄ ունեցող անձանց մոտ

ինքնասպանության արդյունքում մահերի քանակը 13 անգամ շատ էր (Gradus, Antonsen, et al., 2015): Ինքնասպանությանը հակված լինելով, աֆեկտիվ պոռթկումներով, (47,48), մեղքի զգացումով (49) և դիսսոցիացիայով (50, 51) ուղեկցվող ՅՏՄ-ի և միաժամանակ դրսևորվող հոգեկան խանգարումների (ինչպիսիք են դեպրեսիան և ՅՆՕԽ) մեծ տարածվածության պատճառով, տվյալ կլինիկական պրոֆիլը դառնում է այս՝ հաճախ արտահայտվող, ուղեկցող կլինիկական խնդիրների կանխարգելմանը ուղղված ջանքերի հատկապես կարևոր թիրախ:

ՅՏՄ և դրան ուղեկցող սոմատիկ խանգարումները

Չնայած վաղուց ի վեր ՅՏՄ-ն անմիջականորեն կապվում է տարբեր սոմատիկ խանգարումների զարգացման հետ, ինչպիսիք են աղեստամոքսային խանգարումները (52,53) և այլ սոմատիկ խանգարումները (54), այնուամենայնիվ դրանց վերաբերյալ արդյունքները հարաբերականորեն ոչ միարժեք են (Pacella et al., 2013): Առավել հիմնավոր ապացույցներ կան ՅՏՄ և սիրտանոթային հիվանդությունների (ՍԱՀ) փոխկապակցվածության վերաբերյալ: ՅՏՄ-ի և ՍԱՀ-ի միջև այս առնչությունը հիմնավորվել է վետերանների ընտրանքներում (55) և ընդհանուր բնակչության շրջանում (Gradus et al., 2015): ՅՏՄ չունեցողների համեմատ ՅՏՄ-ով տառապող անձանց մոտ սրտային անբավարարության հավանականությունը ավելի բարձր է (շանսերի հարաբերությունը=3,4, 95% հավաստիության միջակայքը =1,9, 6,0) (56): Պարզ չէ, թե արդյոք ՅՏՄ-ն է բարձրացնում ՍԱՀ ռիսկը, թե այս երկու խանգարումների հիմքում ընդհանուր խոցելիությունն է, բայց կան որոշակի տվյալներ դոզա-արձագանք հարաբերակցության վերաբերյալ, որոնց շրջանակներում ՅՏՄ-ի ավելի շատ ախտանիշներ ունեցողների մոտ հիպերտենզիայի մակարդակը ավելի բարձր է (57): Նմանապես ուժեղ կապ կա ՅՏՄ և ցավային խանգարումների միջև՝ ՅՏՄ-ով տառապող անձանց ընդհանուր քանակի 30%-ի մոտ միևնույն ժամանակ ցավային խանգարում է դրսևորվում (58): ՅՏՄ և քրոնիկ ցավային համախտանիշի միաժամանակյա դրսևորման հնարավոր բացատրությունները ընդգրկում են հիմքում ընկած ընդհանուր խոցելիությունը, ինչպիսին է տագնապային դյուրագրգռության բարձրացած մակարդակը (58) և փոխադարձ ազդեցության մոդելները, երբ ՅՏՄ-ի ախտանշանների առկայությունը ուժեղացնում է ցավային դիսթրեսը և հակառակը (59):

Ամփոփում

Տրավմայի և ՅՏՄ-ի համաճարակաբանությունը հարաբերականորեն նոր բնագավառ է: Առաջին ազգային ընդհանուր պոպուլացիոն հետազոտությունների արդյունքները հրապարակվել են վաղ 90-ականներին (60): Այդ ժամանակից ի վեր համաճարակաբանությունը առնվազն չորս խոշոր ներդրում է արել բնակչության վրա տրավմայի ու ՅՏՄ-ի ծանր բեռի ըմբռնման համար:

Առաջին՝ տրավմայի ազդեցությունը համընդհանուր բնույթ է կրում և պատահականորեն չի բաշխված բնակչության շրջանում: Անհատական և սոցիալական գործոնները նպաստում են տրավմայի ենթարկվելու ռիսկին:

Երկրորդ՝ տրավմայի ենթարկված որոշ մարդկանց մոտ ՅՏՄ է առաջանում և սա նույնպես կախված է անհատական ու միջավայրային ռիսկի գործոններից:

Երրորդ՝ ՀՏՍԽ-ն լայնորեն տարածված, քրոնիկ և հյուծիչ խանգարում է, որն ուղեկցվում է ոչ միայն այլ հոգեկան ու վարքային խանգարումներով, այլ նաև բարձրացնում է առողջության վրա բացասական ֆիզիկական հետևանքների, օրինակ՝ սիրտանոթային խանգարումների (61) ռիսկը:

Չորրորդ՝ ՀՏՍԽ-ով տառապող անձանց մեծ մասը բուժում չի ստանում թե՛ բարձր, թե՛ (61) ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում:

Գլուխ 4. ՀՏՍԽ ու կոմպլեքս ՀՏՍԽ՝ բնորոշումը, ախտորոշումը, դիֆերենցիալ ախտորոշումը, գնահատումը ու սքրինինգը մեծահասակների շրջանում

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը (ՀՏՍԽ) առաջին անգամ պաշտոնապես ճանաչվել է որպես ախտորոշման ենթակա վիճակ Հոգեկան խանգարումների ախտորոշման և վիճակագրության ձեռնարկի 3-րդ խմբագրության մեջ (ԱՎԶ-III, DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 3rd edition) (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 1980թ.)՝ Հիվանդությունների և առնչվող առողջական խնդիրների միջազգային դասակարգում (ՀՄԴ) (Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 1992թ.) համատեղ: ՀՏՍԽ սահմանումը և հայեցակարգային ներկայացումը տարիների ընթացքում փոխվել է, ստորև մենք դիտարկում ենք ներկայիս իրավիճակը ԱՎԶ-V-ի (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013թ.) և ՀՄԴ-11-ի (Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, 2018) համատեքստում:

ԱՎԶ-V ՀՏՍԽ

ԱՎԶ 5-րդ խմբագրությունը (ԱՎԶ-V) հրապարակվել է 2013թ. (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013թ.)՝ փոխարինելով ԱՎԶ-IV-ը (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 1994թ.) և որոշ կարևոր փոփոխություններ անելով ՀՏՍԽ ախտորոշման համար նախկինում դրվող պահանջներում: Հոլզերի կրկնվող վերապրումը և գերգրգռվածությունը ընդգրկող ախտանշանների կլաստերները չնչին փոփոխությունների են ենթարկվել, իսկ խուսափման ախտանշանները այժմ առանձնացվել են որպես ախտանշանային կլաստեր: Այլ կարևոր փոփոխություններից են ախտանշանային հաշվի առնվող չափանիշների ընդհանուր քանակի ավելացումը 17-ից 20, տրավմատիկ սթրեսորի չափանիշի նշանակալի փոփոխությունը և ախտանշանների նոր կլաստերի ներդրումը, որը սահմանված է որպես «բացասական կոգնիտիվ և աֆեկտիվ փոփոխություններ, որոնք պայմանավորված են տրավմատիկ իրադարձությունով (ներով)»: Բացի դրանից, մեծ ուշադրություն է դարձվում տրավմատիկ իրադարձությանը(ներին) որոշակիորեն առնչվող ախտանշաններին և այժմ ՀՏՍԽ-ն նկարագրվում է որպես «տրավմայի ու սթրեսի հետ կապված խանգարում» այլ ոչ տազնապային խանգարում: ՀՏՍԽ ԱՎԶ-V-ի բոլոր չափանիշներին կարելի է ծանոթանալ ԱՎԶ-V-ում (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013թ.):

ԱՎԶ-V-ը ներմուծում է «դիսսոցիատիվ ախտանշաններով ուղեկցվող» ենթատեսակը, եթե առկա է դեպերսոնալիզացիա և դեռեալիզացիա, ինչը թույլ է տալիս ունենալ «հետաձգված դրսևորմամբ» ենթատեսակ, եթե ախտանշանների չափանիշները ամբողջությամբ չեն բավարարվում իրադարձությունից հետո առնվազն 6 ամսվա ընթացքում: ՀՏՍԽ ախտանշանները սովորաբար ի հայտ են գալիս միանգամից իրադարձությունից հետո (62,63), բայց փոքր մաս կազմող դեպքերում ախտորոշիչ շեմը չի բավարարվում տրավմատիկ իրադարձությունից հետո 6 ամսվա ընթացքը («հետաձգված ՀՏՍԽ»): Այս դեպքերում ՀՏՍԽ-ի

կլինիկապես նշանակալի ախտանշանները կարող են դրսևորվել ուժեղ հիշեցումից կամ կյանքի այլ սթրեսորներից հետո (64): ԱՎՁ-V-ում ներկայացված է նաև նախադարձական տարիքի (մինչև 6 տարեկան կամ ավելի վաղ շրջանի) ՅՏՍԽ ենթատեսակ՝ առանձին ախտանշանային չափանիշներով, որը քննարկվում է Բերլիների, Մեյզեր-Ստեդմանի և Դանեսի կողմից:

ԱՎՁ-IV-ում տրավմատիկ սթրեսորի չափանիշը պահանջում էր, որ անձը սարսափի, անօգնականության կամ վախի զգացում ապրած լիներ իրադարձության ժամանակ: ԱՎՁ-V-ում սա հանվել է՝ հաշվի առնելով դրա օգտակարության վերաբերյալ մտավախությունները և դրա պատճառով որոշ անձանց մոտ ՅՏՍԽ չախտորոշելը, չնայած դաժան տրավմատիկ իրադարձություններից հետո նրանք որոշակիորեն բավարարում էին ախտանշանների բոլոր մնացած չափանիշներին (65): Չափանիշներին համապատասխանող տրավմատիկ իրադարձության նկարագրությունը ավելի որոշակի է, քան ԱՎՁ-IV-ում, ինչը ավելի մեծ հստակություն է ապահովում, բայց նաև բացառում է մի շարք շատ տրավմատիկ իրադարձություններ (օրինակ՝ հանկարծակի առողջական խնդրի (օրինակ՝ սրտի կաթվածի) հետևանքով ընտանիքի մոտիկ անդամի անսպասելի մահվան մասին լուրը), որոնք նախկինում կարող էին հանգեցնել ՅՏՍԽ ախտորոշման: Հոլզերի կրկնվող վերապրումը և գերգրգռվածությունը ընդգրկող ախտանշանները հարաբերականորեն անփոփոխ են մնացել, բայց միտումնավոր խուսափման երկու ախտանշան այժմ ընդգրկված են մի առանձին չափանիշում և այդ պատճառով խուսափումը ախտորոշման համար բացարձակ պահանջ է:

Նոր D չափանիշի ախտանշանային կլաստերի ներմուծումը հիմնված է հաստատող գործոնային վերլուծության վրա (66) և ԱՎՁ-ում ՅՏՍԽ սահմանումը հեռանում է դրա՝ ի սկզբանե որպես վախի վրա հիմնված խանգարում, ձևակերպված գաղափարից, պաշտոնապես ընդունելով, որ ամոթի և մեղքի նման զգացմունքները կարող են գերակայող լինել վախի նկատմամբ: D չափանիշի ախտանշանների մեծ մասը ավելի շատ համընկնում է ՅՄԴ-11-ում սահմանված կոմպլեքս հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ԿՅՏՍԽ) ինքնակազմակերպման խանգարումների (ԻԿԽ) հետ, քան ԱՎՁ-IV-ի այլ ախտանշանային կլաստերների: Օրինակ՝ իր, ուրիշների կամ աշխարհի մասին համառ ու չափազանցեցված բացասական համոզմունքների և ամոթի կամ մեղքի զգացումների D ախտանշանները համընկնում են սեփական անձի մասին բացասական գաղափար ունենալու ՅՄԴ-11 ԻԿԽ (ինքնակազմակերպման) կլաստերի ախտանշանների հետ, իսկ ուրիշներից մեկուսացված կամ օտար լինելու զգացողությունների D ախտանշանները համընկնում են այլ անձանց հանդեպ հարազատություն զգալու ու հարաբերություններ պահպանելու դժվարություններին առնչվող ՅՄԴ-11-ի անձնային խանգարումների հետ: ԱՎՁ-V-ի բարձր դյուրագրգռության չափանիշները նման են ԱՎՁ-IV-ում քննարկվածներին, բայց այժմ ընդգրկում են «անխոհեմ կամ ինքնավնասող վարքագիծ»:

Չնայած ՅՏՍԽ-ի ԱՎՁ-IV-ի դասակարգումը կատարելագործելու նշանակալի ջանքերին, ԱՎՁ-V-ի դասակարգումը նույնպես խոցելի է ԱՎՁ-IV-ի առնչությամբ վերհանվող մի շարք քննադատական նկատառումների համատեքստում, որոնցից առաջին հերթին կարելի է նշել այն, որ ախտանշանային կլաստերների կազմը շատ լայն է, գոյություն ունեն ախտանշանների բազմաթիվ համադրություններ, ինչը

կարող է հանգեցնել ՅՏՄԻ ախտորոշման, ինչպես նաև առկա է ուղեկցող հիվանդությունների հավանականության բարձր մակարդակ և այս բոլորը միասին նվազեցնում է օպտիմալ կլինիկական օգտակարությունը (67, 68):

ՅՏՄԻ ԱՎՁ-V-ի չափանիշները կարող են դիտարկվել որպես ԱՎՁ-IV-ին հաջորդող տարբերակ, որը հիմնված է էմպիրիկ ապացույցների և դրանց մշակումը վերահսկող աշխատանքային խմբի տեսակետների վրա: ԱՎՁ-V-ի և ՅՄԴ-11-ի չափանիշները որոշ մասնագետների կողմից ընկալվել են որպես Ամերիկյան Հոգեբուժական Միության և Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության սահմանումները իրար մոտեցնելու (69, 70) կամ նույնիսկ նույնականացնելու հնարավորություն (71): Իրապես, ՅՄԴ-ԱՎՁ համապատասխանեցման և համակարգման խումբը ստեղծվել է այս նպատակին նպաստելու համար: Հետաքրքրական է, որ ՅՏՄԻ-ի դասակարգման այս երկու համակարգերը փաստորեն տարբեր ճանապարհներով են գնացել և փաստարկը, որ ՅՏՄԻ-ի դասակարգումների տարբերությունները ՅՄԴ-10-ում և ԱՎՁ-IV-ում ավելի շուտ սահմանումների, այլ ոչ հայեցակարգի խնդիր են (First, 2009) և չեն կարող կիրառվել ԱՎՁ-V-ի և ՅՄԴ-11-ի նկատմամբ: Կարելի է պնդել, որ դասակարգման հիմնական համակարգերը ներկայումս ՅՏՄԻ-ի տարբեր հայեցակարգային ձևակերպումներ են առաջարկում, և այդ պատճառով անցանկալի ռիսկեր են պարունակում, ինչպիսին է կամայական օգտագործումը՝ կախված նրանից, թե արդյոք ՅՏՄԻ-ի առկայությունը կամ բացակայությունը ինչ որ կոնտեքստով ցանկալի է, թե ոչ, ինչպես նաև խառնաշփոթը ՅՏՄԻ ու ԿՅՏՄԻ տառապող անձանց, բժիշկների ու այլոց շրջանում (72):

ՅՏՄԻ-ի գնահատումը ԱՎՁ-V-ում

ՅՏՄԻ-ի գնահատման համար ԱՎՁ-IV-ում օգտագործված, ստուգված ու վստահելի գործիքները ադապտացվել են ԱՎՁ-V-ում ՅՏՄԻ գնահատելու համար: Օրինակ, ԱՎՁ-IV-ի շրջանակներում լայնորեն օգտագործվող ՅՏՄԻ Կլինիկական ախտորոշման սանդղակը (Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (73)) վերանայվել է և մշակվել որպես CAPS-5՝ դրան վերաբերող տվյալներով հանդերձ և այժմ մատչելի է (74): Դրան շատ նման սեփական եսի ընկալման գնահատման ինքնուրույն լրացվող թեստը (PTSD Checklist; PCL; Blanchard, Jones Alexander, Buckley, & Forneris, 1996) նույնպես առկա է ՅՏՄԻ-ի համար ԱՎՁ-V-ում (PCL-5; 75): Այս երկու փաստաթղթերը (դրանց անգլերեն տարբերակները) հասանելի են ըստ պահաջի ԱՄՆ ՅՏՄԻ Ազգային կենտրոնում և կարող են օգտագործվել համապատասխան ուսուցում անցած բժիշկների ու հետազոտողների կողմից՝ անվճար(www.ptsd.va.gov/professional/assessment/dsm5_validated_measures.asp):

ՅՏՄԻ-ն ՅՄԴ-11-ում

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը (ՅՏՄԻ) ծայրահեղ սպառնալի կամ սարսափազդու իրադարձության կամ իրադարձությունների շարքի ենթարկվելուց հետո զարգացող խանգարում է, որը ունի հետևյալ բոլոր առանձնահատկությունները.

1. Ներկայում տրավմատիկ իրադարձության կամ իրադարձությունների կրկին վերապրում՝ վառ, կաչուն հիշողությունների, ֆլեշբեքերի կամ մոծավանջների ձևով: Սա սովորաբար ուղեկցվում է ուժեղ կամ ճնշող զգացմունքներով՝ մասնավորապես վախով կամ սարսափով, և ուժեղ ֆիզիկական զգացողություններով:

2. Խուսափում իրադարձության կամ իրադարձությունների մասին մտքերից ու հիշողություններից, կամ խուսափում այնպիսի գործողություններից, իրավիճակներից կամ անձանցից, որոնք հիշեցնում են իրադարձության կամ իրադարձությունների մասին:

3. Ներկայում ուժեղ սպառնալիքի մշտական զգացում, որը արտահայտվում է գերզգոնությամբ կամ ազդակներին (օրինակ՝ անսպասելի աղմուկին) ի պատասխան ուժեղ վախով:

Ախտանշանները պահպանվում են առնվազն մի քանի շաբաթ և նշանակալիորեն խաթարում են անձնական, ընտանեկան, սոցիալական, կրթական, աշխատանքային կամ գործունեության այլ կարևոր ոլորտները:

Կան ՀՏՄԽ-ին բնորոշ, համատեքստից կախված դրսևորումներ և այլ ախտանշաններ: Այնպիսի վիճակներում, երբ իրադարձության մասին գիտակցված հիշողությունը նվազած է կամ բացակայում է (օրինակ՝ գլխուղեղային վնասվածքի կամ շատ վաղ մանկական տրավմայի դեպքում), կրկին վերապրելու փոխարեն կարող է առկա լինել տրավմայի մասին հիշեցումներին էմոցիոնալ կամ ֆիզիոլոգիական արձագանքը (76): Կրկին վերապրելու առանցքային ախտանշանների հետ միասին սովորաբար ի հայտ են գալիս ուժեղ կամ ճնշող զգացմունքներ: ՀՏՄԽ-ի ժամանակ սովորաբար առկա էմոցիաներից կարող են լինել զայրույթը, ամոթը, տխրությունը, նվաստացման և մեղքի զգացումը, ներառյալ ողջ մնացածի մեղքի զգացումը: ՀՏՄԽ-ի սահմանումը պահանջում է «ֆունկցիոնալ խանգարում» և առնվազն մի քանի շաբաթվա տևողություն՝ ծայրահեղ սթրեսորներին նորմալ արձագանքից այն տարբերելու համար (77):

ՀՏՄԽ ախտորոշման համար ոչ էական, բայց մարդկանց մոտ սովորաբար դրսևորվող այլ ախտանշաններից են դիսսոցիատիվ ախտանշանները, ինչպիսիք են հիշողության խանգարումները (օրինակ՝ դիսսոցիատիվ ամենգիան), պսևդոհալյուցինացիաները (օրինակ՝ սեփական մտքերը որպես ձայներ ընկալելը), բժշկական հիմնավորում չունեցող սոմատիկ բողոքները, այդ թվում գլխացավը և շնչարգելությունը, սուկցիդալ գաղափարները ու վարքը և կրկին վերապրելուց խուսափելու կամ էմոցիոնալ ռեակցիաները կառավարելու նպատակով ակոհոլի կամ թմրանյութերի օգտագործումը:

ՀՄԴ-11-ում կոմպլեքս հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում

Սահմանում

Կոմպլեքս հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը (կոմպլեքս ՀՏՄԽ) խանգարում է, որը կարող է զարգանալ ծայրահեղ սպառնալի կամ սարսափազդու բնույթի, առավել հաճախ երկարատև ազդող կամ կրկնվող այնպիսի իրադարձության կամ իրադարձությունների շարքի հետևանքով, որոնցից դժվար

կամ անհնար է խուսափել (օրինակ՝ կտտանքներ, ստրկություն, ցեղասպանություն, երկարատև ընտանեկան բռնություն, կրկնվող մանկական սեռական կամ ֆիզիկական ոտնձգություն): Բավարարվում են ՀՏՄԽ բոլոր ախտորոշիչ պահանջները: Բացի դրանից, կոմպլեքս ՀՏՄԽ-ն բնորոշվում է՝

1. աֆեկտի կառավարման հարցում ծանր ու շարունակական խնդիրներով,
2. մշտապես ինքն իրեն ստորացված, նվաստացված կամ արժեքազրկված համարելով, ինչը ուղեկցվում է տրավմատիկ իրադարձությանը առնչվող ամոթի, մեղքի կամ անկարողության զգացումներով,
3. հարաբերություններ պահպանելու և այլ մարդկանց հետ հարազատության զգացում ունենալու դժվարություններով:

Այս ախտանշանները նշանակալիորեն խաթարում են անձնական, ընտանեկան, սոցիալական, կրթական, աշխատանքային կամ գործունեության այլ կարևոր ոլորտները:

Ախտորոշման ուղեցույց

- Որպես կանոն ուժգին կամ երկարատև բնույթի այնպիսի սթրեսային գործոնի ենթարկվելը, որից դժվար կամ անհնար է խուսափել, ինչպիսիք են կտտանքները, համակենտրոնացման ճամբարները, ստրկությունը, ցեղասպանությունը և կազմակերպված բռնության այլ ձևերը, ընտանեկան բռնությունը և մանկական հասակում սեռական կամ ֆիզիկական ոտնձգությունները:
- ՀՏՄԽ-ի առանցքային ախտանշանների առկայություն (ներկայումս տրավմատիկ հոլզերի կրկին վերապրում, տրավմայի մասին հիշեցնող իրավիճակներից խուսափում և ներկայումս սպառնալիքի մշտական զգացողություն):
- Սթրեսային իրադարձությունից և ՀՏՄԽ-ի ախտանշանների միաժամանակյա դրսևորումից հետո աֆեկտիվ, սեփական եսի ընկալման և միջանձնային ֆունկցիաների կայուն ու խորը խանգարումների զարգացում, այդ թվում աֆեկտի կառավարման խնդիրներ, ստորացված, նվաստացված կամ արժեզրկված լինելու մասին մշտական մտքեր, հարաբերություններ պահպանելու մշտական դժվարություններ:
- Կոմպլեքս ՀՏՄԽ-ի հետ կապված սթրեսային իրավիճակները մեծամասամբ միջանձնային բնույթի են, այսինքն՝ ավելի շուտ մարդու հետ դաժան վերաբերմունքի, այլ ոչ բնական աղետների (օրինակ՝ երկրաշարժի, պատահողմի, ցունամիի) կամ վթարների արդյունք են: ՀՏՄԽ-ին բնորոշ ախտանշաններից բացի կոմպլեքս ՀՏՄԽ-ն բնորոշվում է աֆեկտիվ, սեփական եսի ընկալման և միջանձնային ֆունկցիաների իրականացման ավելի համառ, երկարատև խնդիրներով: Բոլոր երեք ոլորտների խնդիրները հաճախ միաժամանակ են դրսևորվում:

Դիֆերենցիալ ախտորոշում

Կոմպլեքս ՅՏՍԽ-ի ախտորոշման վերաբերյալ պետք է նշել քննադատական հետևյալ նկատառումը՝ այն հնարավոր չէ տարբերակել անձի սահմանային խանգարումով (ԱՍԽ) ՅՏՍԽ-ից: ՅՄԴ-11-ում ԿՅՏՍԽ-ի և ԱՍԽ-ի հարցում իրոք հայեցակարգային համընկնում կա՝ յուրաքանչյուր ախտորոշման մեջ ընդգրկված խնդիրների տիպի, ավելի կոնկրետ՝ աֆեկտի կառավարման, սեփական եսի ընկալման և միջանձնային հարաբերությունների դժվարությունների առումով: Սակայն, այս դժվարությունների յուրահատուկ բնույթը միանգամայն հստակ է: ԱՍԽ-ի դեպքում, սեփական եսի ընկալման դժվարությունները արտացոլում են անկայուն ինքնագգացողությունը, այն դեպքում, երբ ԿՅՏՍԽ-ի ժամանակ դրանք արտացոլում են սեփական եսի նկատմամբ կայուն բացասական կարծիքը: ԱՍԽ-ի դեպքում միջանձնային հարաբերությունների դժվարությունները բնորոշվում են փոխհարաբերությունների անկայուն մոդելներով, իսկ ԿՅՏՍԽ-ի դեպքում դրանք արտացոլում են հարաբերություններից խուսափելու կայուն միտում: Աֆեկտի կառավարման խանգարման առումով ԱՍԽ-ն բնորոշվում է մերժված լինելու վախով և ինքնավնասման/սուկցիդալ վարքով, իսկ ԿՅՏՍԽ-ի դեպքում այս ախտանշանները ԻԿԽ պրոֆիլի մաս չեն կազմում: ԱՍԽ-ն ՅՏՍԽ-ից տարբերակող այլ առանցքային առանձնահատկություններից առավել հիշատակման արժանի է այն փաստը, որ ԿՅՏՍԽ-ն պահանջում է տրավմային բնորոշ ՅՏՍԽ-ի ախտանշանների առկայություն, որոնք ԱՍԽ-ի առանձնահատկություն չեն հանդիսանում: Բացի դրանից, ԱՍԽ ախտորոշման համար տրավմատիկ ազդեցության առկայություն չի պահանջվում: Երեք հետազոտությունների ընթացքում փորձարկվել և արդյունքում հիմնավորվել է ՅՄԴ-11-ում ԿՅՏՍԽ-ի և ԱՍԽ-ի տարբերակման արդարացվածությունը (78,79, 80):

ՅՄԴ-11-ում ՅՏՍԽ-ի եՎ ԿՅՏՍԽ-ի գնահատումը

Թեպետ ՅՏՍԽ և ԿՅՏՍԽ ախտորոշումները հարաբերականորեն վերջերս են ձևակերպվել ՅՄԴ-11-ում, մշակվել է դրանց նույնականացման առնվազն երկու թեստ, որոնց համար առկա են հիմնավորված և հավաստի տվյալներ: Կլինիկական օգտակարության ՅՄԴ-11-ի նպատակին համահունչ, մշակվել են՝

1. Սեփական եսի ընկալման գնահատման ինքնուրույն լրացվող թեստ՝ համառոտ և հեշտ կիրառելի Տրավմայի միջազգային հարցաշար (ՏՄՀ, International Trauma Questionnaire (81): ՏՄՀ-ն ընդգրկում է ախտանշաններին վերաբերող 12 կետեր՝ ախտանշանների վեց կլաստերներից յուրաքանչյուրի համար երկուական, և լրացուցիչ 6 կետեր՝ ֆունկցիոնալ խանգարման ուժգնությունը որոշելու համար (երեքը վերաբերում են ՅՏՍԽ-ի կլաստերին, մյուս երեքը՝ ԻԿԽ-ի կլաստերին): Այս թեստի սկզբնական տարբերակը, նկարագրված ախտանշանների լայն շրջանակը ներկայացնելու նպատակով, ախտանշաններին վերաբերող 24 կետ էր ընդգրկում՝ մասնավորապես ԻԿԽ-ի ախտանշաններին վերաբերող: Թեստային հանձնարարությունների տեսության մոդելի կիրառմամբ թեստավորման կրկնվող գործընթացի շնորհիվ ախտանշաններին վերաբերող կետերի քանակը նվազեցվեց մինչև 12 (82): Միացյալ Նահանգներում վերջերս անց կացված ազգային ներկայացուցչական ընտրանքի հարցման շրջանակներում (83) կետերի հավաստիությունը (Կրոնբախի ալֆան) բավարար էր ամբողջ ընտրանքի համար (ՅՏՍԽ ալֆան=0,89 և ԻԿԽ ալֆան=0,89): Տղամարդկանց մոտ (ՅՏՍԽ

ալֆան=0,89 և ԻԿԽ ալֆան=0,89), կանաց մոտ (ՅՏՍԽ ալֆան=0,88 և ԻԿԽ ալֆան=0,89): ՏՄՅ-ն թարգմանվել է մի քանի լեզվով և անվճար հասանելի է www.traumameasuresglobal.com կայքում:

2. ՅՄԴ-11-ում ՅՏՍԽ և ԿՅՏՍԽ ախտորոշումների համար հարցազրույցային թեստ-Տրավմայի Միջազգային Հարցազրույցը (ՏՄՀ, International Trauma Interview, ITI; 84):

Արհեստագիտական թեստեր

Առավել հաճախ օգտագործվող կարճ արհեստագիտական գործիքներից են ՅՏՍԽ Առաջնային օգնության արհեստագիտական սկրինինգը (Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD) 85) և Տրավմայի արհեստագիտական հարցաշարը (Trauma Screening Questionnaire TSQ 86)՝ երկուսն էլ պատասխանների այո/ոչ պարզ սանդղակով: ՄԿ-ՏՍԽ-ն ընդգրկում է չորս կետ, ներառյալ մղձավանջները և կաշուն մտքերը, մտքերից ու իրավիճակներից ակտիվ խուսափումը, գերզգոնությունը/վախը և ընդարմացումը/ալլ անձանցից ու գործունեությունից հեռացումը: 3 ու ավելի բարձր բալերը ընդհանուր առմամբ արտացոլում են ամենահամապատասխան արհեստագիտական շեմը: ՏՍԽ-ն 10 կետ ունի, որոնք համապատասխանում են ՅՏՍԽ-ի Ախտանշանների սանդղակի (PTSD Symptom Scale, 8) կրկին վերապրելուն ու գերզգոնվածությանը վերաբերող հարցերին: 6 ու ավելի բարձր բալերը ընդհանուր առմամբ արտացոլում են ամենահամապատասխան արհեստագիտական շեմը: Մեկ այլ, լայնորեն կիրառվող կարճ արհեստագիտական գործիք է SPAN ինքնուրույն լրացվող թեստը, որը հիմնված է Դեյվիդսոնի Տրավմայի սանդղակի վրա (88), որը վախը, հիշեցումներին ֆիզիոլոգիական գրգռվածությունը, զայրույթը ու ընդարմացումը գնահատող չորս կետ է ընդգրկում՝ ուժգնությունը գնահատող 5-բալանոց պատասխանների սանդղակով: Հետազոտությունները հաստատել են ՏՍԽ-ի արժեքավորությունը ծանր հոգեկան հիվանդություններով տառապողների ընտրանքների համար (89) և ՄԿ-ՏՍԽ-ի արժեքավորությունը հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման խանգարումներով ընտրանքների համար (90):

Վերջերս հետազոտվել են միայն 4 կամ ութ կետ պարունակող ավելի կարճ տարբերակներ (91): Հետաքրքրություն կար ավելի կարճ արհեստագիտական գործիքներ օգտագործել բնակչության որոշակի խմբերում, որոնց շրջանում ՅՏՍԽ-ի լայն տարածվածությունը հայտնի է: Անպայման չէ, որ համառոտ արհեստագիտական գործիքների արդյունավետությունը տուժի ախտորոշիչ չափանիշի փոփոխության, ինչպես օրինակ ԱՎՁ-V-ում ներդրված երեք լրացուցիչ ախտանշանի և մեկ լրացուցիչ ախտանշանային կլաստերի (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013) պատճառով: Այնուամենայնիվ, ԱՎՁ-V-ում ՅՏՍԽ-ի ավելի լավ գնահատման նպատակով մշակվել է ՄԿ-ՏՍԽ նոր տարբերակ՝ ՄԿ-ՏՍԽ-5: Հեղինակները մեղքին կամ դատապարտմանը վերաբերող մի կետ են ավելացրել և պարզել են, որ ամենազգայուն շեմային բալը 3-ն է, այն դեպքում, երբ օպտիմալ արդյունավետությունը ստացվել է 4-ի, իսկ օպտիմալ յուրահատկությունը՝ 5 բալի դեպքում:

Սրան հակառակ, ՅՄԴ-11-ում տարբերակում է դրվել ՅՏՍԽ-ի և կոմպլեքս ՅՏՍԽ-ի միջև: Առաջինը հիմնված է միայն վեց ախտանշանների, իսկ երկրորդը՝

ՀՏՍԽ-ի վեց ախտանշանների և ինքնակազմակերպման խանգարումները գնահատող լրացուցիչ վեց ասպեկտների վրա (92): Կոմպլեքս ՀՏՍԽ-ն գնահատելու այլընտրանքային գործիքները, ինչպիսիք են Կոմպլեքս տրավմայի գործիքակազմը (CTI, 93) և Կոմպլեքս ՀՏՍԽ-ի գերմաներեն սքրինինգը (94) մոտավորապես համապատասխանում են ՀՄԴ-11-ի վերջնական ձևակերպմանը և հավանաբար կդառնան լրացուցիչ օգտակար սքրինինգային գործիքներ:

Ընդհանուր հարցեր

Սքրինինգային թեստերի արդյունավետության հոգեչափական հետազոտություններ հարաբերականորեն հազվադեպ են անց կացվում, իսկ շեմային բալերը միշտ չէ, որ անկախորեն վալիդացվում են: Այնուամենայնիվ պարզ է, որ դրանց արդյունավետությունը հավանաբար տարբեր է՝ կախված միջավայրից և բնակչության ընտրանքից (95, 96): Այլ լեզուներով թարգմանությունը կարող է հանգեցնել օպտիմալ շեմային բալերի թեթև տարբերությունների, նույնիսկ եթե ընդհանուր արդյունավետությունը բարձր է մնում (97): Այս դիտարկումը պետք է հաշվի առնել ավելի լայնածավալ սքրինինգ անցկացնելիս: Օրինակ, վերջերս սկսել են պարբերաբար սքրինինգ իրականացնել խոշոր միջադեպերից հետո, ինչը ուղեկցվում է դրանցից տուժածների մոտ հոգեկան խնդիրների բացահայտման ավանդական մեթոդների հայտնի սխալների հաղթահարմանն ու հիմնավորված բուժում տրամադրելուն ուղղված ակտիվ բացատրական աշխատանքով: Բուժման անհրաժեշտությունը պարզելու համար դրական սքրինինգին սովորաբար հետևում է ավելի մանրակրկիտ կլինիկական գնահատումը: Օրինակ, այս ռազմավարությունը հաջողությամբ կիրառվել է Լոնդոնում 2005թ. ահաբեկչական պայթյուններից (98) և 2009թ. Ամստերդամի օդանավակայանում ինքնաթիռի աղետից հետո (99): Սքրինինգի արդյունավետության ավելի մանրամասն հետազոտություն իրականացվել է TSQ թեստի օգնությամբ՝ Լոնդոնի պայթյունների հետ կապված հոգեկան հիվանդությունների ծրագրի ընթացքում (100): Ահաբեկչական միջադեպից հետո ընդհանուր սթրեսի ժամանակավոր աճը հիմնավորող վկայություններին համահունչ, այն պարզել է, որ TSQ-ի յուրահատկությունը ցածր էր պայթյուններից անմիջապես հետո, բայց կայուն աճում էր հետագա երկու տարիների ընթացքում: Նաև վկայություններ կան, որ Էթնիկ փոքրամասնությունների խմբերի անդամները որպես կանոն ավելի բարձր բալեր են հավաքում, ինչը նվազեցնում է TSQ յուրահատկությունը, երբ կիրառվում է մեկնարկային շեմային բալ: Այլ հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ TSQ-ն ունի ավելի բարձր զգայունություն, քան յուրահատկություն լուրջ միջադեպերից անմիջապես հետո, ինչը ցույց է տալիս, որ նման իրավիճակներում TSQ-ի օգտագործումը առավելագույնի է հասցնում տուժած մարդկանց նույնականացնելու հնարավորությունը՝ խուսափելով ավելորդ կլինիկական հետազոտություններից (Gouweloos-Trines et al., 2019): Հավանական է, որ բոլոր սքրինինգային գործիքների արդյունավետությունը փոփոխվում է կախված իրավիճակային ու անհատական գործոններից, բայց այս հարցը քիչ է ուսումնասիրվել և պետք է գերակայի հետագա հետազոտություններում:

Աքրինինգի ամփոփում

Ըստ երևույթի, հարաբերականորեն համառոտ սքրինինգային թեստերը նույնքան արդյունավետ են, որքան երկար հարցաշարերը: Գլխավոր արժեքը հավանական ՅՏՄ-ի առկայությունը մեծ ընտրանքներում պարզելն է, որոնց համար ավելի մանրակրկիտ գնահատումը արդարացված չէ: Մինչ օրս իրականացված փորձարկումները թույլ են տալիս ենթադրել, որ առկա թեստերը նպատակահարմար են այս նպատակների համար և կարող են ադեկվատ զգայունություն և յուրահատկություն ապահովել: Այնուամենայնիվ, դրանց արդյունավետությանը վերաբերող տվյալները տարբեր միջավայրերի և բնակչության տարբեր խմբերի համար բավարար չեն և նշանակալի լրացուցիչ հետազոտություններ են պետք օպտիմալ սքրինինգային ընթացակարգեր սահմանելու համար:

Ընդհանրացում

- Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՄ) ախտորոշման կենտրոնական կառուցողական բլոկերն են տրավմատիկ իրադարձությունների և դրանց հետ կապված հետևանքների գնահատումը՝ ախտանշանային և ֆունկցիոնալ մակարդակներում:
- Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտորոշումը պետք է հիմնված լինի կլինիկական չափանիշների վրա, որոնք սահմանված են ՅՄԴ-ի ներկայիս տարբերակում:
- Ֆունկցիոնալ առողջության համար համապատասխան է Ֆունկցիոնալության, հաշմանդամության և առողջության միջազգային դասակարգման (ՖՀԴ) համակարգը:
- ՀՏՄ-ի կոնկրետ ախտորոշումը պետք է ներառի համապարփակ գնահատում, որը ներառում է ներկայիս կյանքի իրավիճակի վրա ազդեցությունը և հետևանքները, ուղեկցող ախտանիշները և քրոնիկ հետևանքները, ինչպես նաև սթրեսածին գործոնները և նախատրավմատիկ վիճակը:
- Ախտորոշումից բացի, պետք է գնահատվեն ընդհանուր (ընտանեկան, բնակարանային և աշխատանքային իրավիճակ, տարածաշրջանային բժշկական/հոգեթերապևտիկ խնամք, առողջական վիճակ) և կոնկրետ համատեքստային գործոնները: Դրանք ներառում են, օրինակ, շփումը հանցագործների հետ, կախվածության մեջ գտնվող բռնի հարաբերությունները և, օրինակ, փախստականների օրինական և բնակության պայմանների կարգավիճակը:
- Հաճախ կիրառվում է հետևյալ ախտորոշիչ ընթացակարգը՝ անամնեզի ընթացքում տրավմայի պատմության և ինքնաբուխ ախտանիշների հավաքագրում: Ախտորոշումը հաստատելու համար պետք է օգտագործվեն հոգեչափական թեստեր և հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՄ) հատուկ կառուցվածքային կլինիկական հարցազրույցներ:

Բացի այդ, պետք է հստակորեն հաշվի առնվեն և գրանցվեն հնարավոր ուղեկցող հիվանդությունները: Տրավմայի պատմության հավաքման ընթացքում (նախկին տրավմատիկ փորձառությունների հավաքագրում) սովորաբար

անհրաժեշտ կամ ցուցված չէ սկզբում ուսումնասիրել տրավմատիկ փորձառության մանրամասները. փոխարենը, բավարար է փորձառության համառոտ նկարագրությունը: Սկզբնական փոխազդեցության փուլում մանրամասն նկարագրությունների վրա պնդելը կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ թերապիայի զարգացման և հարաբերությունների վրա:

Հետևյալ գործոնները անհրաժեշտ են հավաստի ախտորոշման և բուժման համար`

- Հարցազրույցի համար անվտանգ, շեղող գործոններից զերծ մթնոլորտի ստեղծում, հատուկ վերահսկողության կարիքների հաշվառում և անհրաժեշտ պայմանների համարժեք լուծում (հետազոտվող անձից բավարար ֆիզիկական հեռավորություն, անհրաժեշտության դեպքում դռները բաց թողնել, վստահելի անձի բերել, հետազոտման սենյակից գրգռիչների հեռացում):
- Հետտրավմատիկ սթրեսի ախտանիշների մասին ակտիվորեն հարցնելը, քանի որ շատ այցելուներ դրանց մասին ինքնաբերաբար չեն հայտնում:
- Ախտանիշների բացատրական մոդելի տրամադրում որպես ծայրահեղ սթրեսի նկատմամբ մարդկային արձագանք (հոգեկրթություն):
- Սուր տրավմայի դեպքում կարևոր է նաև կանխարգելիչ տեղեկատվությունը հնարավոր սպասվող ախտանիշների մասին:
- Անհատական քոփինգների և փոխհատուցողական ռազմավարությունների նույնականացումը և ամրապնդումը որպես «նորմալ» ռեակցիա:
- Ռիսկի և պաշտպանիչ գործոնների արձանագրում

Գլուխ 5. Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման կանխարգելում և բուժում

ՀՏՍԽ-ի կանխարգելման ու բուժման հոգեբանական և այլ միջամտությունները կարելի է բաժանել տրավմայի վրա կենտրոնացմամբ և առանց տրավմայի վրա կենտրոնացման, ինչպես նաև անհատներին, զուգերին կամ խմբերին տրամադրվող միջամտությունների: Տարբերում են նաև ունիվերսալ, ընտրողական և ցուցված միջամտություններ: ՀՏՍԽ-ի բուժման և կանխարգելման գործընթացի համատեքստում կարևոր է նաև հաշվի առնել առաջնային և երկրորդային կանխարգելում, ինչպես նաև վաղ միջամտություն հասկացողությունները:

Վաղ միջամտություններ

Վաղ միջամտությունը սահմանվում է որպես տրավմայից հետո 3 ամսվա ընթացքում սկսված միջամտություն:

Առաջնային ու երկրորդային կանխարգելումը տերմիններ են, որոնք վաղ միջամտությունները քննարկելիս հաճախ են օգտագործվում առողջության համատեքստում: Առաջնային միջամտության նպատակը մինչև հիվանդության առաջանալը այն կանխարգելելն է՝ հիվանդության պատճառ հանդիսացող վտանգների ազդեցությունը կանխարգելելու միջոցով: Երկրորդային կանխարգելման նպատակը հիվանդությունը հնարավորինս շուտ պարզելու ու բուժելու միջոցով արդեն իսկ ի հայտ եկած հիվանդության ներգործությունը մեղմացնելն է: Տրավմայի համատեքստում առաջնային կանխարգելումը այն միջոցառումներն են, որոնք նվազեցնում են տրավմատիկ իրադարձությունների ենթարկվելու ռիսկը, օրինակ՝ սեռական բռնությունը կանխելու նպատակով ճամբարի լուսավորվածությունը ուժեղացնելը: Երկրորդային կանխարգելումը այն բոլոր գործողություններն են, որոնք ուղղված են տրավմայի ենթարկվելուց հետո հոգեպաթոլոգիայի զարգացման ռիսկի նվազեցմանը, օրինակ՝ սուր սթրեսային խանգարման (ՍՍԽ) բուժումը ՀՏՍԽ-ի զարգացումը կանխարգելելու նպատակով: Այլ, ավելի բարդ մոդելներ են ստեղծվել առաջնային/երկրորդային կանխարգելման մոտեցման հիման վրա: Օրինակ՝ Տրավմատիկ սթրեսի հետազոտությունների միջազգային ընկերության (ՏՄՅՄԸ) սոցիալ-Էկոլոգիական մոդելը, որը իրենից ներկայացնում է տրավմայի առաջացմանը ու հետևանքների կանխարգելմանը ուղղված ռազմավարությունների բազմաստիճան մոտեցում(101):

Ծառայությունների այս կատեգորիաները տարբերվում են ըստ թիրախային բնակչության ռիսկի մակարդակի: Տարբերում են ունիվերսալ, ընտրողական և ցուցված միջամտություններ: Ունիվերսալ միջամտությունները նրանք են, որոնք ուղղված են տրավմատիկ իրադարձության ենթարկված բոլոր մարդկանց՝ անկախ ռիսկից: Որպես առաջնային կանխարգելում ունիվերսալ միջամտությունները ընդգրկում են նաև այն միջամտությունները, որոնց նպատակը տրավմատիկ իրադարձության ենթարկվելու կանխարգելումն է: Ընտրողական միջամտությունների թիրախը այն անհատներն են, որոնց մոտ խանգարման զարգացման ռիսկ կա (բայց որոնք դեռ ախտանշաններ չունեն): Ցուցված միջամտությունները ուղղված են այն թիրախային անհատներին, որոնք ունեն

խանգարում կասկածելու հիմք տվող նվազագույն, բայց պարզորոշ ախտանշաններ:

Ուղեցույցում կանխարգելման վաղ միջամտությունները բաժանված են կանխարգելման մեկ սեսիայից բաղկացած, կանխարգելման բազմակի սեսիաներից բաղկացած և վաղ բուժման խմբերի: Վաղ բուժումը մարդու մոտ խանգարում զարգանալուց հետո հնարավորիս կարճ ժամանակահատվածում միջամտության իրականացումն է:

Ունիվերսալ միջամտություններ

Ունիվերսալ միջամտությունների թիրախը տրավմատիկ իրադարձության ենթարկված յուրաքանչյուր անձն է: Ինչպես նկարագրվել էր վերևում, մենք գիտենք, որ տրավմա վերապրածների մեծ մասի մոտ ժամանակի ընթացքում թույլ արտահայտված ախտանշաններ են դրսևորվում, որոնք իրենք իրենց վերականգնվում են: Հետևաբար, հաշվի առնելով, որ տրավմայի ենթարկվածների միայն մոտավորապես 25%-ի մոտ են միջինից բարձր ուժգնության ախտանշաններ զարգանում, դժվար է ակնկալել, որ ունիվերսալ միջամտությունը նշանակալի ազդեցություն կունենա հոգեբուժական ախտանշանների վրա ընդհանուր գնահատման համատեքստում:

Մեկ սեսիայից բաղկացած միջամտություններ

Մեկ սեսիայից բաղկացած միջամտությունների մեծ մասը ունիվերսալ միջամտություններ են (որոնք ուղղված են բոլոր տրավմա վերապրածներին), այնպես որ անակնկալ չէ, որ այս խմբում ընդգրկված հետազոտություններին վերագրվել է անբավարար ապացուցողականություն (արդյունավետության կամ անարդյունավետության ապացույցները բացակայում են):

Մասնավորապես, որպես ունիվերսալ միջամտություն տրամադրված անհատական կամ խմբային դերբիֆինգին վերագրվել է կիրառելու համար անբավարար ապացույցների հանձնարարականը: Այս արդյունքը համահունչ է 2002թ.-ի Կոբրեյնի ամփոփմանը, որում նշվել է, որ ՀՏՍԽ-ի կանխարգելման համար դերբիֆինգի օգտակարության որևէ ապացույց չկա (102): Այս արդյունքը նաև համահունչ է Առողջության ու կլինիկական կատարելագործման ազգային ինստիտուտի (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), այժմ Առողջության ու խնամքի կատարելագործման ազգային ինստիտուտի (National Institute for Health and Care Excellence)) ՀՏՍԽ ուղեցույցին, որը խորհուրդ է տալիս մեկ սեսիայից բաղկացած միջամտությունները չընդգրկել սովորական պրակտիկայում: Ընդհանուր առմամբ, ISTSS-ի (International Society for Traumatic Stress Studies) արդյունքները համահունչ են այլ ուղեցույցներին, որոնք մեկ սեսիայից բաղկացած ունիվերսալ հոգեառաջնության միջամտությունները խորհուրդ չեն տալիս դիտարկել որպես սովորական պրակտիկայի մաս, քանի որ դրանց կիրառումը հիմնավորող ապացույցների պակաս կա:

Մի քանի սեսիայից բաղկացած միջամտություններ

Ունիվերսալ միջամտությունները արդյունավետ չեն նաև մի քանի սեսիայով իրականացվելու դեպքում: Մասնավորապես, որպես ունիվերսալ միջամտություն իրականացվող կարճատև միջանձնային խորհրդատվական թերապիան (103), անհատական տրավմայի կարճատև մշակումը (104,105,106), ծնողներին ուղղված կարճատև միջամտությունը վաղաժամ ծնողաբերությունից հետո (107), ինտենսիվ բուժման օրագրերը (108) և համագործակցային օգնությունը (109) ստացել են անբավարար ապացույցներ գնահատականը: Հավանաբար, սա արտացոլում է այն փաստը, որ տրավմայի ենթարկվածների մեծ մասը նորմալ վերականգնվում է առանց որևէ միջամտության:

Այսպիսով, եթե ՀՏՄԽ-ի կանխարգելման հարցում ունիվերսալ միջամտությունները ամենայն հավանականությամբ արդյունավետ չեն, ինչ էլ պետք անել տրավմատիկ իրադարձությունից հետո: Այս պահին ամենից հաճախ տրամադրվող ունիվերսալ մոտեցում է հանդիսանում Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության (2011թ.), Կարմիր խաչի (Ավստրալիական Կարմիչ խաչ և Ավստրալիական հոգեբանական ընկերություն, 2013; Gurwitch et al., 2010) կողմից հաստատված առաջին հոգեբանական օգնությունը (ԱՅՕ):

Ընտրողական /ցուցված միջամտություններ

Մեկ սեսիայից բաղկացած միջամտություններ

Ավելի արտահայտված ախտանշաններ ունեցողներին ուղղված միջամտությունները սկսում են ավելի մեծ ազդեցություն ցուցաբերել ՀՏՄԽ-ի զարգացման կանխարգելման վրա: Համակարգված ամփոփումներում/մետա-վերլուծություններում երկու մեկ սեսիայից բաղկացած միջամտություններ են իրականացվել, որպես ընտրողական միջամտություն՝ աչքի շարժումներով դեսենսիտիզացում և վերամշակում (ԱԾԴՎ, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)) կամ ցուցված միջամտություն (Խմբային 512 հոգեբանական միջամտության մոդել [ՀՄՄ], Group 512 Psychological Intervention Model [PIM]): Երկուսին էլ վերագրվել է նոր ապացույցներով միջամտություն հանձնարարականը: Խմբային 512 միջամտությունը՝ կրիտիկական պատահարներին առնչվող սթրեսի ժամանակ դեբրիֆինգի (ԿՊՍԴ) Միտչելի մշակած (1983թ.) ստանդարտ սկզբունքները համատեղում է չինացի ռազմական փրկարարներին հատուկ առանձնահատկությունների հետ: Խմբային 512 միջամտությունը բաղկացած է չորս փուլից, ներառյալ ներածական, տրավմայի հետ կապված փաստերի, մտքերի, ռեակցիաների ու ախտանշանների քննարկման փուլերը, որին հետևում են սթրեսի կառավարման խորհուրդները:

Մի քանի սեսիայից բաղկացած միջամտություններ

Մի քանի սեսիայից բաղկացած ընտրողական միջամտությունները, այդ թվում կարճատև զուգային թերապիային (110) և Ինտերնետով ինքնուրույն միջամտությանը (111) նույնպես վերագրվել է նոր ապացույցներով միջամտություն հանձնարարականը: Կարճատև զուգային թերապիայի նպատակն է տրավմայի ենթարկվելուց հետո հիմնվել սոցիալական սատարման վրա: Այն ներառում է

հոգեկրթության և մոտիվացիոն հարցազրույթի տարրեր՝ բուժառուի ու նրա համար կարևոր որևէ մեկի միջև հաղորդակցությունը բարելավելու նպատակով: Այն բաղկացած է երկու սեսիայից, որոնց նպատակն է նպաստել տրավմային վերաբերող մտքերի ու զգացմունքների բացահայտմանը՝ միևնույն ժամանակ փորձելով մեղմացնել բացահայտմանը առնչվող սոցիալական արգելքները և զուգահեռաբար բացասական փոխազդեցությունները (Brunet et al., 2013): Տրավմային ուղղված Ինտերնետով ինքնուրույն միջամտությունը հիմնված է հոգեկրթության ԿՎԹ սկզբունքների և սթրես/ռեկաքսացիոն տեխնիկաների վրա՝ ի լրումն in vivo էքսպոզիցիայի: Տրավմային ուղղված Ինտերնետով ինքնուրույն միջամտության նպատակն է իջեցնել դիսթրեսի ու տագնապի մակարդակները՝ տեղեկատվություն տրամադրելով սթրեսին դիմակայելու հաջող մեթոդների (coping), ցուցումների և in vivo էքսպոզիցիայի ուղեցույցի մասին՝ ի լրումն սթրեսի կառավարման տեխնիկաների (Mouthaan et al., 2013): Հետահայաց վերլուծությունների արդյունքում ՀՏՄԽ-ի ախտանշանների նշանակալի մեղմացում է արձանագրվել ծանր մեկնարկային ախտանշաններ ունեցող բուժառուների ենթախմբում՝ կրկին մատնանշելով, թե որքան կարևոր է ուշադրության կենտրոնում պահել արտահայտված ախտանշաններով բնակչության ռիսկային խմբերին (միևնույն ժամանակ հաշվի առելով հետահայաց վերլուծությունների սահմանափակումները): Չնայած այս միջամտությունները խոստովանալից են, բայց լրացուցիչ ապացույցներ են պետք դրանց արդյունավետությունը հիմնավորելու համար:

Հոգեբանական թերապիա

Արդյունավետության առանցքային և ընդհանուր տարրեր

Ստորև կներկայացվեն ՀՏՄԽ-ի կանխարգելման և բուժման ՏՄՅՄՄ (ISTSS) ուղեցույցի հանձնարարականների մակարդակները:

Խիստ հանձնարարելի՝ կոգնիտիվ մշակման թերապիան, կոգնիտիվ թերապիան, աչքի շարժումներով դեսենսիտիզացում և վերամշակումը (ՎՇԴՎ), տրավմայի վրա կենտրոնացմամբ անհատական ԿՎԹ (չդիֆերենցված) և երկարաժամկետ էքսպոզիցիան հանձնարարվել են ՀՏՄԽ տառապող մեծահասակների բուժման համար:

Ստանդարտ հանձնարարական՝ առանց տրավմայի վրա կենտրոնացման ԿՎԹ, տրավմայի վրա կենտրոնացմամբ խմբային ԿՎԹ, տրավմայի վրա կենտրոնացմամբ ինտերնետի վրա հիմնված ուղղորդվող ԿՎԹ, շարադրանքային էքսպոզիցիոն թերապիա և ներկայի վրա կենտրոնացման թերապիաները հանձնարարվում են ՀՏՄԽ-ով տառապող մեծահասակների բուժման համար:

«Նոր ապացույցների հիման վրա միջամտություն» հանձնարարական՝ ՀՏՄԽ-ով տառապող մեծահասակների բուժման արդյունավետության կան նոր ապացույցներ տրավմայի վրա կենտրոնացմամբ զուգային ԿՎԹ-ի, տրավմայի վրա կենտրոնացմամբ խմբային և անհատական ԿՎԹ-ի, տրավմատիկ հիշողությունների ապակարծրացման (ռեկոնսոլիդացիա), մեկ սեսիայից բաղկացած ԿՎԹ-ի, վիրտուալ իրականության թերապիայի և գրավոր շարադրանքի էքսպոզիցիոն թերապիայի վերաբերյալ:

«Հանձնարարելու համար ոչ բավարար ապացույցներ»՝ բավարար ապացույցներ չկան ՀՏՍԽ համար կարճատև Էկլեկտիկ հոգեթերապիան, Երկխոսային Էքսպոզիցիոն թերապիան, Էմոցիոնալ ազատության տեխնիկաները, խմբային միջանձնային թերապիան, խմբային կայունացման թերապիան, խմբային աջակցման խորհրդատվությունը, անհատական հոգեկրթությունը/ինքնասատարումը, միջանձնային հոգեթերապիան, դիտվող և Էքսպերիմենտալ ինտեգրացիան, հոգեդինամիկ հոգեթերապիան, քաջալերումը, ռելաքսացիոն մարզումները, աչքի արագ շարժումների քնի փուլում դեսենսիբիլիզացիան (ԱԱՇ-Դ, rapid eye movement desensibilization, REM-D), աջակցող խորհրդատվությունը և տրավմայի վրա կենտրոնացմամբ խորհրդատվությունը ՀՏՍԽ-ով տառապող մեծահասակների բուժման համար հանձնարարելու համար:

Չորս խիստ հանձնարարվող արդյունավետ թերապիաների հիմնական բաղադրիչները

ԿՄԹ

- Հոգեկրթություն
- Սոկրատիկ երկխոսություն
- Կոգնիտիվ վերլուծության թերթիկներ
- Գովաբանում և գովասանքների ընդունում
- Կոգնիտիվ խուսափման հաղթահարում
- Ոչնչով չչայմանավորված հաճելի բաներ անել ինքն իր համար

ԿԹ-ՀՏՍԽ

- Անհատական դեպքի ձևակերպում
- Ձեր կյանքի վերականգնման/վերակառուցման հանձնարարություններ
- Ուղղորդվող բացահայտում
- Վարքային Էքսպերիմենտներ
- Տրավմատիկ հիշողությունների վերակենդանացում
- Տարբերակման ուսուցանում կրկին վերապրելու տրիգերներով
- Տեղանքի այցելություն
- Ամփոփման և պլանավորման թերթիկներ

ԱՇԴՎ թերապիա

- Աֆեկտի կարգավորման միջոցներ
- Նպատակահարմար թիրախի առանձնացում (ընկալման տարրեր, բացասական նշանակություն, զգացմունքային արձագանք, մարմնական զգացողություններ)
- Դրական համոզմունք
- Դեսենսիբիլիզացիա (օրինակ՝ աչքի շարժումներով)
- Մարմնի սկանավորում
- Ապագայի մշակում
- Երկարատև Էքսպոզիցիա (ԵԷ)
- Հոգեկրթություն

- Հանգիստ շնչառություն
- In vivo Էքսպոզիցիա
- Երևակայական Էքսպոզիցիա

Կոգնիտիվ մշակման թերապիա

ԿՄԹ-ի տեսության համաձայն տրավմայի ժամանակ ուղեղը փորձում է համաձայնեցնել իրադարձության նշանակությունը նախկինում գոյություն ունեցող կոգնիտիվ կառուցվածքների կամ սխեմաների հետ: Համարվում է, որ բնական պրոցեսների կամ միջամտության միջոցով տրավմատիզացիայից վերականգնումը իրականացվում է տրավմատիկ տեղեկատվությունը գոյություն ունեցող սխեմաներին հարմարեցնելու (ակոմոդացնելու) արդյունքում: Այլ խոսքերով, մինչ տրավման առկա համոզմունքային կառուցվածքները բավականաչափ ձևափոխվում են, որ համահունչ լինեն տրավմայի մասին իրատեսական գնահատականներին: Կարծում են, որ ՀՏՍԽ-ն ի հայտ է գալիս, երբ մինչև տրավման առկա սխեմաների և իրադարձության հետտրավմատիկ գնահատականների միջև տարածայնություն է առաջանում (112): Տրավմատիկ փորձը իմաստավորելու համար ՀՏՍԽ-ով տառապողները փորձում են պահպանել մինչ այդ գոյություն ունեցող իրենց դրական համոզմունքները և այնպես փոխել տրավմայի իրենց գնահատականները, որ դրանք համապատասխանեն այդ համոզմունքներին: Կամ եթե կան մինչ այդ գոյություն ունեցող բացասական սխեմաներ, նրանք ընդգրկում են այդ տեղեկատվությունը նախկին բացասական համոզմունքները հաստատելու համար: Երկու դեպքում էլ տեղի է ունենում տրավմատիկ տեղեկատվության յուրացում (ասիմիլյացիա), քանի որ մարդիկ ջանում են ընդգրկել տրավմատիկ տեղեկատվությունը առանց փոխելու գոյություն ունեցող սխեմաները: Ախտանշանները պահպանվում են նաև այն դեպքերում, երբ տրավմայից հետո այցելուները հիմնովին ձևափոխում են տրավմայից առաջ եղած իրենց համոզմունքները: Այս պրոցեսը կոչվել է գերհարմարեցում (գերակոմոդացիա): Օրինակ՝ նրանց համոզմունքը, որ աշխարհը ընդհանուր առմամբ անվտանգ է, վերափոխվում է համոզմունքի, որ իրենք մշտապես վնասվելու սպառնալիքի տակ են: ԿՄԹ կուրսի առաջին թիրախը յուրացված (ասիմիլյացված) համոզմունքներն են՝ հիմնվելով այն պատկերացման վրա, որ նախկին տրավմայի գնահատականների ճշգրտումը կասկադային ազդեցություն ունի այստեղ-և-հիմա առկա ու դեպի ապագա կողմնորոշված այն կոգնիցիաների (իմացությունների) վրա, որոնք իրենցից խնդրահարույց գերակոմոդացված համոզմունքներ են ներկայացնում:

ԿՄԹ-ի հիմքում ընկած մոդելի կրիտիկական բաղադրիչ է Էմոցիաների վերաբերյալ դրա դիրքորոշումը: ԿՄԹ-ում տարբերություն է դրվում բնագոյին, բնածին (այսինքն՝ բնական) Էմոցիաների, ինչպիսիք են իրական վտանգի դեպքում վախը կամ կորստին հետևող տխրությունը, և ջանք պահանջող կոգնիտիվ պրոցեսի արդյունքում գոյացած «սինթետիկ» Էմոցիաների միջև: ԿՄԹ-ն խրախուսում է արտահայտել այն բնական Էմոցիաները, որոնք ճնշվել են կամ որոնցից խուսափում են, համարելով, որ դրանք ժամանակի ընթացքում կցրվեն: Դժվար ադապտացվող սինթետիկ Էմոցիաների փարատումը իրականացվում է կոգնիտիվ միջամտությունների միջոցով, հիմքում ընկած անօգուտ համոզմունքների ձևափոխման արդյունքում:

Տեխնիկական նկարագրություն

Ինչպես մանրամասն նկարագրված է ստորև, ԿՄԹ կարող է տրամադրվել մի քանի ձևաչափով, այդ թվում՝ անհատական և խմբային սեսիաների միջոցով, տարբեր եղանակներով (օրինակ՝ դեմ առ դեմ, հեռավար բուժման) և տարբեր տևողությամբ՝ սովորաբար միջինը ամբուլատոր անցկացվող 12 սեսիաների ընթացքում: Ամեն սեսիան նույն կազմն ունի՝ սեսիայի համար օրակարգ է սահմանվում, նախորդ սեսիայի ժամանակ տրված գործնական հանձնարարությունները դիտարկվում ու քննարկվում են, ներկայացվում է նոր հմտություն կամ թերապիայի բաղադրիչ, նոր բաղադրիչին առնչվող գործնական հանձնարարություններ են տրվում և լուծվում են նոր հմտությունների իրականացման հետ կապված հնարավոր խնդիրները:

ԿՄԹ-ն երեք փուլ ունի, որոնցից առաջինը սկսվում է վաղ սեսիաների ժամանակ (1-3 սեսիաներ): Այս փուլը ընդգրկում է հոգեկրթություն ՀՏՍԽ-ի մասին՝ ներկայացնելով այն որպես սևեռման խանգարում, այցելուին պատրաստելով հաղորդակցության սոցիալ-կոգնիտիվ մոդելում և ծանոթացնելով ՀՏՍԽ-ի ժամանակ համոզմունքների ու էմոցիաների միջև հարաբերություններին: Այս փուլում նաև կենտրոնանում են վերականգնմանը խանգարող «սևեռման կետերը» կամ անօգուտ համոզմունքները պարզելու վրա: ԿՄԹ-ի առաջին սեսիայում քննարկվում է, թե խուսափումը ինչ դեր է խաղում ՀՏՍԽ-ի գոյատևման համար, ինչպես նաև հոգեթերապևտի կողմից վերհանվում են այն «սևեռման կետերը», որոնք կարող են խանգարել թերապիայի օպտիմալ անցկացմանը (օրինակ՝ «Եթե ես մտածեմ իմ տրավմայի մասին, ես ինձ ավելի վատ կզգամ»): Սոկրատիկ երկխոսությունը ԿՄԹ-ի առանցքային տարր է և այդ վաղ փուլում այն հատկապես օգտակար է այս տեսակի համոզմունքները բացահայտելու համար: Թերապիայի այս փուլում կիրառվում է զգուշ հարցուփորձ և ներկայացվում են այլընտրանքային հեռանկարներ՝ կենտրոնանալով ասիմիլյատիվ բնույթ ունեցող «սևեռման կետերի» վրա (օրինակ՝ ինքնամեղադրանք): Ամեն սեսիայից հետո գործնական հանձնարարություններ են տրվում, որոնցից առաջինը տրավմայի ազդեցության մասին շարադրություն գրելն է: Այստեղ այցելուն մոտ մեկ էջի չափով մի հաշվետվություն է գրում՝ բացատրելով, թե նրա կարծիքով ինչու է տրավման պատահել և ինչպես է այն ազդել կարևոր բնագավառներում նախկինում իր ունեցած համոզմունքների վրա (ինչպիսիք են անվտանգությունը, վստահությունը, իշխանությունը/վերահսկողությունը, ինքնագնահատականը և ինտիմ կյանքը): Այս փուլում այցելուն նաև աշխատանքային թերթիկ է լրացնում, որը նրան թույլ է տալիս պարզել իրադարձությունների, մտքերի և զգացմունքների միջև կապը: ԿՄԹ-ի մի ձևաչափը կարող է ընդգրկել տրավմայի մասին գրավոր հաշվետվություն ներկայացնելը: Եթե բժիշկը այդ ձևաչափն է օգտագործում, 3-րդ սեսիայի վերջում նա այցելուին խնդրում է մանրամասն հաշվետվություն գրել իր տրավմատիկ իրադարձության մասին:

ԿՄԹ-ի երկրորդ փուլը (4-րդ և 5-րդ սեսիաներ) բաղկացած է տրավմատիկ իրադարձության(ների) լրացուցիչ մշակումից՝ ավելի ֆորմալ կոգնիտիվ միջամտությամբ: Սոկրատիկ երկխոսությունը մնում է թերապիայի առանցքային տարրը և դրա միջոցով այցելուին օգնում են վիճարկել ու հաղթահարել նրա

«սևեռման կետերը»: Այցելուին նաև ներկայացնում են նրա իդիոսինկրատիկ այն մտածելակերպերը բացահայտելու ձևերը, որոնք հաճախ ամրացնում կարծրացնում են այդ կետերը: Օրինակ՝ այցելուները սովորում են հասկանալ, որ աղետը իրենց մտքերում չափազանցված է: Արդյունքում այցելուն կարող է գալ եզրահանգման, որ իր սկզբնական արձագանքը այն իրադարձությանը, երբ վարորդը ազդանշան է տվել իրեն, չափազանցված է: Այսինքն, պատահածը՝ առանց վրաերթի ենթարկվելու վտանգավոր իրավիճակից խուսափելը, իրեն երջանիկ զգալու առիթ դիտարկելով նա գիտակցում է որոշակի իրադարձությունների վտանգը չափազանցեցնելու իր սովորությունը (հակառակ նրա, որ ֆիզիկական բախումը երբևէ հավանական չի եղել): Ասիմիլացված (յուրացված) համոզմունքները շարունակում են մնալ կենտրոնում՝ մասնավորապես թիրախավորելով ինքնախարազանման ու հետհայաց դատողություններ անելու հակումը (կարծիքը, որ կարելի էր կանխատեսել տրավմատիկ իրադարձությունը կամ կարելի էր ինչ-որ բան անել այն կանխելու համար): Այցելուները նաև կարող են նվազեցնել կամ աղավաղել տրավմայի բնույթը՝ ձգտելով հարմարեցնել այն տրավմայից առաջ առկա սխեմաներին: Այսպիսիով, թերապիան ընդգրկում է իրադարձության դասակարգումը ըստ իրական բնույթի (օրինակ՝ բռնաբարություն) և դրան առնչվող սևեռման կետերի վերացումը՝ ընդունելով, որ տրավման այնպիսին է, ինչպես պատահել է: Եթե այցելուները ԿՄԹ են անցնում, այս փուլը նաև ընդգրկում է սեսիայի ընթացքում իրենց առավել տրավմատիկ հաշվետվության ընթերցումը և որպես գործնական հանձնարարություն այն կրկին գրելը՝ այս անգամ ավելացնելով իրենց ներկա մտքերը ու զգացմունքները:

ԿՄԹ-ի ավարտական փուլում բժիշկը օգնում է այցելուին ավելի անկախ լինել սևեռման կետերի վերացման հարցում և զարգացնել ավելի առողջ, ավելի հավասարակշռված համոզմունքներ: Սրա նպատակը այցելուներին օգնելն է դառնալ իրենց սեփական հոգեթերապևտը՝ տրամադրելով սևեռման կետերի վերացմանը ուղղված հարցեր պարունակող աշխատանքային թերթիկներ, որտեղ պարզաբանվում է, թե ինչպես կարող է սևեռման կետը իրենից մտածողության խնդրահարույց մոդել ներկայացնել և ինչն է ավելի կարևոր, օգնում է գրավոր ամրագրել այլընտրանքային ու ավելի օգտակար համոզմունքը: ԿՄԹ-ի ամբողջ ընթացքում էմոցիաները քննարկվում են ու երբեմն ուժեղացվում խրախուսելով այցելուին արտահայտել ու զգալ բնական էմոցիաներ, ինչպես նաև պարզել այն սևեռման կետերը, որոնք կարող են նպաստել անօգուտ, «սինթետիկ» էմոցիաների պահպանմանը: Չնայած այս փուլում ասիմիլացված (յուրացված) մնացորդային համոզմունքների հետ կապված աշխատանք է դեռ տարվում, ժամանակի մեծ մասը ծախսվում է գերակոմոդացված (գերհարմարեցված) համոզմունքների վրա՝ հիմնականում անվտանգության, վստահության, իշխանության/վերահսկողության, գնահատման և ինտիմ կյանքի բնագավառներում: Այցելուն պարզում է, որ այս բնագավառներում սևեռման կետերը կարող են ուղղված լինել թե՛ ինքն իր վրա, թե՛ ուրիշների: Օրինակ, այցելուների մեծ մասը պատրաստակամորեն ընդունում են ցածր ինքնագնահատականի գաղափարը, սակայն ուրիշների նրանց գնահատականը (օրինակ՝ այլ մշակույթներ ներկայացնող անձանց, որոշակի կազմակերպությունների հետ կապված անձանց) կարող է նույնպես կրել տրավմայի բացասական ազդեցությունը (օրինակ՝ [այս ռասայի] բոլոր մարդիկ վտանգավոր են): Այս փուլում այցելուն մշակում է այս բնագավառները առձեռն

տրամադրված նյութերի օգնությամբ, որտեղ բացատրվում է, թե ինչպես են այս ոլորտներում սևեռման կետերը նպաստում ՀՏՄ-ի պահպանմանը, և որտեղ ներկայացվում են սևեռման կետերի տարածված տեսակների օրինակներ ու հանգուցալուծման հնարավոր տարբերակներ: Եթե այցելուի սևեռման կետերը այլ բնագավառներում են, օրինակ՝ կրոնի, տիրության կամ բարոյական վնասի, սրանք նույնպես մշակվում են թերապիայի այս փուլում:

Սովորաբար ԿՄԹ-ն ավարտվում է, երբ այցելուն անցնում է ամբողջ պրոտոկոլը, ՀՏՄ-ի ախտանշանները նշանակալիորեն մեղմանում են և այցելուն ու բժիշկը համաձայն են, որ հարկ է դադարեցնել թերապիան: ԿՄԹ-ի ձեռնարկում ուղեցույցներ կան, թե ինչպես երկարաձգել կամ կրճատել պրոտոկոլը՝ կախված նրանից, թե ինչ արագությամբ է այցելուն բավարարում արդյունքների չափանիշներին: Այցելուին առաջարկվում է գրել մի նոր հաշվետվություն՝ կենտրոնանալով տրավմայի մասին ներկա համոզմունքների ու մտքերի վրա: Այն ընթերցվում է հոգեթերապևտի համար վերջին սեսիայի ժամանակ և ՀՏՄ-ն հաղթահարելու ցուցանիշ է հանդիսանում համոզմունքների նշանակալի փոփոխությունները: Նոր հաշվետվությունը օգտակար է նաև որևէ մնացորդային սևեռման կետ հայտնաբերելու առումով, որի դեպքում այցելուին կարող է պետք լինել շարունակել աշխատանքը թերապիայի ավարտից հետո: Ինչպես դա արվում է թերապևտիկ մոտեցումների մեծ մասում, այստեղ նույնպես իրականացվում է թերապիայի օգնությամբ ձեռք բերված հմտությունների ամփոփում, քննարկվում են ռեցիդիվի կանխարգելման հարցեր և ապագայի պլաններ, ինչպես նաև ընդգծվում է հմտությունների շարունակական գործնական կիրառման անհրաժեշտությունը: Թերապիայի ավարտից 1-3 ամիս հետո խորհուրդ է տրվում անցնել պլանային զննում՝ որևէ չհանգուցալուծված սևեռման կետի բացահայտման և հմտությունների գործնական կիրառումը խրախուսելու նպատակով:

Անհատական ԿՄԹ հանձնարարվում է անցկացնել սովորաբար շաբաթը մեկ կամ երկու շաբաթը մեկ հաճախականությամբ, 60 րոպեանոց հոգեթերապիայի սեսիաների ձևով: Խմբային ԿՄԹ-ն բաղկացած է շաբաթը մեկ կամ երկու շաբաթը մեկ անցկացվող 80-120 րոպեանոց խմբային սեսիաներից: Կա մի նոր, խոստովանալից հետազոտություն, որի ընթացքում փորձարկվել են ավելի հաճախ՝ շաբաթը երեք անգամ կամ նույնիսկ ամեն օր անցկացվող սեսիաները: Պարզվել է, որ սեսիաների այսպիսի ժամանակացույցը չի նվազեցնում արդյունավետությունը և կարող է նվազեցնել թերապիան կիսատ թողնելու դեպքերի քանակը (Bryan et al., 2018; Zalta et al., 2018): Սակայն, ներկայումս շաբաթը երկու անգամից հաճախ թերապիայի անցկացումը հիմնված է բաց փորձարկումների կամ եզակի դեպքերի ուսումնասիրությունների վրա: Սա շատ խոստովանալից է այն այցելուների համար, որոնց աշխատանքային, դպրոցական, ընտանեկան պայմանները կամ աշխարհագրական սահմանափակումները պահանջում են բուժում ստանալ կարճ ժամանակահատվածում: Սա օգտակար է նաև կլինիկական միջավայրում, ինչպիսիք են ստացիոնար հաստատությունները, որտեղ ավելի հաճախ սեսիաները անհրաժեշտ են այնտեղ մնալու տևողությունը կրճատելու տեսանկյունից: Այս հետազոտություններում այցելուներին խնդրում են ամեն սեսիայից առաջ կատարել բոլոր գործնական հանձնարարությունները: Դրան հակառակ, մեկ շաբաթից ավելի երկար ժամանակահատվածներով տրվող ԿՄԹ-ն կարող է ավելացնել

թերապիան կիսատ թողնելու դեպքերը, ինչպես նաև նվազեցնել թերապիայի արդյունավետությունը (113):

ԿՄԹ-ն ցուցված է՝

ԿՄԹ-ի համար այցելու ընտրելիս որպես ուղեցույց կիրառվում է կլինիկական փորձարկումների գրականությունը: Ընդհանուր առմամբ, այդ փորձարկումներում առկա են հարաբերականորեն փոքր քանակի բացառության չափանիշներ, ինչը հաճախ արտացոլում է կլինիկական պայմանների իրողությունները: ԿՄԹ-ի բացառման չափանիշները մեծամասամբ բխում են կլինիկական անվտանգությունից (ակտիվ մտադրությամբ ինքնասպանության/սպանության գաղափարների առկայություն, ակտիվ փսիխոզ կամ մանիա, կախվածություն հոգեակտիվ նյութերից, ակտիվ կամ ծանր ինքնավնասում, հոգեմետ դեղամիջոցների շարունակական օգտագործում, (սովորաբար 1-2 ամիս):

Նախապես ուսումնասիրված գրականության հիման վրա ԿՄԹ-ի փորձարկումներում ընդգրկվել են անձի խանգարումներով կամ այլ հոգեբուժական խանգարումներով անձինք (օրինակ՝ դեպրեսիա, օբսեսիվ-կոմպուլսիվ խանգարում, ուշադրության դեֆիցիտի/գերակտիվության խանգարում, պանիկ խանգարում, ուղեղի տրավմատիկ վնասվածք), ովքեր տրավմատիկ իրադարձություն են վերապրել մանկական կամ մեծ տարիքում, անձինք, ովքեր մեկանգամյա կամ քրոնիկ տրավմատիկ ազդեցության փորձ ունեն: Այսպիսով, ԿՄԹ-ն ճկուն միջամտություն է, որը կարող է կիրառվել ՅՏՄԽ-ով տառապող կամ ենթաշեմային ՅՏՄԽ ունեցող անձանց լայն շրջանակում (114):

Որոշակի այցելուի համար ԿՄԹ-ի նպատակահարմարությունը որոշելու համար կան քննարկման արժանի տարբեր գործոններ: Նախ և առաջ, Էական է պարզել, թե արդյոք այցելուն ՅՏՄԽ ունի: Սա կարող է ինքնին ակնհայտ թվալ, բայց մեծամասամբ ԿՄԹ-ն փորձարկվել է ՅՏՄԽ կլինիկական ախտորոշմամբ ներկայացած անձանց վրա: Շատերը, ովքեր տրավմատիկ իրադարձություն են վերապրել, կարող են բուժման համար ներկայանալ այլ խանգարումներով, բայց կարող են և ՅՏՄԽ ունենալ: Այն դեպքերում, երբ անձը ենթաշեմային ՅՏՄԽ ունի, ԿՄԹ-ն կարող է պատշաճ միջամտություն լինել, եթե թվում է, որ այցելուի դիսթրեսի պատճառը տրավմային առնչվող ախտանշաններն են և այլ միջամտություն իմաստ չունի նրա դեպքի կոնցեպտուալիզացիայի համար: Քննարկման ենթակա այլ գործոններ են անվտանգությանը վերաբերող մտահոգությունները, ինչպիսին են ինքնասպանության, սպանության հակումը և ոչ ինքնասպանական ինքնավնասումը: Այս դեպքերում, Էական է, որ բժիշկը ձեռք բերի վարքի համապարփակ անամնեզ: Պետք է դիտարկվեն այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են վարքի խանգարումների դրսևորման տևողությունը, հաճախությունը ու ծանրությունը, այցելուի իմպուլսիվության ընդհանուր մակարդակը, սթերսին դիմակայելու հմտությունները, ինչպես նաև թմրադեղեր ու ալկոհոլ օգտագործելու աստիճանը/հաճախությունը: Այն անձանց դեպքում, որոնց ինքնասպանական վարքը կամ ոչ ինքնասպանական ինքնավնասումը հավանաբար կհանգեցնեն ԿՄԹ-ի դադարեցման անհրաժեշտության, մինչև ԿՄԹ սկսելը կամ դրա հետ միաժամանակ, կայունացմանը նպաստելու համար կարող են օգտագակար լինել այնպիսի միջամտությունները, ինչպիսիք են համագործակցային գնահատման և ինքնասպանության կառավարման (collaborative assessment and management of

suicidality (CAMS)) կամ դիալեկտիկ վարքային թերապիան, չնայած սա երբեք ուղղակիորեն չի հետազոտվել ԿՄԹ-ի փորձարկումներում (116, 117): Շատ դեպքերում ՀՏՍԽ-ի բուժումը ինքնասպանական գաղափարների մեղմացման արդյունավետ ուղի է, եթե միայն այցելուն կարող է մասնակցել ԿՄԹ-ին (Gradus et al., 2013):

Հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման առնչությամբ անձինք ընդգրկվել են ԿՄԹ-ի ավելի վաղ իրականացված փորձարկումներում, եթե բավարարել են հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման թույլից չափավոր խանգարումների չափանիշներին (Ամերիկյան հոգեբուժական միության Հոգեկան հիվանդությունների ախտորոշիչ և վիճակագրական ձեռնարկի IV խմբագրություն, ԱՎՁ-IV, 1994թ.), և եթե նրանք համաձայն են եղել հոգեակտիվ նյութեր չօգտագործել տնային աշխատանքներից կամ սեսիաներից առաջ, ընթացքում կամ հետո: Մարդիկ բացառվել են հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման ծանր խանգարումների դեպքում (ԱՎՁ-IV կախվածություն): Բացառման այս չափանիշը սահմանվել էր այն մտահոգությունների պատճառով, որ ԿՄԹ-ն հանգեցնում է հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման ռեցիդիվի: Սակայն, հետագա հետազոտությունները չկարողացան ապացուցել, որ տրավմայի վրա կենտրոնացված թերապիաները ավելի հաճախ են հանգեցնում հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման ռեցիդիվի, քան հոգեմետ նյութերի օգտագործման վրա կենտրոնացած թերապիաները կամ ռելաքսացիոն բուժումը (118, 119, 120): Ավելին, չթուլացող ՀՏՍԽ-ն բարձրացնում է հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման ռիսկը (121,122,123): Վերջին հետազոտություններում բացառվել են միայն այն անձինք, որոնք ընթացիկ դետոքսիկացիայի պրոցեդուրաների կարիք ունեն, և սովորաբար այդ անձինք սկսում են մասնակցել հետազոտություններին դետոքսիկացիայի ավարտից հետո (124): Այստեղ ևս պետք է դիտարկվեն այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են օգտագործման նորալուր լինելը, հաճախությունը, քանակն ու ծանրությունը, դրա քրոնիկ բնույթը, այն ժամանակահատվածը, որի ընթացքում այցելուն կարող է սթափ մնալ: Որոշ բժիշկներ կարող են հմուտ չլինել հոգեակտիվ նյութերի օգտագործումը գնահատելու հարցում, չնայած կան կարճ սքրինինգային միջոցներ, որոնք կարող են օգտակար լինել (125,126): Բացի դրանից, շատ կարևոր է գնահատել, թե արդյոք այցելուն ֆիզիոլոգիական կախվածություն ունի, քանի որ որոշ նյութերից, օրինակ՝ ալկոհոլից, կտրուկ հրաժարվելը կարող է բժշկական ուշադրություն պահանջել: Բուժման ընթացքում կարևոր է, որ բժիշկը վերահսկի օգտագործման քանակն ու հաճախությունը, ինչպես նաև օգտագործման ձգտումը: Մինչ այժմ հայտնի չէ, թե ԿՄԹ-ի կուրսի ընթացքում հոգեակտիվ նյութերի օգտագործումը ինչ չափով է ազդում կլինիկական արդյունքների վրա: Այսպիսով, ԿՄԹ-ն սկսելուց առաջ օգտակար կարող է լինել համաձայնության գալ օգտագործման վերաբերյալ և ուղենիշներ սահմանել, թե ինչքան և երբ կարող է հիվանդը հոգեմետ նյութեր օգտագործել: Օրինակ, սովորաբար սահմաններ են առաջադրվում՝ հստակեցնելով, որ այցելուն չի զննվի, եթե սթափ չէ կամ նյութի ազդեցության տակ է: Բժիշկը կարող է նաև ցանկանալ սահմանել ուղենիշներ՝ այցելուից պահանջելով սահմանափակել նյութի օգտագործումը պրակտիկայից առաջ կամ դրա ավարտից հետո: Այս սահմանափակումներից որոշները կարող են նաև կախված լինել նրանից, թե որ կետում է գտնվում այցելուն հոգեակտիվ նյութերի օգտագործումից բուժվելու իր սեփական նպատակների և ընթացիկ օգտագործման ծանրության առումով:

Բժիշկների ընդհանուր մտահոգությունն է, թե ինչ անել այցելուների հետ, եթե տրավմատիկ իրադարձությունը վաղուց է պատահել, կամ արդյոք ԿՄԹ-ն հարմար է այն այցելուների համար, ովքեր տրավմաների ընդարձակ պատմություն ունեն՝ հատկապես քրոնիկ տրավմատիկ իրադարձությունների: Այս մտահոգություններին հակառակ, փորձը ցույց է տալիս, որ ԿՄԹ-ն լավ է աշխատում ընդարձակ ու բարդ տրավմատիկ անամնեզ ունեցող այցելուների համար: Դժվարություններ կան մեկնարկային տրավման առանձնացնելու հարցում: Սակայն, էմպիրիկ տվյալները ցույց են տալիս, որ մի քանի տրավմայի ենթարկվելը կամ մանկական տրավմայի անամնեզը չի ազդում ԿՄԹ-ի արդյունքների վրա (127):

Գրագիտության հետ կապված խնդիրների, կամ ուղեղի վնասվածք ստացած, գրելուն կամ կարդալուն խանգարող ֆիզիկական հաշմանդամություն, սովորելու դժվարություններ ունեցող այցելուների հետ աշխատելու դեպքում նույնպես հնարավոր է ԿՄԹ իրականացնել, սակայն դա կարող է որոշ փոփոխություններ պահանջել, այդ թվում պարզեցված աշխատանքային թերթիկների կամ այնպիսի ձևաչափով թերթիկների օգտագործում, որոնք կհեշտացնեն դրանց լրացումը այցելուների կողմից (այսինք՝ նյութի ավելի գծային ներկայացում, պարզեցված լեզու, ավելի ընդարձակ տեքստ): Գրել չկարողացող այցելուները կարող են ձայնագրել իրենց պատասխանները: Գրագիտության շատ ցածր մակարդակով շրջանների համար ԿՄԹ-ի նյութերը պարզեցվել են և այցելուները նույնիսկ մտապահել են նյութերը: Էական է, որ կանոնավոր գործնական աշխատանք լինի ԿՄԹ-ի առանցքային հմտությունների՝ կոգնիտիվ մշակման, սևեռման կետերի ու չադապտացված էմոցիաների բացահայտման, այդ սևեռման կետերի հաղթահարման և ավելի հավասարակշռված համոզմունքների, ստեղծման ուղղությամբ:

ԿՄԹ տրամադրման ուսուցանում ու աջակցություն

Կան ԿՄԹ առցանց դասընթացներ (<https://cpt.musc.edu> or <https://deploymentpsych.org/online-courses/cpt>), որոնք կարող են օգնել շահագրգիռ հոգեթերապևտներին մինչև դասընթացը ձեռք բերել ԿՄԹ հիմնական հմտություններ կամ կատարելագործել իրենց հմտությունները դասընթացի սեանսից հետո:

Կոգնիտիվ թերապիա

Կոգնիտիվ թերապիայի հիմնարար գաղափարներից մեկն այն է, որ այցելուների ախտանշանները և վարքը իմաստ ունեն, եթե հասկանում ես, թե ինչպես են նրանք ընկալում իրենց ու աշխարհը, և ինչ են նրանք անում այդ ընկալումների հետ: Այցելուների ախտանշաններին ու վարքին նպաստող անօգուտ կոգնիցիաները փոխելու համար հոգեթերապևտին պետք է հասկանալ, թե ինչպես են նրանք ընկալում ու մեկնաբանում շրջակա աշխարհը, ինչ են նրանք մտածում իրենց մասին և ինչ համոզմունքներ են ընկած նրանց վարքի հիմքում:

Տրավմատիկ իրադարձությունները ծայրահեղ բացասական իրադարձություններ են, որոնք ցանկացած մարդու համար խիստ սպառնացող ու

տագնապալի են: Սակայն այն, ինչ տրավմատիկ իրադարձության առնչությամբ մարդը առավել տագնապային է համարում և ինչ նշանակություն ունի դա նրա համար, տարբեր մարդկանց դեպքում շատ տարբեր է ու ազդում է հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՋՏՍԽ) զարգացման հավանականության վրա: ՋՏՍԽ-ի համար կոգնիտիվ թերապիան (ՋՏՍԽ-ԿԹ) ուղղված է տրավմայի անձնային սպառնալի նշանակություններին՝ տրավմատիկ հիշողությունների առանձնահատկությունների ու սթրեսը հաղթահարելու (քոփինգ) անօգուտ ռազմավարությունների հետ միասին:

Ստորև նկարագրվում են ՋՏՍԽ-ԿԹ-ում կիրառվող տեխնիկաները ու դրանց հիմքում ընկած տեսությունը, ամփոփվում են մինչ այժմ հավաքված ապացույցները և քննարկվում է ՋՏՍԽ-ԿԹ-ի կիրառումը կլինիկական պրակտիկայում, որից հետո ուրվագծվում են հետագա զարգացումների ոլորտները:

Տեսական հիմնավորում

Էիլերսի ու Զլարքի (2000) ՋՏՍԽ կոգնիտիվ մոդելը մշակվել է բացատրելու համար, թե ինչու որոշ մարդիկ չեն վերականգնվում տրավմատիկ իրադարձություններից հետո ու նրանց մոտ զարգանում է քրոնիկ ՋՏՍԽ, ինչպես նաև այցելուի խնդիրների ու բուժման անհատականացված ձևակերպման համար հիմք ծառայելու նպատակով: Այդ մոդելի համաձայն ՋՏՍԽ-ն զարգանում է, եթե անձի կողմից անցյալ տրավմատիկ փորձի մշակման եղանակը հանգեցնում է ներկայումս լուրջ սպառնալիքի զգացողության, ինչը իր հերթին պայմանավորված է երկու առանցքային պրոցեսներով:

Ընթացիկ սպառնալիքի առաջին աղբյուրը տրավմայի և/կամ դրա հետևանքների (օրինակ՝ այլ մարդկանց ռեակցիաներ, հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման սկզբնական ախտանիշներ, տրավմայի ֆիզիկական հետևանքներ) բացասական գնահատականներն են (անձնական իմաստները), որոնք գերազանցում են ցանկացած որևէ այլ մեկի կողմից այդ իրադարձությունը որպես սպառնալի/սարսափելի մեկնաբանելու գնահատականները: Կարծեցյալ սպառնալիքը կարող է լինել արտաքին կամ ներքին, իսկ բացասական էմոցիայի տեսակը կախված է գնահատման տեսակից: Արտաքին սպառնալիքի ընկալումը կարող է թխել սպառնացող վտանգի գնահատականներից (օրինակ՝ ես չեմ կարող վստահել որևէ մեկին)՝ հանգեցնելով չափազանցված վախի, կամ տրավմայի կամ դրա հետևանքների անարդար լինելու գնահատականներից (օրինակ, «Ես երբեք չեմ կարողանա ընդունել, որ հանցագործը անպատիժ է մնացել»), հանգեցնելով մշտական զայրույթի: Ներքին սպառնալիքի ընկալումը հաճախ կապված է տրավմայի ընթացքում իր դրսևորած վարքի, էմոցիաների կամ արձագանքների բացասական գնահատականի կամ հանցագործի, կամ այլ մարդու կողմից արված ստորացուցիչ կամ նվաստացուցիչ արտահայտությունների հետ, որոնք կարող են հանգեցնել մեղքի (օրինակ՝ «Դա իմ մեղքն էր») կամ ամոթի զգացողության (օրինակ՝ «Ես վատ մարդ եմ»): ՋՏՍԽ-ի ժամանակ տրավմայի հետևանքների ամենատարածված բացասական գնահատականն է սեփական եսի կամ կյանքի ընդմիջտ փոփոխության ընկալումը (օրինակ՝ «Ես ընդմիջտ դեպի վատն եմ փոխվել»), ինչը կարող է հանգեցնել տխրության ու հուսահատության: Բազմակի տրավմաների ենթարկված անձանց դեպքում անձնային նշանակությունները

հակված են ավելի ընդհանրացված դառնալ (օրինակ՝ «Ես ինձանից ոչինչ չեմ ներկայացնում», «Ես արժանի եմ այն ամենին, ինչ պատահում է ինձ հետ», «Ես ոչ մի բանի պիտանի չեմ»), ինչը հանգեցնում է դեգրադացիայի, պարտության և ցածր ինքնագնահատականի կայուն զգացողության: Գնահատականները կարող են ժամանակի ընթացքում ավելի խորը ընդգրկվել անձի համոզմունքների համակարգում: Օրինակ, եթե կյանքի վաղ շրջանում վերապրած տրավման հանգեցնում է նրան, որ անձը իրեն կյանքում որևէ ձևով վնասված կամ դժբախտ է զգում, հետագա տրավման ամենայն հավանականությամբ կհաստատի այս համոզմունքը:

Էիլերսի ու Զլարքի (2000) համաձայն ներկայումս սպառնալիքի զգացողության երկրորդ աղբյուրը տրավմատիկ հիշողությունների առանձնահատկություններն են: Տրավմայի ամենավատ պահերը վատ են մշակվում հիշողության մեջ, այսինքն, պատշաճ չեն ինտեգրված դրանց համատեքստում (թե՛ իրադարձության շրջանակներում, թե՛ նախկին ու հետագա փորձի/տեղեկատվության համատեքստում): Արդյունքում ՅՏՄԽ-ով տառապող անձը զատ-զատ է հիշում տրավման: Ամենավատ պահերը հիշելիս նրա համար դժվար ընկալելի է այլ այնպիսի տեղեկատվությունը, որը կարող էր շտկել տրավմայի պահին նրա ունեցած տպավորությունները կամ արած կանխագուշակումները: Այլ բառերով, այդ պահերի մասին հիշողությունը չի ձևափոխվել անձի կողմից ներկայումս ունեցած գիտելիքի հիման վրա և այդ պահերի ընթացքում զգացած սպառնալիքը կրկին վերապրվում է, ասես դա պատահում է հենց այս պահին, այլ ոչ թե հիշողություն է անցյալի մասին:

Էիլերսն ու Զլարքը (2000) նաև նշում են, որ ՅՏՄԽ-ի ժամանակ տրավմայի մասին կաշուն հիշողությունների դրդապատճառ հեշտությամբ դառնում են զգայական ազդանշանները, որոնք ընկալվում են որպես տրավմայի ժամանակ զգացածի հետ համընկնող (օրինակ՝ նման հնչյուն, գույն, հոտ, ձև, շարժում կամ մարմնական զգացողություն): Նրանք ենթադրում են, որ մարդը տրավմայի ժամանակ առավելապես մշակում է փորձի ընկալողական առանձնահատկությունները և գործում են ուսումնառության երկու հիմնական մեխանիզմները՝ պերցեպտուալ պրայմինգը և ընդհանրացված ասոցիատիվ ուսումնառությունը, որոնք հանգեցնում են ներկայումս առկա խթանները տրավմայի ժամանակ զգացածից անբավարար տարբերակման: Սա նշանակում է, որ ընկալման տեսակետից նման խթանները հեշտությամբ ճանաչվում են և կարող են ախտանշանները կրկին վերապրելու պատճառ դառնալ: Խնդիրը պահպանվում է այնպիսի կոգնիտիվ ռազմավարությունների ու վարքագծերի հետևանքով, որոնք ՅՏՄԽ ունեցող մարդիկ կիրառում են ներկայումս սպառնալիքի զգացողությունը մեղմացնելու համար: Այդ ռազմավարությունները (ինչպիսիք են հիշողությունների ուժգին ճնշումը, ռումինացիան (կրկնվող կամ տևական մտորումները), ապագա տրավման կանխելուն ուղղված գերզգոնությունը կամ «անվտանգային վարքը», ալկոհոլի կամ թմրադեղերի օգտագործումը) նպաստում են ՅՏՄԽ -ի հարատևելուն՝ խոչընդոտելով գնահատականների կամ տրավմատիկ հիշողությունների փոփոխությանը և/կամ ուժեղացնելով ախտանշանները, դրանով իսկ նպաստելով ներկայումս սպառնալիքի զգացողության պահպանմանը:

Այսպիսով , Էիլերսի ու Զլարքի (2000) մոդելի համաձայն հետևյալ երեք գործոնները (գնահատականներ, հիշողության առանձնահատկություններ,

կոգնիտիվ/վարքային ռազմավարություններ), նպաստում են ներկայումս պառնալիքի զգացողության և ՀՏՄ-ի ախտանշանների պահպանմանը: ՀՏՄ-ԿԹ-ի նպատակը այս երեք գործոնների մշակումն է: Մոդելում բուժման երեք նպատակ է առաջադրվում՝

- Ձևավորել տրավմայի ու դրա հետևանքների գերբացասական գնահատականները (նշանակությունները),
- Նվազեցնել կրկին վերապրել՝ մշակելով տրավմատիկ հիշողությունները և տարբերակելով խթանները,
- Նվազեցնել ներկայումս պառնալիքի զգացողության պահպանմանը նպաստող վարքագծերը և կոգնիտիվ ռազմավարությունները:

Բուժման մոտեցումները և հիմնական տեխնիկաները

Կոգնիտիվ թերապիայի այլ ձևերի նման ՀՏՄ-ԿԹ-ն նույնպես ուղղորդված բացահայտումը կիրառում է որպես առաջնային թերապևտիկ ոճ: Քանի որ միջամտության հիմնական հիմնակետը տրավմաներից բխող կոգնիցիաներն են, որոնք ներկայումս պառնալիքի զգացողություն են առաջացնում, Սոկրատիկ գրուպի նման ռազմավարությունների նպատակը այցելուներին նուրբ ուղղորդելն է դեպի ապացույցների լայն շրջանակի քննարկում ու ուսումնասիրություն: Դրա համար նրանց հարցեր են տրվում, որոնք օգնում են դիտարկել խնդիրը տարբեր տեսակետներից՝ նպատակ ունենալով ձևավորել պակաս պառնալի ալլընտրանքային մեկնաբանություն: Հոգեթերապևտը աշխատում է խնդիրը պարզելու դիրքերից, այլ ոչ թե ջանում է արժեզրկել այցելուի տեսակետը կամ ապացուցել, որ այն սխալ է: Փոխհարաբերությունների անվտանգ, համագործակցային ոճը ու լավ թերապևտիկ հարաբերությունների հաստատումը էական է տրավմա վերապրածների հետ աշխատանքի դեպքում:

ՀՏՄ-ԿԹ-ի հիմնական միջամտություններն են՝

- Հոգեթերապևտը և այցելուն միասին մշակում են դեպքի անհատականացված ձևակերպում, որը Էիլերսի ու Քլարքի (2000) ՀՏՄ-ի մոդելի անհատականացված տարբերակն է, և որը թերապիայի հիմք է ծառայում: Բուժման պրոցեդուրաները բխում են այդ ձևակերպումից:
- Կյանքի վերականգնմանը/վերակառուցմանը ուղղված հանձնարարությունները նախագծվում են առաջին իսկ սեսիայից սկսած ու շարունակաբար՝ տրամվայից հետո այցելուի կողմից ընկալվող մշտական փոփոխությունների մասին պատկերացում կազմելու համար, և ընգրկում են գործունեության ու սոցիալական կապերի վերականգնում ու վերակառուցում:
- Թերապիայի ամբողջ ընթացքում տրավմային ու դրա հետևանքներին վերաբերող խնդրահարույց գնահատականների (օրինակ՝ ալլոց արձագանքներին, ֆիզիկական հետևանքներին, ՀՏՄ-ի ախտանշաններին) փոփոխությունը ներառում է տեղեկատվություն, ուղղորդված բացահայտում և վարքային փորձեր: Տրավմայի գնահատականների առումով սա սերտորեն միահյուսվում է հիշողությունների վերանայման պրոցեդուրայի հետ:
- Տրավմատիկ հիշողությունների վերանայումը երեք քայլից բաղկացած պրոցեդուրա է, որը ընդգրկում է (1) տրավմատիկ իրադարձության

ամենավատ պահերի մասին հիշողությունների և ներկայում դրանց սպառնալի նշանակության գնահատում, (2) այդ նշանակությունները վերաիմաստավորող տեղեկատվության պարզում (տրավմայի ընթացքում, իրադարձությունների արդյունքում կամ ուղղորդված բացահայտման ու կանխատեսումների փորձարկման ընթացքում ստացված տեղեկատվության), և (3) նոր նշանակությունների ու հիշողության ամենավատ պահերի փոխկապակցում (ավելի մանրամասն նկարագրությունը՝ հաջորդիվ):

- Կրկին վերապրելու խթանների տարբերակման մարզումը ընդգրկում է սիստեմատիկաբար վեր հանվող իդիոսինկրատիկ խթաններ (հաճախ նուրբ զգայական ազդանշաններ) և «ներկան» (նոր, ապահով միջավայրում առկա ազդանշաններ) ու «այն ժամանակը» (տրավմատիկ իրադարձության ժամանակ առկա ազդանշաններ) տարբերակելու ուսուցանում (ավելի մանրամասն նկարագրությունը՝ հաջորդիվ):
- Տեղանքի այցելությունը ավարտում է հիշողության վերանայումը և խթանների տարբերակումը (մանրամասն նկարագրության համար տես 128):
- Անօգուտ վարքագծերից ու կոգնիտիվ պրոցեսներից հրաժարումը սովորաբար ընդգրկում է դրանց առավելությունների ու թերությունների քննարկում և վարքային փորձարկումներ, որոնց միջոցով բուժառույն փորձում է նվազեցնել անօգուտ ռազմավարությունների կիրառումը, ինչպիսիք են ռումինացիան (կրկնվող կամ տևական մտորումները), սպառնալիքին ուղղված գերզգոնությունը, մտքերի ճնշումը, և գերզգոնությունը (անվտանգային վարք):
- Ապագայի ծրագիրը ընդհանրացնում է բուժման ընթացքում այցելուի սովորածը և ընդգրկում է պլաններ որևէ հետագա անհաջողության դեպքում:

Բուժման ողջ ընթացքում գնահատականների հետ աշխատանքը սերտորեն միահյուսվում է հիշողության հետ տարվող աշխատանքի հետ ու բխում է դեպքի ձևակերպումից: Կոգնիտիվ թերապիայի յուրահատուկ տեխնիկաների կիրառումը կախված է այցելուի էմոցիաների բնույթից ու հիմքում ընկած կոգնիտիվ թեմաներից: Վտանգի գերընդհանրացված զգացում ունեցող այցելուների համար կարևոր են այնպիսի վարքային փորձերը, որոնք ստուգում են սպառնացող վնասի մասին նրանց կանխատեսումները (օրինակ՝ «Ինձ վրա նորից կհարձակվեն»): Տրավմայի ժամանակ իրենց արածի կամ չարածի կապակցությամբ ամոթ զգացող այցելուների համար շատ օգտակար են այլ անձանց կարծիքները պարզելու հարցումները ու դրանց արդյունքների համեմատումը ակնկալվող արձագանքների հետ (օրինակ՝ «Մարդիկ կմտածեն, որ ես թույլ եմ ու խղճուկ»): Եթե այցելուն ինքն իրեն է մեղադրում տրավմայի համար, բուժումը ընդգրկում է այլ անձանց ու իրավիճակային գործոնների ազդեցության ուղղորդված բացահայտում, ինչը հետո ամփոփվում է շրջանաձև դիագրամում: Այցելուները, որոնց տանջում է իրադարձության անարդարության միտքը, օգտակար է իրենց կյանքի վրա տրավմայի ազդեցությունը ու զայրույթը արտահայտող, ինչպես նաև զայրացած մնալու առավելությունների ու թերությունների «արժեք-օգուտ» վերլուծություն պարունակող նամակ գրելը (որը սովորաբար չի ուղարկվում):

Կոգնիտիվ-վարքային թերապիայում (ԿՎԹ) կիրառվող որոշ վարքային ու կոգնիտիվ տեխնիկաներ չեն կիրառվում ՀՏՄԽ-ԿԹ-ում: Դրանցից են սովորական

դառնալուն նպաստող կրկնվող էքսպոզիցիաները և էքսպոզիցիոն հիերարխիաները (դրա փոխարեն կիրառվում են հիշողությունների վերանայման և խթանների տարբերակման պրոցեդուրաները), ահագու իրավիճակներում տագնապի դասակարգումը (Դիսթրեսի սանդղակի սուբյեկտիվ միավորների սանդղակ, ԴՍՍՍ, Subjective Units of Distress Scale (SUDS)), (դրա փոխարեն դասակարգվում է գնահատականների հարցում համոզված լինելու աստիճանը և հիշողությունների հետ կապված ներկա պահի զգացողությունը) կամ մտքերի գրանցումը, կամ ռացիոնալ պատասխանների փորձական կրկնությունը (ինքնահանձնարարում):

Գործնական իրականացում

Բուժման տևողությունը

Տվյալ պահին քիչ տրավմաներ կրկին վերապրող այցելուների համար ՀՏՍԽ-ԿԹ-ն սովորաբար անց է կացվում մինչև 12 շաբաթական, 60-90 րոպեանոց սեսիաների ձևով, որից հետո ըստ ընտրության ամիսը մեկ անց են կացվում մինչև 3 մոտիվացիոն սեսիաներ: Սեսիաների միջին քանակը մոտ 10 է: Այդ ընթացքում ՀՏՍԽ-ի ախտանշանների, դեպրեսիայի ու գնահատականների (Հետտրավմատիկ կոգնիցիաների հարցաթերթ ([ՀՏԿՀ], Post-Traumatic Cognitions Inventory 129), հիշողությունների առանձնահատկությունների, ռումբինացիայի և անվտանգային վարքագծերի շաբաթական գնահատումները օգտակար են միջամտությունների արդյունքները մշտադիտարկելու և մնացած խնդիրները վեր հանելու համար: Բուժման ընթացքում մշակվելիք բազմաթիվ տրավմաների ենթարկված այցելուների դեպքում ավելի շատ սեսիաներ են առաջարկվում (սովորաբար մոտ 20, բայց ավելի շատ էլ կարող է պահանջվել, եթե այցելուն լուրջ ուղեկցող խանգարում ունի կամ նշանակալի սոցիալական խնդիրների հետ կապված օգնության կարիք ունի): Նկատենք, որ տրավմատիկ հիշողության հետ աշխատանք ընդգրկող սեսիաների դեպքում, ինչպիսին է երևակայական վերապրումը, հիշողությունների վերափոխումը կամ տեղանքի այցելությունը, հոգեթերապևտը պետք է բավականաչափ ժամանակ տրամադրի հիշողության վերամշակման համար: Տուն գնալուց առաջ այցելուին բավականաչափ ժամանակ է պետք ներկայի իրականության ու օրվա հետագա պլանների վրա վերակենտրոնանալու համար: Այս սեսիաները սովորաբար մոտ 90 րոպե են տևում: Բուժման ձևաչափի փոփոխությունները նույնպես արդյունավետ են: Բուժման 7-օրյա ինտենսիվ տարբերակը (անց է կացվում 7 շաբաթական աշխատանքային օրվա ընթացքում՝ յուրաքանչյուր սեսիան 2-4 ժամ տևողությամբ՝ գումարած մի քանի մոտիվացիոն սեսիաները, 130,131) և ինքնաուսուցանումով ուղեկցվող կարճ բուժումը հավասարապես արդյունավետ են (132): Խիստ հանձնարարելի է դեպքի կանոնավոր վերահսկումը, քանի որ դա օգնում է հոգեթերապևտին այցելուի գնահատականների վերաբերյալ տարբեր տեսակետներ ձևավորել, աջակցություն տրամադրել և ապահովել համապատասխանությունը պրոտոկոլին:

Կոգնիտիվ թերապիան կոգնիցիաների փոփոխության միջոցով փոխում է էմոցիաները, բայց կարևոր է մտապահել, որ այլընտրանքային մեկնաբանություն ձևավորելը (ինսայթ) սովորաբար բավական չէ մեծ էմոցիոնալ տեղաշարժ առաջացնելու համար: Թերապիայի ընթացքում ծայրահեղ կարևոր քայլեր են

այցելուի գնահատականների արժանահավատության փորձարկումը վարքային փորձերի կամ հարցումների միջոցով, ինչը այցելուի մոտ առկա սպառնալի մեկնաբանություններին հակասող փորձով ձեռք բերված նոր ապացույցներ է ձևավորում: Օրինակ, վտանգի գերընդհանրացված զգացողություն ունեցող այցելուների համար վարքային փորձերի նպատակը նրանց գնահատականների (օրինակ՝ «Մարդիկ կարող են մտածել, որ ես հեշտ թիրախ եմ») ձևավորումն է որոշակի հանձնարարությունների միջոցով (օրինակ՝ հաց գնելու գնալ մոտակա խանութ)՝ նրանց կանխատեսումը (օրինակ՝ «ինձ վրա նորից կհարձակվեն») ստուգելու համար: Փորձի ընթացքում այցելուները հրաժարվում են անվտանգության բոլոր միջոցներից (օրինակ՝ անցնում են ճանապարհը, երբ ինչ-որ մեկը մոտենում է նրանց) ու գերզոնությունից և կիրառում են «այն ժամանակվանը ներկայի դեմ» տարբերակման տեխնիկան (օրինակ, նայում են այլ մարդկանց՝ տեսնելու համար, թե ինչքան տարբեր են նրանք հանցագործից, ուշադրություն դարձնելով ներկա իրավիճակի ու տրավմատիկ իրադարձության միջև բոլոր տարբերություններին): Վերջինը կարևոր է, քանի որ հակառակ դեպքում կաչուն հիշողությունները կարող են այցելուների մոտ սպառնալիքի տակ գտնվելու տպավորություն ստեղծել: Նմանապես, նրանք նոր նշանակությունները կապում են հիշողության մեջ առկա տրավմայի համապատասխան պահերի հետ՝ վերանայելով հիշողությունները, այսինքն՝ էմոցիանալ տեղաշարժը հեշտացնելու համար այդ պահը և նոր նշանակությունները միաժամանակ պահում են մտքում:

ՀՏՄԽ-ով տառապող մարդիկ հաճախ խնդիրների ու անօգուտ կոգնիցիաների լայն շրջանակ ունեն: Դա կարող է ավելորդ բեռ դառնալ այցելուների ու հոգեթերապևտների համար և կարևոր է, որ հոգեթերապևտներն ու այցելուները պայմանավորվեն որոշակի սահմանափակ ժամանակ առաջնահերթություն տալ ՀՏՄԽ-ի հետ աշխատանքին ու սեսիաների մեծ մասում կենտրոնանալ տրավմայի վրա, այսինքն՝ կենտրոնանալ այն հիշողությունների ու գնահատականների վրա, որոնք բխում են այցելուի տրավմաներից ու դրանց հետևանքներից: Վերահսկողության մեր փորձը ցույց է տալիս, որ երբ հոգեթերապևտը զգում է, որ գործը առաջ չի գնում, օգտակար է կրկին կենտրոնանալ այն հարցի վրա, թե որ կոգնիցիաներն են նպաստում ներկայումս ներքին ու արտաքին սպառնալիքի զգացողության պահպանմանը:

Տրավմատիկ հիշողությունների վերանայում

Տրավմայի խնդրահարուց նշանակությունները (գնահատականները) վերհանելու ու փոխելու համար ՀՏՄԽ-ԿԹ-ն կիրառում է հատուկ պրոցեդուրա, որը կոչվում է տրավմատիկ հիշողությունների վերանայում: Այն երեք քայլ է ընդգրկում, որոնք նկարագրված են ստորև՝

Քայլ 1. Հասանելի դարձնել ու պարզել տրավմայի անձնային նշանակությունները, որոնք հանգեցնում են ներկայումս սպառնալիքի զգացողության: Հասնել հիշողության թեժ կետերին (այսինքն, տրավմայի ժամանակ վերապրած այն պահերին, որոնք ամենամեծ դիսթրես ու հիշելիս «հիմա կատարվող» զգացողություն են առաջացնում): Օգտակար տեխնիկաներ են երևակայական վերապրումը, գրավոր շարադրանքը և տրավմայի ամենավատ պահերի մասին հարցադրումները: Զննարկվում է կաչուն հիշողությունների բովանդակությունը և

բացահայտվում է, թե տրավմայի որ պահերն են դրանք ներկայացնում (հաճախ շրջանցվում են տրավմայի մասին խոսելիս): Դրանից հետո այդ պահերը ընդգրկվում են երևակայական վերապրման կամ շարադրանքի մեջ: Հետագոտվում են այդ պահերի անձնային նշանակությունները:

Քայլ 2. Շտկող տեղեկատվության պարզում: Պարզվում է վերանայմանը նպաստող տեղեկատվությունը՝ տեղեկատվություն, որը չի համապատասխանում նշանակություններին, և որը բխում է իրադարձության ընթացքում պատահածից կամ ստացվել է հավաստի աղբյուրներից, կամ կոգնիտիվ վերակառուցման ընթացքում մեկնաբանությանների լայն շրջանակի դիտարկման արդյունքում:

Քայլ 3. Տեղեկատվության ընգրկում հիշողության թեժ կետերի անձնային նշանակությունների մեջ: Նոր տեղեկատվության կապակցում հիշողության համապատասխան կետերի հետ: Շտկող տեղեկատվությունը հիշելուն զուգահեռ այցելում մտաբերում է պահը (հիշեցնել կարելի է խոսքով, շարժումով, հպումով, հնչյուններով, հոտերով, համերով կամ պատկերներով): Նոր տեղեկատվությունը ներառվում է այդ իրադարձության մասին շարադրանքում: Քննարկվում է, թե ինչպես կարող է այցելում ինքն իրեն հիշեցնել նոր տեղեկատվության մասին:

Ստորև կներկայացվեն քայլերը ավելի մանրամասն կերպով՝

Քայլ 1. Հասանելի դարձնել ու պարզել տրավմայի անձնային նշանակությունները

Առաջին քայլը ուղղված է զգույշ հարցերի միջոցով տրավմայի ու դրա հետևանքների ամենավատ պահերը հասանելի դարձնելուն (օրինակ՝ «Որն էր դրա ժամանակ ամենավատ բանը», «Դուք մտածում էիք, թե ինչ է պատահելու», «Այդ ժամանակ դա Ձեզ համար ինչ էր նշանակում», «Ինչ է դա հիմա նշանակում Ձեզ համար», «Ինչ նշանակություն կունենար, եթե իրոք պատահեր այն, ինչից ամենաշատը վախենում եք»): Կարևոր է ուղղակի հարցեր տալ այցելուի ակնկալած ամենավատ հետևանքների մասին, այդ թվում մեռնելու մասին նրանց վախերի, և պարզել դրանց հիմքում ընկած նշանակությունները, քանի որ դա ցույց է տալիս, թե ինչ տեղեկատվություն է պետք նրանց վերաբերող տրավմատիկ հիշողությունը վերանայելու համար:

Երևակայական վերապրումը և գրավոր շարադրանքը հատկապես արդյունավետ են տրավմաների ամենավատ պահերին (133) ու դրանց նշանակություններին հասնելու համար: ՀՏՄԽ-ԿԹ-ի ժամանակ դրանցից ակնկալվող հարաբերական արդյունավետությունը կախված է տրավմատիկ հիշողության մեջ այցելուի ներքաշվածության աստիճանից ու իրադարձության տևողությունից: Երևակայական վերապրումը (Foa & Rothbaum, 1998) հատկապես ազդեցիկ է հիշողության հետ էմոցիոնալ փոխհարաբերությանը նպաստելու ու հիշողության մանրամասները վերհանելու համար (ներառյալ էմոցիոնալ ու զգայական բաղադրիչները): Թեժ կետերի խնդրահարույց նշանակությունները բավականաչափ վերհանելու ու նշանակության վերանայման քայլին անցնելու համար ՀՏՄԽ-ԿԹ-ն կիրառում է կրկին վերապրման մի քանի փորձ (սովորաբար երկու կամ երեք): Նկատենք, որ թեժ կետերը դիտարկվում են հատ-հատ և օրինակ՝ «Ես չեմ մահացել» տիպի պարզունակ վերանայումներ կարելի է փորձել ստանալ թեժ կետի նույնականացումից անմիջապես հետո, և դա կարող է լինել 1-ին կամ 2-րդ սեսիայի ժամանակ: Թեժ կետերի նույնականացումը կարող է ավելի երկար

տուեյ, եթե այցելուն ճնշում է իր ռեակցիաները կամ շրջանցում է դժվար պահերը, քանի որ, օրինակ, ամաչում է պատահածի համար:

Գրավոր շարադրանքը (134) հատկապես օգտակար է, երբ տրավմատիկ իրադարձությունը երկար ժամանակ է տևել, եթե այցելուն մեկուսացել է և կորցրել է կապը ներկա իրավիճակի հետ կամ տրավման հիշելիս շատ ուժեղ ֆիզիակական արձագանք է դրսևորում (օրինակ՝ թուլություն, փսխում), կամ պատահածի մանրամասները կամ իրադարձությունների հերթականությունը անորոշ են: Շարադրանքը օգտակար է իրադարձությունը որպես ամբողջություն դիտարկելու ու տրավմայի խնդրահարույց նշանակությունների վրա ազդող տարբեր պահերից բխող տեղեկատվությունը պարզելու համար:

Քայլ 2. Շտկող տեղեկատվության պարզում

Թեժ կետը ու դրա նշանակությունը բացահայտելուն պես հաջորդ քայլը այն տեղեկատվության պարզումն է, որը չի համապատասխանում խնդրահարույց նշանակությանը (շտկող տեղեկատվություն): Շտկող տեղեկատվությունը կարող է վերաբերել տրավմայի ժամանակ ու դրանից հետո պատահածին և կարող է լինել մի բան, որ այցելուն արդեն գիտի, բայց դեռ չի կապում իր հիշողության այդ որոշակի պահի նշանակության հետ, կամ կարող է լինել մի բան, որը այցելուն հիշում է միայն երևակայական վերապրման կամ գրավոր շարադրանքի ընթացքում: Օրինակներ կարող են հանդիսանալ հետևյալ ինֆորմացիան, որ տրավմատիկ իրադարձության հետևանքը սպասածից լավ էր (օրինակ՝ այցելուն չի մահացել, չի պարալիզացվել); կամ տեղեկատվությունը, որը բացատրում է այցելուի կամ այլ անձանց վարքը (օրինակ՝ այցելուն ենթարկվել է հանցագործի կարգադրություններին, որովհետև վերջինս սպառնում էր սպանել նրան, կամ այլ մարդիկ օգնության չեն հասել, քանի որ շոկի մեջ էին), կամ գիտակցումը, որ տրավմայի ժամանակ տպավորությունը կամ ընկալումը ճիշտ չի եղել (օրինակ՝ հանցագործի ձեռքին խաղալիք ատրճանակ էր, այլ ոչ իսկական): Հավաստի աղբյուրներից կամ մասնագետներից ստացված տեղեկատվությունը կամ բացատրությունները (օրինակ՝ ավտոմեքենաները այնպես են նախագծված, որ վթարից հետո պայթյունը խիստ անհավանական է, կամ հիվանդանոցում որոշ տանջալի պրոցեդուրաներ իրականացվել են այցելուի կյանքը փրկելու համար) նույնպես կարող են շատ արժեքավոր լինել շտկող տեղեկատվությունը բացահայտելու համար: Այլ գնահատականների (օրինակ՝ «Ես վատ մարդ եմ», «Դա իմ մեղքն է», «Իմ արարքները խայտառակ էին», «Ես աղետ եմ բերում») համար այլընտրանքային տեսակետ ձևավորելու համար ուղղորդված բացահայտում է անհրաժեշտ, ներառյալ կոգնիտիվ թերապիայի տեխնիկաները, ինչպիսին է Սոկրատիկ գրույցը, գնահատականների մասին կողմ ու դեմ կարծիքների սիստեմատիկ քննարկումը, վարքային փորձերը, ուշացած (հետին թվով) դատողություններ անելու հակման քննարկումը, շրջանաձև սխեմաները կամ հարցումները: Վիզուալիզացման տեխնիկաները նույնպես կարող են օգտակար լինել իրադարձությանը նպաստած այլ գործոններին վերաբերող այցելուի գիտակցումը ընդլայնելու կամ այլընտրանքային գործողությունների արժեքը քննարկելու համար: Օրինակ, հարձակում վերապրածները, ովքեր մեղադրում են իրենց տրավմատիկ իրադարձության ընթացքում չդիմադրելու համար, կարող են պատկերացնել, թե ինչ կպատահեր, եթե նրանք դա անեին: Սովորաբար դրա

արդյունքում նրանք հասկանում են, որ եթե նրանք դիմադրեն, ապա բռնությունը ավելի կոժճանար և հարձակվողը կարող էր նրանց ավելի լուրջ վնասել:

Քայլ 3. Շտկող տեղեկատվության ակտիվ ընդգրկում թեժ կետերում

Հենց որ պարզվում է այն շտկող տեղեկատվությունը, որը այցելուն համոզիչ է համարում, այն ակտիվորեն ընդգրկվում է համապատասխան թեժ կետում: Դա կարող է արվել որոշակի թեժ կետի համար շտկող տեղեկատվությունը պարզելուն պես, օրինակ՝ այն սեսիայի ընթացքում, երբ իրականացվել է առաջին կրկին վերապրումը: Այցելուին խնդրում են մտապահել այդ թեժ կետը (երևակայական վերապրման կամ շարադրանքի համապատասխան մասը կարդալու օգնությամբ) ու հետո ինքն իրեն հիշեցնել (հոգեթերապևտի հուշումով) շտկող տեղեկատվությունը. 1. բանավոր (օրինակ՝ ասելով «Ես այժմ գիտեմ, որ...»), 2. պատկերների օգնությամբ (օրինակ՝ պատկերացնելով, թե ինչպես են լավացել վերքերը, պատկերացնելով հանցագործին բանտում, նայելով ընտանիքի կամ իր վերջին լուսանկարներին, պատկերացնելով տրավմայից մահացած մարդուն խաղաղ վայրում, որտեղ նա այլևս չի տառապում), 3. կատարելով շարժումներ կամ գործողություններ, որոնք անհամատեղելի են պահի սկզբնական նշանակության հետ (օրինակ, շարժվել կամ ցատկել, եթե թեժ կետը կապված է մահվան կամ պարալիզվելու վախի հետ, զգալու համար, որ ինքը ողջ է ու կարողանում է շարժվել), 4. մարմնական զգացողությունների միջոցով (օրինակ՝ դիպչելով լավացած ձեռքին): Շտկման պրոցեսը ամփոփելու համար գրվում է շարադրություն, որում ներկայացվում են յուրաքանչյուր թեժ կետի նոր նշանակությունները: Այդ նոր նշանակությունները ընդգծվում են այլ տառատեսակով կամ գույնով (օրինակ՝ «Ես այժմ գիտեմ, որ դա իմ մեղքով չէ»):

Ախտանշանների կրկին վերապրման տրիգերների (խթանների) պարզում ու տարբերակում

ՀՏՍԽ ունեցող այցելուները հաճախ ասում են, որ կաշուն հիշողությունները և կրկին վերապրման այլ ախտանշանները ի հայտ են գալիս «հանկարծակի», շատ իրավիճակներում:

Թերապևտիկ միջամտությունների հնարավոր տարբերակներ՝

Առաջին՝ հոգեթերապևտի հետ միասին իրականացված մանրակրկիտ փնտրտուքի միջոցով սովորաբար պարզվում են այն զգայական տրիգերները, որոնք այցելուն չի գիտակցում (օրինակ՝ որոշակի գույներ, հնչյուններ, հոտեր, համ) ու սովորում է տարբերակել «այն ժամանակը» ու «հիման», այսինքն՝ կենտրոնանալ նրա վրա, թե ինչպես են ներկա տրիգերները ու դրանց համատեքստը (հիման) տարբերվում տրամվայից (այն ժամանակից): Դրա արդյունքում նա հասկանում է, որ ավելի շատ տարբերություններ կան, քան նմանություններ, և որ ինքը արձագանքում է հիշողությանը, այլ ոչ ներկա իրականությանը:

Երկրորդ՝ կաշուն մտքերը միտումնավոր խթանվում են հոգեթերապիայի ընթացքում այնպես, որ այցելուն կարողանա սովորել կիրառել «այն ժամանակ-հիմա» տարբերակումը: Օրինակ, ճանապարհատրանսպորտային վթար վերապրածներին կարող են լսել տալ ձայներ, որոնք հիշեցնում են նրանց բախման

մասին՝ արգելակների ճոնչոց, բախման, ապակու կոտրվելու կամ ազդանշանի ձայն, միևնույն ժամանակ կենտրոնաձայն ալսա ձայների ու դրանց անվտանգ համատեքստի և տրավմայի միջև բոլոր տարբերությունների վրա: Այլ օրինակները հետևյալն են՝ մարդը, որի վրա դանակով հարձակում է եղել, կարող է նայել մի շարք մետաղյա առարկաների վրա, իսկ նա, որի վրա կրակել են, կարող է լսել համակարգչով գեներացված կրակոցների ձայներ: Ռմբակոծումներ կամ հրդեհ վերապրածները կարող են նայել ծխաբեր սարքից բաց թողնվող ծխին: Մարդիկ, որոնք տրավմայի ժամանակ շատ արյուն են տեսել, կարող են նայել կարմիր հեղուկների: «Այն ժամանակ-հիմա» տարբերակմանը կարող է նպաստել այնպիսի գործողությունների կատարելը, որոնք հնարավոր չէին տրավմայի ժամանակ (օրինակ՝ կատարել շարժումներ, որոնք հնարավոր չէին տրավմայի ժամանակ, հավել առարկաների կամ նայել լուսանկարների, որոնք հիշեցնում են նրանց ներկա կյանքի մասին):

Երրորդ՝ այցելուները կիրառում են այս ռազմավարությունները իրենց բնական միջավայրում: Ախտանշանի կրկին ի հայտ գալու ժամանակ նրանք հիշեցնում են իրենց, որ իրենք արձագանքում են հիշողությանը ու ուշադրությունը կենտրոնացնում են ներկա իրավիճակի ու տրավմայի տարբերությունների վրա՝ հիշեցնելով իրենց, որ տրավման հենց հիմա, կրկին չի տեղի ունենում, կարող են կատարել գործողություններ, որոնք հնարավոր չէին տրավմայի ժամանակ:

Երբ բուժումը չի օգնում

Այցելուների փոքր մասը կլինիկական օգուտ չի ստանում ՀՏՄԽ-ԿԹ-ի կուրսից և այդ դեպքում հարցեր են ծագում, թե ինչպես լավագույնս կազմակերպել այդ այցելուների հետագա բուժումը: Դեռևս չկան այս հանգամանքներում առավել արդյունավետ գործելու էմպիրիկ ապացույցներ, սակայն կլինիկական փորձը մի քանի հնարավորություն է առաջարկում:

Առաջին՝ թերապիայի ընթացքում կարող է բացահայտվել, որ ՀՏՄԽ-ն տվյալ պահին այցելուի հիմնական խնդիրը չէ: Նրանց հիմնական խնդիրները կարող են լինել ուղեկցող խանգարումները (օրինակ՝ դեպրեսիան, ՕԿԽ, անձի սահմանային խանգարումը, հոգեակտիվ նյութերի օգտագործման խանգարումը, ֆիզիկական խնդիրները), սոցիալական խնդիրները (օրինակ՝ պարտքերը, կայուն բնակավայրի բացակայությունը, ընտանիքում հիվանդությունը), իրավաբանական խնդիրները (խնամակալության, ապաստանի հարցերը), կամ կյանքում նոր բացասական իրավիճակը (օրինակ՝ նշանակալի մարդու մահը), որոնց պատճառով նրանք ունակ չեն այդ պահին բավականաչափ մասնակցություն ցուցաբերել բուժմանը: Այս այցելուներին կարող է օգտակար լինել նախ և առաջ բուժվել ուղեկցող վիճակների կապակցությամբ, ինչպես նաև աջակցություն ստանալ սոցիալական խնդիրների ու կյանքի նոր իրավիճակների լուծման հարցում: ՀՏՄԽ-ԿԹ-ի ևս մեկ կուրս կարելի փորձել, երբ այցելուն պատրաստ լինի աշխատել իր տրավմատիկ հիշողությունների հետ:

Երկրորդ՝ որոշ այցելուներ չեն կարող լիովին մասնակցել բուժմանը գործնական պատճառներով (օրինակ՝ չեն կարող կանոնավոր ներկայանալ սեսիաների, բավական ժամանակ կամ առանձնաձևով հնարավորություն չունեն տնային

հանձնարարությունները կատարելու համար) կամ բուժման հետ կապված մտահոգությունների պատճառով (օրինակ՝ կասկածներ դրա հիմնավորվածության վերաբերյալ կամ այլ մարդկանց ակնկալվող/սպառնացող բացասական վերաբերմունքը բուժմանը): Այդ այցելուները կարող են դիմել ինտենսիվ կամ կիսաինտենսիվ բուժման ձևաչափի:

Երրորդ՝ որոշ այցելուների համար, որոնց տրավմաները պատահել են շատ տարիներ առաջ և փոխել են նրանց կյանքը, ովքեր սոցիալապես խիստ մեկուսացած են, ովքեր մշակման ենթակա շատ տրավմաներ ունեն, կամ իրենց ու այլ մարդկանց մասին երկարամյա բացասական համոզմունքներ ունեն, կարող է ցուցված լինել ավելի երկարատև բուժում:

Չորրորդ, որոշ այցելուներ կարող են գերադասել ՀՏՄԽ-ի առնչությամբ դեղորայքային կամ այլ բուժում ստանալ (օրինակ՝ տրավմայի վրա չկենտրոնացած ԿՎԹ):

Ապագա զարգացումներ

Ոչ բոլոր այցելուները կարող են մասնակցել հոգեթերապևտի հետ բուժման շաբաթական սեսիաների: Հետաքրքրություն են առաջացնում այցելուի ընտրության հնարավորությունը մեծացնելուն ու հոգեթերապևտի ժամանակը ավելի արդյունավետ օգտագործելուն ուղղված բուժման նորարական ձևերը, որոնց շնորհիվ ավելի շատ բուժառուներ են կարողանում օգուտ ստանալ: ՀՏՄԽ-ԿԹ-ի տրամադրման մի քանի արդյունավետ տարբերակ է առաջարկվել: Որոշ այցելուների համար կարող է գերադասելի լինել բուժման ինտենսիվ տրամադրումը 5-7 աշխատանքային օրվա ընթացքում կամ բուժումը ստացիոնար պայմաններում (Ehlers et al., 2014): ՀՏՄԽ-ԿԹ-ի բովանդակության որոշ մասի ինքնուրույն ուսումնառության մոդուլները խնայում են հոգեթերապևտի ժամանակի մոտ 50%-ը՝ առանց արդյունավետության կորստի (Ehlers, Wild, et al., 2020): Դրանք կարող են նաև օգտակար լինել հոգեթերապևտների ուսումնառության ընթացքում: Մի փորձարկման ժամանակ պարզվել է, որ հոգեթերապևտի օգնությամբ Առցանց տրամադրվող ՀՏՄԽ-ԿԹ-ն նույնպես խոստովանալից է (Wild et al., 2016): Առերես թերապիայի դեպքում պահանջվող ժամանակի 20-25% ընթացքում աջակցությունը տրամադրվում է առցանց հաղորդագրությունների ու շաբաթական հեռախոսային զրույցների միջոցով:

ՀՏՄԽ-ԿԹ տրամադրելու լավագույն եղանակները դեռ պետք է հետազոտվեն: Օրինակ՝ Հոգեբանական թերապիաների մատչելիությունը բարելավելու անգլիական ազգային առողջապահական ծառայության (ՀԹՄԲ, English National Health Service Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)) ծրագրի և ԱՄՆ Վետերանների վարչության առողջապահական համակարգի շրջանակներում (135) տրավմայի վրա կենտրոնացած ԿՎԹ տարածելու լայնածավալ ջանքերի դիտարկումները ցույց են տվել, որ սեմինարներին ու ձեռնարկներին զուգահեռ, ուսուցողական դեպքերի վերահսկողությունը և միջամտությունների արդյունքի մշտադիտարկման նպատակով ախտանշանների շաբաթական գնահատման կիրառումը կարևոր է հոգեթերապևտների ուսուցման բավարար մակարդակ ապահովելու համար: Ուսուցման ընթացքում ու դրանից

հետո մատչելի առցանց ուսումնական նյութերը կարող են օգնել բարձրացնել հոգեթերապևտների իրազեկվածությունը ու բուժում տրամադրելու ընթացքում վստահությունը :

Ամփոփում

Ընդհանուր առմամբ, ապացույցները ցույց են տալիս, որ ՀՏՄԽ-ԿԹ-ն անվտանգ և արդյունավետ բուժում է ՀՏՄԽ-ով տառապող մեծահասակների ու երեխաների համար, որը շատ ընդունելի է եղել այցելուների համար թե՛ ՌՎՀ ընթացքում, թե՛ սովորական կլինիկական հաստատություններում: Ուսումնասիրություններում ընդգրկվել են շատ տարբեր տրավմաներ, քրոնիկ հիվանդություններ ու ուղեկցող վիճակներ ունեցող այցելուներ: Չնայած դրան, անհրաժեշտ են ՀՏՄԽ-ԿԹ-ի լրացուցիչ ՌՎՀ-ներ վաղ մանկական տարիքում բռնություն վերապրածների կամ ռազմական գործողությունների վետերանների շրջանում: Բուժման տրամադրման նոր ձևերը խոստումնալից են և կարող են մեծացնել այցելուների հնարավորությունները և բուժման հասանելիությունը: Կան գիտելիքների բացեր, որոնք դեռ կարիք ունեն հետագա ուսումնասիրության, այդ թվում բուժման ազդեցությունների մոդերատորների ու մեդիատորների, ինչպես նաև ՀՏՄԽ-ԿԹ-ի բնագավառում հոգեթերապևտների լավագույն ուսուցման եղանակների ուսումնասիրություն:

Աչքի շարժումներով դեսենսիտիզացում և վերամշակման (ԱՇԴՎ) թերապիա

Աչքի շարժումներով դեսենսիտիզացում և վերամշակման (ԱՇԴՎ) թերապիան ինտեգրատիվ, այցելուակենտրոն հոգեթերապիա է (136,137), որը հոգեկան պաթոլոգիայի հիմք է համարում ուղեղի տեղեկատվություն մշակող համակարգը և տագնապալի իրադարձությունների մասին հիշողությունները: ԱՇԴՎ թերապիան կենտրոնանում է թե՛ պաթոլոգիայի, թե՛ հոգեբանական կայունությանը նպաստող ապրումների վրա: ԱՇԴՎ թերապիայի արդյունավետությունը հաստատվել է ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություններով (ՌՎՀ), ինչի արդյունքում այն ճանաչվել է որպես հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՄԽ) համար ապացույցների վրա հիմնված բուժում: Ստորև մենք կդիտարկենք ԱՇԴՎ թերապիայի հիմքում ընկած տեսությունը և այն հիմնավորող ապացուցողական բազան: Դրանից հետո կքննարկվեն կլինիկական պրակտիկայում ԱՇԴՎ թերապիայի կիրառման գործնական կողմերը և խնդիրները:

Տեսական համատեքստ

ԱՇԴՎ թերապիայի բուժական կիրառումը ղեկավարվում է ադապտիվ տեղեկատվության մշակման (ԱՏՄ) մոդելով (Shapiro, 2018): Այս մոդելում ընդգծվում է, որ ուսումնառությունը տեղի է ունենում, երբ մենք նոր փորձը ասիմիլացնում ենք գոյություն ունեցող նյադաֆիզիոլոգիական հիշողության ցանցերում: Պաթոլոգիա է ի հայտ գալիս, երբ կյանքի բացասական ապրումների մասին հիշողությունները բավականաչափ չեն մշակվում: Չմշակված

հիշողությունները դիսֆունկցիոնալ պահպանվում են և պարունակում են անբարենպաստ իրադարձության ժամանակ վերապրած պատկերներ, մտքեր, զգացմունքներ ու զգայություններ: Որևէ խթանման դեպքում չմշակված հիշողությունները բացասաբար են ազդում ներկայում ընկալման, մոտեցումների ու վարքի վրա: ՀՏՍԽ-ից վերականգնումը ԱՇԴՎ թերապիայի օգնությամբ տեղի է ունենում պահպանված դիսֆունկցիոնալ հիշողություններին հասնելով ու կենտրոնացված մշակման միջոցով արագացված ուսումնառության վիճակին մեկնարկ տալով, ինչը ինտեգրացնում է դրանք հիշողության ադապտիվ ցանցերում: Թե ինչպես է ԱՇԴՎ թերապիայի ընթացքում մշակվում հիշողությունը, պարզվել է ԱՇԴՎ թերապիայի ընթացքում հիշողության մշակման ժամանակ կիրառված աչքի շարժումները (ԱՇ) ուսումնասիրող հետազոտությունների հիման վրա: Ներկայումս ավելի քան 30 ՌԿՀ-ներ ու մի մետավերլուծություն (138) ցույց են տվել, որ ԱՇԴՎ-ի ժամանակ ԱՇ-ները նշանակալիորեն ուժեղացնում են դրա օգտակար բուժական արդյունավետությունը: ԱՇԴՎ-ի հիմքում ընկած մեխանիզմների ներկայիս բացատրությունները ընդգրկում են աշխատանքային հիշողությանը, արձագանքի, կողմնորոշմանը ու աչքի արագ շարժումներով քնի փուլին (rapid eye movements, REM) վերաբերող տեսությունները:

Աշխատանքային հիշողության տեսության համաձայն համարվում է, որ աշխատանքային հիշողությունը սահմանափակ ծավալ ունի (139): Տրավմային վերաբերող հիշողությունների վրա կենտրոնացմանը զուգահեռ ԱՇ-ներ կամ երկկողմանի թակոցների կամ հնչյունների ձևով ուշադրության երկակի խթանիչներ օգտագործող ԱՇԴՎ թերապիայի ժամանակ աշխատանքային հիշողությունը ծանրաբեռնվում է՝ թուլացնելով տեսողական պատկերը գիտակցության մեջ պահելու կարողությունը, ինչը հանգեցնում է պատկերի որակի վատացման և պակաս վառ ու հետևաբար պակաս էմոցիոնալ ձևով հիշողության ինտեգրմանը (van den Hout et al., 2012):

Արձագանքի կողմնորոշման տեսությունը պնդում է, որ ԱՇ-ները կամ ուշադրության երկակի խթանիչները կողմնորոշված արձագանք են առաջացնում, որը հանգեցնում է ֆիզիոլոգիական գրգռվածության նվազեցման (ապագրգռվածության), ինչը օգնում է մշակել հիշողությունները (150): Կողմնորոշված արձագանքը ավտոմատ, նոր խթանիչներով դրդված ուշադրության ռեակցիա է, որը գնահատվում է սպառնալիք ներկայացնելու տեսանկյունից: Սպառնալիք չներկայացնող խթանիչների կրկին ու կրկին ներկայացումը հանգեցնում է կողմնորոշված արձագանքի արագ սովորական դառնալուն ու ֆիզիոլոգիական գրգռվածության մեղմացման: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ԱՇԴՎ թերապիայի ժամանակ ԱՇ-ների ֆիզիոլոգիական անալոգները նույնպես կողմնորոշված արձագանքների են հանգեցնում (151), ԱՇ հավաքածուների տրման ընթացքում մեղմացնում են գրգռվածությունը՝ պարասիմպատիկ համակարգի ակտիվացման միջոցով (152), և աչքի արագ շարժումներով քնի փուլին բնորոշ ֆիզիոլոգիական փոփոխություններ են առաջացնում (153):

ԱՇԴՎ թերապիայի մեխանիզմի հիմքում ընկած երրորդ բացատրությունը բխում է արագ շարժումներով քնի փուլի ուսումնասիրություններից և պնդում է, որ ԱՇ-ները հանգեցնում են դանդաղ քնի և արագ շարժումներով քնի փուլին նման նյադաֆիզիոլոգիական մեխանիզմների, որոնք հեշտացնում են տրավմատիկ

հիշողությունների դրվագների ինտեգրացիան ու ընդգրկումը իմաստային ցանցներում (154; 155):

ԱՇԴՎ թերապիայի համապարփակ ըմբռնումը պահանջում է բոլոր երեք տեսությունների դիտարկում և պարզաբանում, թե ինչպես են առաջարկվող մեխանիզմները միաժամանակ նպաստում ՀՏՍԽ-ի արդյունավետ բուժման ընթացքում դիտվող տեղեկատվության մշակմանը: Ներկայումս, այդ մեխանիզմները հավանաբար համապատասխանում են հիշողության ապակարծրացման (ռեկոնստիդացիայի) նյարդակենսաբանական տեսություններին (156), որոնք ենթադրում են, որ մտաբերված հիշողությունը լաբիլ է և կարող է կապվել նոր և առկա ադապտիվ տեղեկատվության հետ, իսկ հետո կրկին պահվել փոփոխված ձևով:

Ի լրումն հիշողության վերամշակման համար ԱՇԴՎ թերապիայի ազդեցության տեսական հաշվետվությունների, կան նյարդաֆիզիոլոգիական հետազոտությունների տվյալներ, որոնք հուշում են, որ արդյունավետ ԱՇԴՎ թերապիան հանգեցնում է ուղեղի այն մասերի կառուցվածքի ու ֆունկցիաների վերականգնմանը, որոնք հեշտացնում են տեղեկատվության մշակումը և հիշողության ինտեգրումը (Landin-Romero et al., 2013): Օրինակ՝ ՀՏՍԽ ախտորոշմամբ այցելուների հաջող ԱՇԴՎ բուժումից հետո տվյալներ են ներկայացվել հիպոկամպի ծավալի մեծացման (157), ձախ ամիգդալայի ծավալային աճի (158), պրեֆրոնտալ կեղևի գորշ նյութի հաստացման (159) և ՀՏՍԽ առնչվող լիմբիկ կառուցվածքների ֆունկցիայի բարելավման (160,161) մասին: Ֆունկցիոնալ մագնիսա-ռեզոնանսային տոմոգրաֆիայի միջոցով պարզվել է, որ ԱՇԴՎ թերապիան հանգեցնում է ձախ հիպոկամպի և ձախ ամիգդալայի ակտիվության բարձրացման (162): Կենդանիների վրա ԱՇԴՎ հիմքում ընկած նյարդային սխեմաների վերջերս իրականացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ փոխ առ փոխ կիրառվող երկկողմանի տեսողական խթանումը ճնշում է վախի զգացումը (163): Բաեկը և գործընկերները (2019թ.) ապացույց են գտել, որ վախը երկար ժամանակով մեղմանում է *colliculus superior* -ով կառավարվող նեյրոնային ուղղու միջոցով, որը ամիգդալայի էմոցիոնալ ակտիվությանը դիմակայելու նպատակով պահպանում է թալամուսի մեդիադորսալ կորիզի ու նախաճակատային կեղևի ակտիվությունը: Նման արդյունք չի արձանագրվել լսողական կամ այլ տիպի տեսողական խթանումների դեպքում: Ամփոփելով ասենք, որ շարունակական հետազոտություններ են պետք ՀՏՍԽ ԱՇԴՎ թերապիայի հիմքում ընկած տեսությունը ու տարբեր հոգեբանական, ֆիզիոլոգիական և նյարդաբանական մեխանիզմների միջև փոխահարաբերությունները լիովին հասկանալու համար:

Տեխնիկաների նկարագրություն

Անցյալի անբարենպաստ փորձով պայմանավորված կամ ծանրացած կլինիկական ախտանշանների ամբողջ շարքի հետ կապված խնդիրները լուծելու համար ԱՇԴՎ թերապիան ութ փուլից բաղկացած մոտեցում է կիրառում: Փուլերն են՝ անամնեզի հավաքումը, նախապատրաստությունը, վերամշակման չորս փուլերը (գնահատում, դեսենսիբիլիզացիա, ինստալյացիա, մարմնական սկանավորում), ավարտը և վերագնահատումը:

ԱՇԴՎ թերապիան շեշտը դնում է անհանգստացնող հիշողությունների հետ կապված երևակայության, կոգնիցիաների (իմացությունների), էմոցիաների, սոմատիկ զգացողությունների հետ աշխատանքի, ինչպես նաև դեպի անցյալ, ներկա ու ապագա կողմնորոշված փորձին առնչվող գործոնների վրա: Ստորև ներկայացված է ԱՇԴՎ թերապիայի ութ փուլերի հիմնական նպատակների ու գործողությունների հաջորդականության համառոտ ամփոփումը:

Փուլ 1. Այցելուի անամնեզը

Առաջին փուլում հավաքվում է ստանդարտ անամնեզ, այցելուի ու բժշկի միջև ստեղծվում է վստահության մթնոլորտ ու ստացվում է տեղեկացված համաձայնություն: Բժիշկը ստանում է մեկնարկային տվյալներ և որոշում է, թե արդյոք ԱՇԴՎ թերապիան ցուցված է այցելուին: Եթե բուժման նպատակը ՀՏՍԽ ախտանշանների մեղմացումն է, բժիշկը պարզում է այցելուի մոտ հիմնական ախտորոշիչ դրսևորումների առաջացմանը առնչվող թիրախային հիշողությունները, որոնք միայն տրավմատիկ «Չափանիշ Ա»-ին համապատասխանող ապրումներ չեն (ԱՎՁ-V, Ամերիկյան հոգեբուժական միություն, 2013թ.), այլ նաև կյանքի անբարենպաստ փորձին վերաբերող այլ փոխկապակցված հիշողություններ, որոնք հավանաբար հանգեցրել են ընթացիկ տրավմային ու դրան առնչվող ախտանշաններին և նպաստում են դրանց պահպանմանը: Համապարփակ ԱՇԴՎ բուժումը ընդգրկում է այցելուի ամբողջական կլինիկական պատկերի գնահատում ու վերականգնում, ներառյալ էմոցիոնալ կարգավորման խանգարումը, աշխատանքը վախերի, տագնապների ու խուսափման հետ, սեփական ուժերի մասին բացասական համոզմունքները, խնդրահարույց վարքագծերը և այլ մարդկանց հետ շփվելու խնդիրները (Shapiro, 2018): Ներկա սոմատիկ և/կամ կոգնիտիվ արձագանքների վրա կենտրոնանալու նպատակով բժշկը պարզում է ընթացիկ խնդիրները, ուղղակի հարցեր է տալիս ու կիրառում է մի քանի տեխնիկաներ (օրինակ՝ «հակառակ ընթացք», որը հայտնի է նաև որպես «աֆեկտային կամուրջ»)՝ չմշակված հիշողությունների հետ այդ խնդիրները կապելու ու այդ ախտանշանների հիմքում ընկած հիշողությունները ի հայտ բերելու համար: Օրինակ՝ աֆեկտային կամրջի ժամանակ բժիշկը այցելուին հանձնարարում է «մտապահեք ապրումը, ուշադրություն դարձրեք հենց այս պահին ունեցած Ձեր զգացմունքների վրա ու ուշադրություն դարձրեք, թե ինչ մարմնական զգացողություններ ունեք: Հիմա, թույլ տվեք Ձեր ուղեղին հետ գնալ ավելի վաղ ժամանակաշրջան, երբ Դուք կարող էիք նույն բանը զգալ և ուղղակի ուշադրություն դարձրեք, թե ինչ է Ձեր մտքին գալիս»:

Փուլ 2. Այցելուի նախապատրաստում

Այս փուլի նպատակն է վստահությունը ու բժշկի հետ փոխադարձ համակրանքի մթնոլորտը ամրապնդելու, թերապիայի արոցեղուրաները նկարագրելու, տեսությունը բացատրելու, աչքերի շարժումները կամ երկկողմանի խթանման (ԵԿԽ) այլ տեսակը փորձարկելու, աֆեկտի կարգավորման տեխնիկաներ սովորեցնելու (օրինակ՝ «անվտանգ/հանգիստ վայր» տեխնիկա, որը կապում է դրական էմոցիոնալ վիճակը բառի կամ պատկերի հետ, կամ աֆեկտի

նկատմամբ հանդուրժողականություն ու կայունություն ստեղծելուն ուղղված այլ մեթոդներ) միջոցով այցելուին պատրաստել ԱՇԴՎ թերապիային: ԱՇԴՎ թերապիային նախապատրաստելու ժամանակ օգտագործվող աֆեկտի կարգավորման մի տեխնիկա է նաև ռեսուրսի մշակումը ու տեղակայումը (ՌՄՏ, resource development and installation (RDI; 164): Նպատակն է պարզել այցելուի ուժեղ կողմերը, հատկանիշները ու հնարավորությունները և խորացնել դրանց գիտակցումը նրա կողմից՝ ամենօրյա որոշակի ճնշող իրավիճակներին դիմակայելու ու հենց հիշողության մշակման նրա կարողությունը ուժեղացնելու նպատակով: Հետազոտությունը ցույց է տվել, որ մեկ տրավմատիկ իրադարձությունից բխող ՀՏՄԽ-ի դեպքում բուժումը հնարավոր է երեք 90-րոպեանոց սեսիաների շրջանակներում (165,166): Անամնեզի հավաքումը և նախապատրաստական փուլերը կարող են ավարտվել առաջին սեսիայի ժամանակ: Բազմակի կամ մանկական տրավմայով անամնեզների դեպքում բուժումը կարող է 12 90-րոպեանոց սեսիա պահանջել (167):

Փուլ 3. Գնահատում

ԱՇԴՎ թերապիան չի պահանջում տրավմատիկ իրադարձության մանրամասն ներկայացում: Օրինակ՝ անձինք, որոնց տանջում է ամոթի կամ մեղքի զգացումը, ինչպիսիք են սեռական բռնության ենթարկվածները կամ բարոյական վնասվածք ստացած ռազմական գործողությունների վետերանները (168) կարող են պարզապես ընդհանուր գծերով պատմել պատահածի մասին (օրինակ՝ «իմ խորթ հայրը այլասերել է ինձ»): Այս փուլում բժիշկը խնդրում է այցելուին մտաբերել տրավման, հետո ընտրել տիպիկ պատկեր ու ներկային առնչվող բացասական կոգնիցիա (ԲԿ, օրինակ՝ «ես կեղտոտ եմ»), Էմոցիա(ներ), ֆիզիկական զգացողություն (ներ) և մարմնի մաս: Բժիշկը ելակետային գնահատական է ստանում ըստ Դիսթրեսի սանդղակի սուբյեկտիվ միավորների (ԴՍՍՍ, Subjective Units of Distress Scale (SUDS)) սանդղակի՝ 0-ից (դիսթրես չկա) մինչև 10 («ավելի վատ հնարավոր չէ»): Բացի դրանից, բժիշկը նաև պարզում է նախընտրելի համոզմունքը կամ դրական կոգնիցիան (ԴԿ)՝ թիրախային հիշողությանը առնչվող ցանկալի ադապտիվ ինքնաներշնչման բանաձևը, ինչպես նաև Կոգնիցիաների հավաստիության (ԿՀ, Validity of Cognitions (VoC)) սանդղակի համաձայն ցանկալի ԴԿ ելակետային գնահատականը, ըստ որի «1» գնահատականը նշանակում է «ամբողջովին սխալ է», իսկ 7՝ «ամբողջովին ճիշտ է»: Բուժման ընթացքում ամեն թիրախային հիշողություն գնահատվում է ըստ հիշողության հիմնական բաղադրիչների (օրինակ՝ պատկեր, կոգնիցիա և նշանակություն, Էմոցիա և մարմնական զգացողություն): Այսպիսիով, հոգեթերապևտը յուրաքանչյուր դեպքում խնդրում է ներկայացնել տրավմատիկ իրադարձության հետ կապված տիպիկ պատկեր, թե ինչ է այդ իրադարձությունը նշանակում մարդու համար, և թե ինչպես են նրա Էմոցիաները արտացոլվում զգացմունքներում ու մարմնական զգացողություններում: Տրավմային առնչվող բոլոր հիշողությունների դետենզիբիլիզացիայից հետո նույն ձևով գնահատվում են նաև ակնկալվող ապագա խնդիրները:

Փուլ 4. Դետենսիբիլիզացիա

Դետենսիբիլիզացիայի փուլի նպատակն է մշակել չադապտացված պահպանված հիշողությունը և հեշտացնել դրա լրիվ ինտեգրացիան հիշողության

ադապտիվ ցանցերում: ԱՇԴՎ թերապիայի միջոցով մշակման նպատակով բժիշկը ստեղծում է «երկակի կենտրոնացված ուշադրության» վիճակ, երբ այցելուին հանձնարարվում է մտաբերել թիրախային հիշողությունը ու դրա տիպիկ բաղադրիչները (օրինակ՝ «մտաբերեք ավտովթարի մասին այդ հիշողությունը», բացասական կոգնիցիան, էմոցիան և ֆիզիկական զգացողությունը)՝ միևնույն ժամանակ հանձնարարելով այցելուին կատարել ԵԿԽ (օրինակ՝ աչքի շարժումների, թակոցների, ձայնային ազդանշանների) 24 ռիթմիկ հավաքածուներ: Մեծապես խորհուրդ է տրվում որպես ԵԿԽ հնարավորության դեպքում առաջին հերթին կիրառել աչքի շարժումներ (Shapiro, 2018), քանի որ 30-ից ավելի փորձարկումների ժամանակ գրգռվածության մեղմացման ու հիշողությունների պայծառության և/կամ բացասական ազդեցության թուլացման (տես Lee & Cuijpers, 2013), ճշմարիտ տեղեկատվության ըմբռնման, դրվագային հիշողության արտաբերման (169, 170) և ուշադրության ճկունության վրա աչքի շարժումների դրական արդյունք է արձանագրվել: ԵԿԽ-ի ընթացքում հոգեթերապևտը կարող է խրախուսել այցելուին՝ ասելով «Ուղղակի թույլ տուր, որ պատահի այն, ինչ պատահում է» և «Պարզապես նկատիր, թե ինչ է տեղի ունենում»: Հոգեթերապևտի խոսքային ներգործության ծավալը ԱՇԴՎ թերապիայի ընթացքում կախված է այցելուին անհրաժեշտ աջակցությունից (օրինակ՝ «Սա անցյալում է, պարզապես հաշվի առ դա»): ԵԿԽ-ի ամեն հավաքածուի ավարտին այցելուին հարցնում են՝ «Այժմ ինչ ես նկատում»: Եթե այցելուն հիշողության մշակման հարցում առաջընթաց է նկատում (օրինակ՝ «Այն անհետանում է», «Այն ուրիշ հիշողության է անցնում»), ապա հոգեթերապևտը պարզ հուշումներով հետագա ԵԿԽ-ն է սկսում, օրինակ «Պարզապես մնա դրա հետ»:

Ի տարբերություն էքսպոզիցիայի վրա հիմնված մոդելների, ԱՇԴՎ թերապիայի ընթացքում նոր բացասական հիշողություն նկարագրող այցելուն հիմնականում դիտարկում է թիրախային իրադարձության հետ փոխկապակցված ապրումների օրինակը, այլ ոչ տրավմայի մշակումից խուսափումը: Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ԱՇԴՎ թերապիայում հիշողությունից հեռանալու մասին վկայող պատասխանները՝ ի տարբերության կրկին վերապրելու պատասխանների, ԱՇԴՎ-ի միջոցով հիշողության մշակման արդյունավետության ցուցանիշ են: Բժիշկների համար կարևոր է վստահել տեղեկատվության մշակման բնածին ունակությանը և խուսափել մանրամասն հարցումներից ԵԿԽ հավաքածուների միջև ընկած ժամանակահատվածում: Գործնականում, ԱՇԴՎ թերապիայի միջոցով մշակումը այցելուի ինքնաբերական ասոցիացիաներին հետևելու գործընթաց է, որը ուղեկցվում է ԵԿԽ հավաքածուներով այնքան ժամանակ, քանի դեռ այցելուի հաշվետվությունները չեն դադարել փոփոխվել կամ դեսենսիբիլիզացիա տեղի չի ունեցել (այսինքն՝ ԴՍՄ-ի համաձայն գնահատականը 0-1 է): Եթե այցելուն չի կարողանում աչքի շարժումներ կիրառել ԵԿԽ-ի ժամանակ, ապա բժիշկը կարող է առաջարկել թակոցներ կամ ձայնային ազդանշաններ ու գնահատել դրանց արդյունավետությունը:

Եթե ԵԿԽ-ի երկու հավաքածուներից հետո կոգնիտիվ կամ սոմատիկ որևէ փոփոխության բացակայության պատճառով համարվում է, որ մշակումը «արգելափակված է», ապա հոգեթերապևտը կիրառում է տարբեր կարճատև միջամտություններ, օրինակ՝ աչքի շարժումների ուղղության փոփոխություն (անկյունագծայինի փոխարեն ուղղաձիգ), ԵԿԽ-ի արագության փոփոխություն

(ավելի արագ՝ դանդաղի փոխարեն), կամ ուշադրությունը ուղղում է դեպի տրավմատիկ ապրումի որոշակի դրսևորում (օրինակ՝ «Ուշադրություն դարձրեք ծնոտի լարվածության վրա»)՝ ինչին անմիջապես հետևում է ԵԿԽ հավաքածուի կիրառումը (Shapiro, 2018): Երբեմն, երբ այցելուն «լռվում է» (այսինքն, ԴՍՍՄ համաձայն կամ կոգնիտիվ փոփոխություն չի արձանագրվում ԵԿԽ-ի երկու կամ ավելի հաջորդական հավաքածուներից հետո, նույնիսկ վերոնշյալ ճշգրտումներով), ապա հոգեթերապևտը կարող է «կոգնիտիվ միահյուսում» ներմուծել, որը կարճ պնդում կամ հարց է, որի նպատակը նոր ադապտիվ հեռանկար, միտք, գործողություն կամ պատկեր բացահայտելն է (օրինակ՝ «Ով էր պատասխանատու պատահածի համար»): Բժիշկը հանձնարարում է այցելուին ուշադրություն դարձնել, թե ինչ է պատահում դրանից հետո (պատկերների, մտքերի, զգացմունքների ու մարմնական զգացողությունների առումով), երբ նա կենտրոնանում է «միահյուսման» ժամանակ իր պատասխանի վրա, և հոգեթերապևտը ԵԿԽ-ի նոր հավաքածու է սկսում գործադրել: Ստանդարտ ԱԾԴՎ թերապիայի պրոտոկոլից տարբեր «կոգնիտիվ միահյուսումների» կամ այլ լրացումների կիրառումը պետք է նվազագույնը լինի: Նման միջամտությունները համարվում են հիշողության մշակման խաթարում հոգեթերապևտի կողմից այնպիսի խնդիրների լուծումները ուղղորդելու պատճառով, որոնք հակառակ դեպքում հասանելի կլինեին, եթե հնարավորություն տրվեր, որ ի հայտ գար այցելուի սեփական՝ բնորոշ, բնածին ադապտիվ մշակումը:

Մշակումը ընդհանուր առմամբ հանգեցնում է հիշողության աֆեկտիվ, կոգնիտիվ և սոմատիկ բաղադրիչների միաժամանակյա տեղաշարժի, ինչպես նաև հիշողության այլընտրանքային, բայց փոխկապակցված ցանցերի տեղաշարժի: Այս փուլում կլինիկական արդյունքը չափվում է թիրախային հիշողության ԴՍՍՄ գնահատականների կիրառմամբ: Սովորաբար, ԴՍՍՄ գնահատականների նվազմանը զուգահեռ այցելուի հաշվետվություններում ավելի դրական կամ ադապտիվ տեղեկատվությունը ինքնաբերաբար ավելանում է: Երբ թիրախային հիշողության հետ կապված ԴՍՍՄ գնահատականը հասնում է 0 կամ 1, դեսենսիբիլիզացիայի փուլը ավարտվում է: Սովորաբար, մշակման ընթացքում ակտիվանում են այլ փոխկապակցված հիշողություններ, որոնք կարող են նույն չափով դեսենսիբիլիզացվել: Սակայն դա միշտ չէ, որ պատահում է: Ավելի պարզ դեպքերում բժիշկը դեսենսիբիլիզացիայից հետո անցնում է ինստալացիայի փուլին: Բազմակի տրավմաներով այցելուների դեպքում բժիշկը դրա փոխարեն վերագնահատում է այլ հիշողությունների հետ կապված դիսթերսի աստիճանը, և եթե դրանք չեն դեսենսիբիլիզացվել, մինչև ինտեգրացիային անցնելը զբաղվում է դրանցով:

Փուլ 5. Ամրագրում

Եթե դեսենսիբիլիզացիան ավարտված է համարվում, թիրախային հիշողությանը առնչվող ադապտիվ ԴԿ-ն զուգակցվում է ԵԿԽ-ի հավաքածուների հետ՝ մինչև Կոգնիցիանների հավաստիության (ԿՀ) սանդղակի 6-7 արժեքներին հասնելը: Այս փուլում լրացուցիչ մշակման նպատակը մնացորդային խանգարումների վերացումն է, ներկայում գոյություն ունեցող դրական հիշողության ցանցերի հետ կապի ուժեղացումը և արդյունքների ընդհանրացման

հեշտացումը: Հարկ է նշել, որ ԴՍՍՄ ու ԿՀ թիրախային արժեքները ուղենիշներ են, և որ բացի դրանից օգտագործվում են առաջընթացի այլ կլինիկական ցուցանիշներ, ինչպիսին է ճիշտ ընկալումների (ինսայթների) բացահայտումը (օրինակ՝ տրավմատիկ իրադարձությունը ավարտված է, նրանք փրկվել են, նրանք կարող են իրենց ապահով, պաշտպանված համարել և կառավարել իրենց ապագան) (Shapiro, 2018):

Փուլ 6. Մարմնական սկանավորում

Այցելուն կենտրոնանում է թիրախային հիշողության վրա և բացասական ֆիզիկական զգայություններ է փնտրում, որոնք, առկա լինելու դեպքում, մշակվում են ԵԿԻ հավաքածուների օգնությամբ՝ միջև դրանց վերանալը: Սա թույլ է տալիս լրիվ չմշակված տրավմատիկ հիշողության դրսևորումների ստուգում իրականացնել:

Փուլ 7. Ավարտ

Եթե մշակումը ավարտում չէ, անհրաժեշտության դեպքում այցելուին կայունացնելու համար հոգեթերապևտը կարող է ռելաքսացիոն տեխնիկաներ կիրառել (օրինակ՝ ապահով/հանգիստ տեղ): Եթե մշակումը ավարտում է համարվում, կարող է տեղի ունենալ ավելի ընդգրկուն թերապևտիկ քննարկում, օրինակ՝ մշակման ընթացքում ծագած ճիշտ ընկալումների և ընթացիկ ախտանշանների վրա մշակման ազդեցության քննարկում, մասնավորապես խուսափման ու կաշուն բնույթ ունեցող ախտանշանների: Այցելուին սովորեցնում են, թե ինչ պետք է ակնկալել դեսենսիբիլիզացիայից հետո ու խնդրում են “TICES” մատյանում համառոտ նկարագրել սեսիաների միջև ընկած ժամանակահատվածում ի հայտ եկած որևէ անհանգստություն: Այս մատյանում սյունակներ են նախատեսված տրիգերի, պատկերի, կոգնիցիայի, էմոցիայի և ֆիզիկական զգացողության/ԴՍՍՄ համար (Shapiro, 2018): Նրան նաև հանձնարարվում է կիրառել ինքնահանգստացման պրոցեդուրաներ, որոնք նա սովորել է 2-րդ Փուլի ժամանակ:

Փուլ 8. Վերագնահատում

Մի քանի փուլ կարել է ավարտել մեկ սեսիայի ընթացքում: Սակայն, հաջորդ սեսիայի սկզբում բժիշկը վերագնահատում է թիրախային հիշողությունը և TICES մատյանը: Եթե անցյալի հիշողությունները պատշաճ մշակվել են, բժիշկը կարող է անցնել ներկա տրիգերներին, հետո ապագա մոդելներին: Ներկա տրիգերները սովորաբար վերջերս տեղի ունեցած իրադարձություններ են, որոնք վերջին սեսիայից հետո խթանել են դիսթրեսը: Եթե նման իրադարձություն տեղի է ունեցել, այցելուին խնդրում են կենտրոնանալ այդ վերջերս տեղի ունեցած դեպքի վրա (օրինակ՝ «Ես մի մարդ տեսա կարմիր մարզական հագուստով, որը նման էր ինձ վրա հարձակված մարդու հագածին») ու փոխկապակցված բացասական կոգնիցիայի ու զգացմունքների վրա: Դրանից հետո հոգեթերապևտը այցելուի հետ մշակում է իրականացնում 4-7 փուլերի օգնությամբ: Ապագա մոդելի ձևավորման ժամանակ այցելուն երևակայում է ապագա այնպիսի իրադարձություններ, որոնք կարող են դիսթրես առաջացնել, պատկերացնում է փոխկապակցված գրգռվածության մեղմացումը, փորձարկում է ավելի ադապտիվ վարքագծեր ու առնչվող գաղափարներ: Կլինիկապես ցուցված լինելու դեպքում, ավելի երկար

Ժամանահատվածի ընթացքում ախտանշանի փոփոխության կայունությունը որոշելու նպատակով լրացուցիչ վերագնահատման համար կարող են նշանակվել սահուն ժամանակացույցով սեսիաներ: ԱՇԴՎ թերապիայի ստանդարտ պրոտոկոլը ավարտելու համար բժիշկը պետք է ավարտի երեք բաղադրիչներից կազմված պրոտոկոլը, որը ընդգրկում է անցյալի անբարենպաստ իրադարձությունների մասին հիշողությունների վերամշակում, ներկայի տրիգերների մշակում և «ապագա մոդելների» ներկառուցում

Իրականացման գործնական հանձնարարականներ

ԱՇԴՎ թերապիայի արդյունավետության ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ մեկ տրամվայի հետևանքով առաջացած ՅՏՍԽ-ի համապարփակ բուժման համար օպտիմալ է մոտ 4,5 ժամ ընդհանուր տևողությամբ 60-90 րոպեանոց սեսիաների անցկացումը (172,173,174): Մի քանի տրամվայների հետևանքով առաջացած ՅՏՍԽ-ն կարող է ավելի երկար բուժում պահանջել: Օրինակ՝ ռազմական գործողությունների վետերանների (175) և մանկական փորձի պատճառով ՅՏՍԽ-ով տառապող մեծահասակների համար (176) 12 90-րոպեանոց սեսիաներ կարող են պահանջվել: Ինչպես նշված է Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության գործնական ուղեցույցում (2018թ.), ԱՇԴՎ-ն չի ընդգրկում «(ա) տրավմատիկ իրադարձության(ների) մանրամասն նկարագրություն, (բ) համոզմունքների ուղիղ վիճարկում, (գ) երկարատև էքսպոզիցիա կամ (դ) տնային աշխատանք»:

Ստանդարտ ԱՇԴՎ թերապիայի պրոտոկոլը օպտիմալ է, երբ անխոչընդոտ մշակում է կատարվում: Սակայն, երբ մշակումը առաջ չի գնում, ինչպես կարող է պատահել չափազանց մեծ ամոթի, ողջ մնացածի մեղքի զգացումի կամ բարոյական վնասի դեպքում, կարելի է կիրառել կոգնիտիվ «միահյուսումներ»՝ այցելուին հանձնարարելով մտորել բաց թողնված ադապտիվ տեղեկատվության մասին (օրինակ՝ «Ինչ կմտածեիք, եթե դա պատահեր ձեր որդու հետ» կամ «Դուք արել եք այն, ինչ ձեզ սովորեցրել են անել») և համատեղելով դա ԵԿԽ-ի հետ («Պարզապես մտածեք դրա մասին ու հետևեք իմ ձեռքերին»): Մշակման թիրախներ են նաև հիշողության հետահայաց դրվագները և մղձավանջները, որոնք սովորաբար արագ մեղմանում են՝ հաճախ բացահայտելով ու հանգուցալուծելով հիմքում ընկած պատճառը:

Հատուկ խմբեր

Կոմպլեքս տրավմատիկ իրադարձություններ

Մանկական տարիքում ծանր, քրոնիկ անբարենպաստ իրադարձությունների ենթարկված անձանց դեպքում բժիշկները պետք է համոզվեն, որ այցելուները բավականաչափ ունակ են հասնել անցյալի տրավմատիկ հիշողություններին՝ ներկայում կայուն մնալով: Այդ պատճառով համարվում է, որ այցելուի կողմից տրավմատիկ հիշողությունները մտաբերելու հետ կապված էմոցիոնալ դիսթրեսիոն անվտանգ դիմակայելը ապահովելու համար շատ լավ կլինի երկարաձգել նախապատրաստական փուլը: Դա կարող է ուղեկցվել կայունացման միջամտություններով, ինչպիսին է ռեսուրսների զարգացումը ու ամրակայումը (ՌԶԱ; 177), որը մեծացնում է այցելուի համար դրական էմոցիոնալ վիճակներին (օրինակ՝ վստահության) հասնելու հավանականությունը: Բազմակի,

կոմպլեքս տրավմայի անամնեզ ունեցողների համար ԱՇԴՎ թերապիայի պրոտոկոլը, որի ժամանակ այցելուն ներգրավվում է հիշողության մշակման չսահմանափակված գործընթացի մեջ, կարող է սահմանափակվել նախապես մշակված ԱՇԴ-ով (Shapiro, 1989), որի դեպքում ներկա խանգարումների կամ տրիգերների վրա կենտրոնանալու միջոցով այցելուի ասոցիացիաները նվազագույնի են հասցվում: Այս եղանակով հիշողության մշակումը զսպելով, հոգեթերապևտը այցելուի հետ պլանավորում է կենտրոնանալ հիշողության որոշակի թիրախի վրա և սահմանափակել ասոցիացված մշակումը: Բավարար նախապատրաստությունից հետո (այսինքն, երբ այցելուն ունակ է մնալ ներկայում առանց դիսոցիացիայի կամ նշանակալի դիսթրես ապրելու) ԱՇԴՎ-ն պետք է ընդգրկի կյանքի անբարենպաստ ապրումների ամբողջ շարքը, այդ թվում մանկական տարիքի իրադարձությունները: Մշակման ընթացքում բժշկին խորհուրդ է տրվում (1) ԵԿԽ-ի ժամանակ ուշադրության կենտրոնում պահել այցելուի սոմատիկ և խոսքային արձագանքները, (2) հաճախ գնահատել գերգրգռվածության կամ թերգրգռվածության առկայությունը, հատկապես դիսոցիացիան և (3) պատրաստ լինել կիրառել ԱՇԴՎ ռազմավարություններ, ինչպիսին է մշակման արգելափակման դեպքում կոգնիտիվ «միահիյուսումը», միաժամանակ (4) մշտապես կրկին հավաստիացնելով այցելուին, որ «դա հին բան է, դուք վերահսկում եք դա և ես այստեղ եմ՝ ձեզ հետ»: Ընթացիկ փորձարկումը հետազոտում է, թե արդյոք ԱՇԴՎ թերապիան առանց կայունացման իրոք կարող է օգտագակար լինել նման տրավմատիկ փորձ ունեցող այցելուների համար: Այնուամենայնիվ, բուժմանը բավականաչափ ժամանակ տրամադրող բազմաթիվ, խիստ պայմաններով ՌՎՀ-ներ են պետք այս խնդրի պատշաճ լուծումը ստանալու համար:

ԱՇԴՎ թերապիայի մեկ այլ կլինիկական առանձնահատկություն է տրավմատիկ նյութը առանց մանրամասն տեղեկատվության անհրաժեշտության մշակելու հնարավորությունը: Բժիշկը կարող է կենտրոնանալ տրավմատիկ ապրումների էմոցիոնալ, կոգնիտիվ և սոմատիկ (օրինակ՝ ցավի) դրսևորումների վրա՝ իրադարձության ընկալման սուբյեկտիվ մանրամասների նվազագույն մտաբերմամբ: Որոշ այցելուների համար դա առավելություն է, քանի որ նրանք կարող են մշակել տրավման առանց իրադարձության մանրամասները բացահայտելու անհրաժեշտության:

Երեխաներ

ԱՇԴՎ թերապիան կիրառվել է 1 տարեկանից սկսած, նաև սահմանափակ կոգնիտիվ ունակություններով կամ զարգացման հապաղումով երեխաների նկատմամբ, որոնց համար երկարատև էքսպոզիցիան կարող է ճնշող լինել, երեխաների նկատմամբ, որոնք ապրում են դժվար, քաոսիկ պայմաններով ընտանիքներում և չեն կարող թերապևտիկ տնային աշխատանք կատարել: Երեխաների նկատմամբ ԱՇԴՎ թերապիա կիրառելու հակացուցումներից են իրավիճակները, երբ նրանց նկատմամբ ակտիվորեն բռնություն է կիրառվում կամ նրանց անվտանգությունը անընդհատ սպառնալիքի է ենթարկվում: Կիրառվում են բոլոր ութ փուլերը և երեք մասից բաղկացած պրոտոկոլը: Սակայն, նշանակալի տարբերություններ են ներդրվում փոքր երեխաների ուշադրությունը պահելու

համար, օրինակ՝ հոգեթերապևտը ամեն ձեռքում ձեռնոցային տիկնիկներ է պահում և աչքերի երկկողմանի շարժումները հեշտացնելու համար երեխայի ուշադրությունը կենտրոնացնում է դրանց վրա (178): ԱՇԴՎ թերապիայի պրոտոկոլի հարմարեցումը ընդգրկում է զարգացման մակարդակին համապատասխան լեզվի օգտագործում բուժման բոլոր փուլերի ընթացքում: Օրինակ, անամնեզ հավաքելիս այցելուին օգնում են պատմել իր պատմությունը և պարզում են թիրախային հիշողությունները զարգացման մակարդակին համապատասխանող մեթոդներով (օրինակ՝ քարտեզներ, ժամանակացույցեր, պատմվածքների գրքույկներ): Կիրառվում են նաև երեխաների համար ադապտացված Կոգնիցիաների հավաստիության (ԿՀ) և Դիսթրեսի սանդղակի սուբլետիվ միավորների (ԴՍՍՄ) սանդղակները (օրինակ՝ նկարագարո): Մշակման ընթացքում ուշադրությունը պահելու նպատակով կիրառվում են տարբեր ԵԿԽ (օրինակ՝ թակոցներ, թմբուկի հարվածներ): Կոմպլեքս տրամվայի դրսևորումներով ու մտերմության խնդիրներ ունեցող երեխաների համար ԱՇԴՎ թերապիան արդյունավետ է պրոտոկոլի համապատասխան ձևափոխությունների դեպքում (179, 180):

Երբ ԱՇԴՎ թերապիան օգտագործվում է ստեղծագործական, ճկուն և խաղային եղանակով, նույնիսկ բազմակի տրավմաների ու կոմպլեքս տրավմայի դրսևորումներով երեխաները կարողանում են ամբողջովին ներգրավվել մշակման սեսիաներում: Օրինակ, ԱՇԴՎ բժիշկը ճշգրտում է հաղորդակցության ձևը ու լեզուն այնպես, որ համապատասխանի երեխայի զարգացման մակարդակին: Բժիշկը կարող է փոփոխել ԵԿԽ մեթոդները և խաղի վերածել դրանք այնպես, որ երեխան ներգրավված լինի թերապիայում: Երեխայի համար կարող են ավելի կարճ հավաքածուներ ու ավելի շատ ընդմիջումներ պահանջվել: Գնահատման փուլերում երեխաներին կարելի է խրախուսում արտահայտել իրենց խաղի ու ստեղծագործելու միջոցով: Ծնողների ներգրավումը կարող է ծայրահեղ օգտակար լինել երեխայի պատմությունը հասկանալու համար, ծնողները կարող են օգնել էմոցիոնալ աջակցություն տրամադրելու հարցում, որը անհրաժեշտ է դեսենսիբիլիզացիայի փուլերում: Ընտանեկան թերապիայի ընդգրկումը կարող է ընդհատել տան բացասական դինամիկան և երեխայի վերականգնման համար ավելի դրական ու սատարող մթնոլորտ ստեղծել:

Ուղղմական գործողությունների վետերաններ

Թեպետ ԱՇԴՎ հետազոտությունները ցույց են տվել, որ այն օգտակար է եղել տարբեր ուղղմական կլինիկական ու օպերատիվ պայմաններում (181, 182), բժիշկը պետք է ճկունություն դրսևորի այցելուի խնդիրներին ուղղված թերապիայի նպատակների հարցում: Թերապիայի կենտրոնացման հնարավոր կետեր են տրավմատիկ վիշտը, բարոյական վնասը, հետտրավմատիկ զայրույթը, ողջ մնացածի մեղքը, բժշկական տեսակետից անբացատրելի ֆիզիկական ախտանշանները, վերջույթների ֆանտոմ ցավը (ՎՖՑ) և ուղղմական սեռական տրավմայից բխող դավաճանված լինելու զգացումը (183): Բարոյական տրավման մի դրույթ է, որով նկարագրվում են կյանքի ծայրահեղ ու անմախադեպ փորձը, ներառյալ դրան ենթարկվելու հետագա կորստաբեր հետևանքները: Իրադարձությունները համարվում են բարոյապես վնասաբեր, եթե դրանք խաթարում են խորը արմատավորված բարոյական համոզմունքները և սպասումները (184):

Յուրաքանչյուր դեպքում այցելուի սեփական հաշվետվությունները զայրույթի, դավաճանված լինելու զգացումի, մեղքի, ամոթի, վշտի, սոմատիկ ախտանշանների մասին ուղեկցվում է ԵԿԽ-ով՝ փոխկապակցված կոգնիցիաների, հիշողությունների, էմոցիաների ու ֆիզիկական զգայությունների հետ միասին: Եթե մշակումը առաջ չի գնում, հոգեթերապևտի կողմից կոգնիտիվ «միահյուսումների» նման կարճ միջամտություններ են ներմուծվում:

Հնարավոր է, որ դժվար խնդիրներ ծագեն ռազմական գործողությունների այն մասնակիցների հետ, որոնց մոտ մշակման համար խոչընդոտ կարող են լինել խորանիստ վախերը, որ բուժիչ դրական փոփոխությունները կզրկեն նրանց իրենց զոհված ընկերներին հիշելու կարողությունից, կամ որովհետև նրանք համարում են, որ իրենց տառապանքը արդար պատիժ է իրենց կարծեցյալ կամ փաստացի բարոյական հանցանքի համար (օրինակ՝ չարագործությանը մասնակցելու): Որոշ դեպքերում վետերանները կարող են ուղղակիորեն հայտարարել փոփոխությանն առնչվող իրենց հակասական զգացմունքների մասին: Ուրիշների դեպքում հնարավոր է, որ հոգեթերապևտին պետք լինի հետազոտել խորքային համոզմունքները, որոնք խոչընդոտում են մշակմանը կամ ներմուծել կոգնիտիվ «միահյուսումներ» (օրինակ՝ «Իսկ ինչ կասեր քո ընկերը»):

Բացահայտելուն պես, այցելուի արտահայտած վախերը կամ անհանգստությունները ու փոխկապակցված ասոցիացիաները մշակվում են ԵԿԽ-ի միջոցով:

Ռազմական տրավմայի վրա կենտրոնացած համապարփակ բուժումը հաճախ դուրս է գալիս ՀՏՍԽ ախտորոշման շրջանակներից՝ ընդգրկելով ֆիզիկական ախտանշաններ, ինչպիսիք են քրոնիկ ցավը և ՎՖՑ-ն որոնք ընդհանուր առմամբ դիտարկվել են որպես անբուժելի վիճակներ: Սակայն, ԱՇԴՎ թերապիայի շրջանակներում համարվում է, որ ցավի պատճառը տրավմայի մասին չմշակված հիշողություններ են, որոնք, ինչպես նշվում է տեղեկատվության ադապտիվ մշակման (SIU, adaptive information processing (AIP)) մոդելում, պարունակում են իրադարձության ժամանակ դրսևորված սոմատիկ զգացողություններ ու էմոցիաներ: Անցած տասնամյակի ընթացքում զեկուցվել է հիմնական հիշողությունների մշակումից հետո ՎՖՑ հաջող բուժման մասին (օրինակ՝ 185,186): Վերջերս մի ՌՎՀ արդյունքում (187) պարզվել է, որ անհանգստացնող հիշողությունների մշակման միջոցով ԱՇԴՎ թերապիան նշանակալիորեն մեղմացնում է ՎՖՑ-ն և փախկապակցված հոգեբանական ախտանշանները: Բոլոր մասնակիցները հայտնել են ցավի մեղմացման մասին, իսկ 47%-ը հայտարարել է ցավից ազատվելու մասին: Բուժման արդյունքները երկու տարվա վերահսկողության ընթացքում պահպանվել են:

Աղետներ վերապրողներ

ԱՇԴՎ թերապիան ճանաչվել է միջազգային հանրության կողմից որպես առաջնահերթ հանձնարարվող բուժում աղետների հետ կապված ՀՏՍԽ-ի համար (օրինակ՝ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն, 2018թ.): Վերջին ժամանակներում մի շարք պրոտոկոլներ են մշակվել իրադարձության ժամանակ, դրանից հետո 2-3 ամսվա ընթացքում և 6 ամսվա ընթացքում օգնելու համար՝ նույնիսկ շարունակաբար տրավմայի ենթարկվելու ընթացքում (տես Shapiro, 2018): Ռանդոմիզացված փորձարկումները ցույց են տվել, որ այն

արդյունավետ է բնական և տեխնոլոգիական աղետներից հետո մեծահասակների (188) և երեխաների (189, 190) համար:

Աղետներին հետևող ժամանակահատվածում ԱՇԴՎ սեսիաները անց են կացվում ամեն օր կամ շաբաթը երկու անգամ (188, 191): Բացի դրանից, լայնածավալ աղետներից հետո, երբ կլինիկական ռեսուրսները կարող են սահմանափակ լինել՝ տրավմատիկ ապրումների մասին հիշողությունները մշակելու և ԱՇԴՎ լրացուցիչ անհատական թերապիայի կարիք ունեցողներին պարզելու համար, կարող է կիրառվել ԱՇԴՎ թերապիայի համատեղ խմբային պրոտոկոլը (192):

ԱՇԴՎ Թերապիայի կիրառման սահմանափակումներ

Ցնցումային խանգարումներ, գլխուղեղի վնասվածք կամ բարդացած հղիություն ունեցող այցելուների համար ԱՇԴՎ թերապիան ցուցված չէ: Բացի դրանից, քանի որ ոչ մի երկու այցելու ԱՇԴՎ թերապիային նույն ձևով չի արձագանքում, ընկալման մանրամասների, կոգնիցիաների, տրավմատիկ փորձին ֆիզիոլոգիական և էմոցիոնալ արձագանքների փոփոխությունները սովորական բան են (137): Այդ պատճառով դատական գործերի կապակցությամբ բժիշկը պետք է զգուշությամբ կիրառի ԱՇԴՎ թերապիան՝ փաստաբանի հետ նախապես խորհրդակցելով, եթե վկաների չփոփոխված, վառ հիշողությունները էական են: Հարկ է նաև նշել, որ տրավմա վերապրածները կարող են դեմ լինել ավելի վաղ տրավմատիկ կամ անբարենպաստ իրադարձություններ հիշելու հնարավորությանը, ինչի կապակցությամբ պետք է տեղեկացված համաձայնություն ստանալ այն մասին, որ ԱՇԴՎ թերապիայի ազդեցությունը կարող է դուրս գալ ներկա միջադեպի սահմաններից (137): Սակայն, ԱՇԴՎ թերապիայի կիրառման մեկ այլ էական խնդիրը հոգեթերապևտի ոլորտում է: Մասնավորապես, հոգեթերապևտի կողմից ստուգման, վերափմաստավորման և մեկնաբանության մեծ բաժին ընդգրկող հոգեթերապիաների հիմնական տեսակների կիրառման փորձ ունեցող բժիշկներին կարող է դժվար լինել պատշաճ կիրառել ԱՇԴՎ թերապիան: Մյուս կողմից, հոգեթերապևտի հետ ընդարձակ երկխոսություն ակնկալող հոգեթերապիային դիմող այցելուները և/կամ նրանք, ովքեր ցանկանում են մանրամասն քննարկել իրենց տրավմատիկ հիշողությունները ու մշակել դրանք, կարող են դժգոհ լինել ԱՇԴՎ թերապիա անցկացնող բժշկի անընդհատ կրկնվող «Պարզապես մտածեք դրա մասին... և հետևեք իմ ձեռքին» կամ ԵԿԽ-ի ժամանակ օգտագործվող այլ նախադասությունից: Հոգեթերապևտը պետք է գիտակցի այս հնարավորությունը և կարողանա համապատասխանաբար հարմարվել: ԱՇԴՎ-ի անսովոր պրոցեդուրայի պատճառով (աչքի շարժումներ կամ այլ ԵԿԽ) դրա կիրառման համար լրացուցիչ խնդիրներ են առաջանում այցելուի ներգրավումը ապահովելու հարցում: Կարճ ասած, ԱՇԴՎ թերապիան համադարման չէ և ամեն այցելուին և/կամ հոգեթերապևտին հարմար չէ:

Տրավմայի ավելի բարդ դրսևորումների բուժմանը առնչվող խնդիր է նաև այն, որ տրավմատիկ հիշողությունների դեսենսիբիլիզացիայից հետո անձը կարող է իրոք այլևս ՀՏՍԽ ախտանշաններ չունենալ, բայց միջանձնային հարաբերություններում խանգարումները պահպանվեն: Միայն ԱՇԴՎ թերապիան

չի կարող վերացնել հմտությունների պակասը, որը առաջացել է անձի ֆունկցիաների վրա տրավմայի կամ տրավմայի ակտիվացման պատճառով: ՀՀՍԽ-ի ախտանշանների վերանախու պես, առաջընթացին նպաստող ավելի լավ գործիքակազմ տրամադրելու նպատակով այս մարդկանց թերապիան պետք է կենտրոնանա հմտություններ տրամադրելու ու վարքագծեր սովորեցնելու վրա:

Եվ վերջապես, անձնային տարբերությունները կարող են ազդել ԱՇԴՎ թերապիայի ստացման ձևերի վրա: Բուժումը պահանջում է, որ այցելուն կենտրոնանա միայն նրա վրա, թե ինչ է տեղի ունենում՝ առանց դատողություններ անելու իր ապրումների մասին: Սակայն, դա կարող է ծանր լինել նոր փորձը դժվար ընկալող այցելուների համար, և հետազոտությունները ցույց են տվել, որ դա նվազեցնում է նաև տրավմայի այլ բուժումների արդյունավետությունը (193):

Ապագա զարգացումներ

Մանրագին հետազոտություններ են պետք ԱՇԴՎ թերապիայի կարևորագույն պրոցեսները հասկանալու և ստանդարտ պրոտոկոլի ադապտացիաները փորձարկելու, ինչպես նաև պարզելու համար, թե ինչպես կարող է ԱՇԴՎ թերապիան տարածվել հատուկ խմբերի վրա: Հետաքրքիր հարց է սեսիաների հաճախությունը: Արդյոք ավելի լավ է ԱՇԴՎ թերապիան անց կացնել ամենօրյա ռեժիմով, թե շաբաթը երկու անգամ կամ երկու շաբաթը մեկ: Բացի դրանից, նախնական արդյունքները հուշում են, որ ԱՇԴՎ թերապիան կարող է անցկացվել խմբային ձևաչափով այն մարդկանց համար, որոնք սուր տրավմայի են ենթարկվել, բայց արդյոք բուժման այդ պրոտոկոլները կապացուցվեն այլ հետազոտություններում: Որքանով է մշակութային միջավայրը ազդում բուժման արդյունավետության վրա: Մշակույթը կարող է ազդել տրավմայի վրա կենտրոնացած բուժման ընկալման վրա և տրավման կարող է ազդել մշակույթի վրա: Էթնոքաղաքական բռնությունից տառապող մարդկանց միմյանց հետ հաշտվելու ունակությունը հաճախ խաթարվում է չմշակված տրավմատիկ հիշողությունների պատճառով: Դրա պատճառներից մեկը այն է, որ գոյություն ունի ուշադրության բացասական տեղաշարժ, որը կարող է դրսևորվել ՀՀՍԽ ունեցող անձանց մոտ (194) և ճնշել սպառնացող ազդանշաններից պոկվելու նրանց կարողությունը:

Դա կարող է ճնշել պատմականորեն թշնամացած մարդկանց (որոնց միայն տեսքը անհաղթահարելի դիմադրություն է առաջացնում) համաձայնության գալու ունակությունը: Բարեբախտաբար, նախնական հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ուշադրությունը խաթարող տեղաշարժերը կարող են մեղմացվել ԱՇԴՎ թերապիայի օգնությամբ (195): Ավելի շատ ուսումնասիրություններ են պետք այս դիտարկումը հաստատելու համար՝ հատկապես ուսումնասիրություններ, որոնք կկենտրոնանան միջնորդությանն ու հաշտությանը նպաստող ուղիների վրա:

Հաշվի առնելով կոմպլեքս ՀՀՍԽ-ի ընդգրկումը Հիվանդությունների Միջազգային Դասակարգման 11-րդ խմբագրության մեջ (ՀՄԴ-11, Առողջապահության Միջազգային Կազմակերպություն, 2018), անհրաժեշտ են բնակչության այս խմբերի համար ԱՇԴՎ-ի գործունե ու արդյունավետ լինելը հետազոտող ՌԿՀ-ներ: Կոմպլեքս ՀՀՍԽ ունեցող խմբերում տրավմատիկ

հիշողության արդյունավետ մշակման համար պահանջվող կայունացման օպտիմալ մակարդակը և հիշողության մշակումից առաջ առավել արդյունավետորեն կայունության հասնելու եղանակը հասկանալու, ինչպես նաև մշակման սեսիաների միջև այն արդյունավետորեն պահպանելու համար անհրաժեշտ են մշտական հետազոտություններ: Լրացուցիչ ջանքեր են պետք նաև կոմպլեքս ՅՏՍԽ-ով մարդկանց մոտ դիտվող բուժման տանելիությունը ու բուժումը կիսատ թողնելու ցուցանիշները գնահատելու համար (176): Կան նաև այլ էմպիրիկ հետազոտություններ, որոնք դեռ պետք է ձեռնարկվեն ԱՇԴՎ թերապիայի առնչությամբ, այդ թվում ԵԿԽ-ի մի քանի տեսակների միաժամանակ կիրառման զուգակցված արդյունքները և միաժամանակ դրսևորվող վիճակների (ինչպիսին են բարոյական տրավման, բարդացված վիշտը, հոգեմետ նյութերի չարաշահումը և ցավային խանգարումները) համար ԱՇԴՎ թերապիայի արդյունավետությունը:

Ամփոփելով ասենք, որ ԱՇԴՎ թերապիան ներդրվել է երեք տասնամյակ առաջ (136): Կուտակված գրականությունը ապացուցում է, որ ԱՇԴՎ թերապիան տարբեր միջավայրերում ու մշակույթներում արդյունավետ է ՅՏՍԽ ու տարբեր տիպի տրավմաներից առաջացող վիճակների համար: Խրախուսիչ է, որ ապացույցները հիմնավորում են դրա կիրառումը մեծահասակների ու երեխաների մոտ միջանձնային ու պարզ տրավմաների, քրոնիկ ու նոր առաջացած տրավմատիկ իրադարձությունների դեպքում: Դրա հիմքում ընկած մեխանիզմների ու սահմանափակումների հետագա բացատրությունը լրացուցիչ հետազոտություններ է պահանջում: ԱՇԴՎ թերապիայի մեխանիզմների հետազոտությունը այսօր մարտահրավեր է նետում ՅՏՍԽ-ի գոյություն ունեցող ժամանակակից տեսություններին և հարստացնում է ՅՏՍԽ-ի զարգացման ու բուժման մասին մեր գիտելիքները: Այնուամենայնիվ, կոմպլեքս ՅՏՍԽ և ուղեկցող դրսևորումներ ունեցող անձանց համար լավագույն պրակտիկայի հարցում դեռ շատ բան կա սովորելու:

Երկարատև Էքսպոզիցիա (ԵԷ)

ԵԷ-ն բաղկացած է մի քանի հիմնական բաղադրիչներից՝ հոգեկրթություն, in vivo Էքսպոզիցիա, երևակայական Էքսպոզիցիա և հետԷքսպոզիցիոն մշակում: Տրավմայի, ՅՏՍԽ-ի ու վերականգնման մասին հոգեկրթությունը հիմնարար գիտելիքներ է տալիս, որոնք օգնում են բուժառուին հասկանալ թերապիան և հնարավորինս լիարժեք մասնակցել բուժական գործողություններին: Թեմաները վերաբերում են տրավմայի ընդհանուր ռեակցիաներին, տրամվայից հետո ախտանշանների զարգացմանը ու ժամանակի ընթացքում պահպանմանը և նրան, թե ինչպես է ԵԷ-ն մեղմացնում ՅՏՍԽ-ի ախտանշանները:

In vivo Էքսպոզիցիայի թիրախներն են բուժառուի կողմից այնպիսի իրավիճակներից, գործունեությունից, առարկաներից կամ մարդկանցից խուսափումը, որոնք օբյեկտիվորեն ցածր ռիսկ են պարունակում, բայց որոնցից նա խուսափում է, որովհետև դրանք տրավմայի հետ կապված հիշողություններ ու դիսթրեսային զգացմունքներ են առաջացնում (օրինակ՝ վախ, ամոթ, մեղք): In vivo վարժանքները համատեղ սահմանվում են բժշկի ու բուժառուի կողմից և կատարվում են որպես տնային աշխատանք՝ սկսելով չափավոր դժվարություն ներկայացնող հանձնարարությունից (որոշակի, բայց բուժառուի կարծիքով հաղթահարելի, դիսթրես առաջացնող): Հանձնարարությունները աստիճանաբար

դժվարանում են հաջորդ սեսիաների ընթացքում՝ բուժառուի կողմից հմտությունների զարգացմանը և բուժման ու դիսթրեսը կառավարելու իր ունակության հանդեպ վստահությունն ձեռք բերելուն զուգընթաց: In vivo էքսպոզիցիան մեղմացնում է տրիգերների հետ փոխկապակցված ուժեղ էմոցիան և հնարավորություն է տալիս ներդնել ու մշակել ապահովության ու տանելիության մասին տեղեկատվությունը, ինչը՝ իր հերթին, հանգեցնում է ֆունկցիաների իրականացման բարելավմանը:

Երևակայական էքսպոզիցիան արգելափակում է կոգնիտիվ խուսափումը և հեշտացնում է տրավմատիկ հիշողությունների մշակումը: Երևակայական էքսպոզիցիայի ժամանակ իրադարձությունը մանրամասն ու բարձրաձայն նկարագրելով բուժառուն վերհիշում է որոշակի տրավման (սովորաբար այն տրավման, որը բուժառուն ամենավշտացնողն է համարում, թեպետ որոշ սահմանափակ դեպքերում այստեղ կարող է պրոգրեսիվ հիերարխիա կիրառվել): Երևակայական էքսպոզիցիայի ժամանակ հոգեթերապևտը ակտիվորեն լսում է և հետևում է բուժառուին՝ քննարկվող դիսթրեսի մասին իր սեփական մեկնաբանությունները սահմանափակելով ճշգրտող հարցերով, խրախուսանքի համառոտ բառերով կամ հիշողությունը աշխուժացնելու համար հուշող հարցերով: Երևակայական էքսպոզիցիայի վարժանքից հետո՝ հետէքսպոզիցիոն մշակման փուլի ընթացքում բժիշկն ու բուժառուն քննարկում ու մշակում են իրադարձության մանրամասները և այն զգացմունքներն ու մտքերը, որոնք վերապրվել են տրավմայի ու երևակայական էքսպոզիցիայի ընթացքում: Բացի դրանից, հետերևակայական քննարկումը հնարավորություն է տալիս վերաձևակերպել և ամփոփել տրավմայի մասին հիշողությունը: Բժիշկը և բուժառուն կարող են ի հայտ եկած նոր մանրամասներ կամ հեռանկարներ քննարկել, տարբերակել տրավմատիկ փորձը կյանքի այլ ապրումներից և դիտարկել տրավմատիկ իրադարձության նշանակությունը բուժառուի ներկա կյանքի համատեքստում: Այս ձևով վերհիշումը նպաստում է տրավմատիկ հիշողությունների մշակմանը՝ ակտիվացնելով տրավմայի հետ կապված մտքերն ու զգացմունքները անվտանգ միջավայրում: Որպես այդպիսին, դա օգնում է բուժառուներին գիտակցել, որ իրենք կարող են հաղթահարել հիշողության հետ կապված դիսթրեսը: Երևակայական էքսպոզիցիայի ընթացքում պատմածը ձայնագրվում է և թերապևտիկ ազդեցությունը առավել ուժեղացնելու նպատակով բուժառուին հանձնարարվում է սեսիաների միջև ամեն օր լսել ձայնագրությունը:

Հարկ է նշել, որ որպես դիսթրես առաջացնող էմոցիաները կառավարելու պարզ միջոց հաճախ առաջին սեսիայում ընդգրկվում է դանդաղ (վերահսկվող) շնչառությունը : ԵԷ-ն մասնագետների մեծ մասի կողմից չի դիտարկվում որպես պրոտոկոլի Էական մաս, սակայն քանի որ շատ բուժառուներ դա օգտակար են համարում, այն սովորաբար ընդգրկվում է թերապիայի մեջ: Կարևոր է նշել, որ էքսպոզիցիոն վարժանքների կատարման ժամանակ բուժառուներին հանձնարարվում է վերահսկվող շնչառություն չկիրառել :

Այսպիսով ներկայացվեցին հիմնական խիստ հանձնարարվող թերապիաները:

Ստորև կընդհանրացվեն նաև այլ թերապևտիկ միջամտություններ սխեմատիկ ձևով՝

1. Աչքերի շարժումներով դեսենսիտիզացում ու վերամշակում (ԱՇԴՎ, EMDR — Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

2. Կոգնիտիվ-վարքային թերապիա տրավմայի օջախի հետ (ԿՎԹ-Տ, Cognitive-behavioral therapy with a trauma focus (CBT-T)). ԿՎԹ-Տ-ն ընդգրկում է բոլոր այն թերապիաները, որոնց նպատակն է օգնել ՀՏՍԽ-ով տառապողներին և տրավմատիկ սթրեսի վաղ ախտանշաններ դրսևորողներին՝ դիմելով նրանց մտքերին, համոզմունքներին և/կամ վարքին, ու փոխելով դրանք: Սովորաբար ԿՎԹ-Տ-ն ընդգրկում է տնային աշխատանք և հոգեկրթություն, էքսպոզիցիա, կոգնիտիվ աշխատանք և ավելի ընդհանուր ռելաքսացիան/սթրեսի կառավարում: Այս տարրերի օգտագործման հարաբերակցությունը տարբերվում է ԿՎԹ-Տ-ի տարբեր ձևերում:

Երեխաների և դեռահասների առնչությամբ առանձին մետավերլուծություններ են իրականացվել միայն երեխային/դեռահասին, երեխային/դեռահասին ու նրան խնամողին և միայն խնամողին տրամադրված ԿՎԹ-Տ-ի վերերեյալ: ՏԿ-ԿՎԹ-ն (տրավմայի վրա կենտրոնացումով ԿՎԹ) ԿՎԹ-Տ-ի յուրահատուկ, փուլային մոդել է, որը տրամադրվում է երեխային/դեռահասին ու խնամողին: Առաջին փուլը ներառում է աֆեկտների կառավարման հմտությունները, իսկ երկրորդը՝ տրավմայի մասին պատմելը: Բոլոր բաղադրիչներում ընդգրկվում է աստիճանական էքսպոզիցիա, որի նպատակը երեխայի/դեռահասի ու խնամողի կողմից տրավմատիկ հիշողությունները հաղթահարելու ունակության ուժեղացումն է: Խնամողները հնարավորության դեպքում ընդգրկվում են թերապիայի ամբողջ ընթացքում՝ երեխայի/դեռահասի գործնական ու հաղթահարման հմտություններին սատարելու և դրական ծնողական խնամքը ու ծնողական սատարումը բարելավելու համար:

3. Խմբային 512 PM. Խմբային 512 PM թերապիան հիմնված է դեպի վերլուծության վրա, բայց լրացված է համախմբված գործունեություն զարգացնող վարժություններով: Օրինակ՝ թիմային համագործակցություն պահանջող խաղեր են անցկացվում:

4. Բայլ-առ-քայլ/համագործակցային օգնություն (ԲՀՕ, Stepped/collaborative care (SCC)). ԲՀՕ-ն ընդգրկում է ճկուն և մոդուլային միջամտություններ, որոնք հիմնված են սքրինինգի ու ուղիղ գնահատման արդյունքում պարզված կարիքների վրա: Մարդկանց կարող են առաջարկվել պարզված կարիքներից բխող տարբեր հոգեբանական միջամտություններ: Սովորաբար միջամտության հիմքում ԿՎԹ-ն է, սակայն երբեմն կարող են կիրառվել այլ հոգեբանական մոտեցումներ (օրինակ՝ մոտիվացիոն հարցազրույց) և կարող են ընդգրկվել քեյս-մենեջմենթի (սոցիալական ուղեկցման) տարրեր ու դեղաբանական միջամտություն:

5. Կառուցվածքային գրավոր շարադրանքի թերապիա (ԿԳԹ, Structured writing therapy (SWT)). ԿԳԹ-ի ժամանակ մարդուն հանձնարարվում է տանը գրավոր շարադրել իր տրավմատիկ փորձը և մտքերն ու զգացմունքները: ԿԳԹ-ն կոգնիտիվ թերապիայի վրա հիմնված տեխնիկաների ուսուցանում կամ պրակտիկա չի ընդգրկում: Կառուցվածքային գրավոր շարադրումը լայն տերմին է, որը ընդգրկում է բացառապես գրավոր շարադրանք ենթադրող միջամտություններ: “Interapy” ծրագրի հիման վրա կառուցվածքային գրավոր շարադրանքի միջամտությունը իրականացվում է եռափուլ միջամտության մոդելով, որը ընդգրկում է հետևյալ

փուլերը. (1) ինքնահակադրում, որի ժամանակ մասնակիցները մանրամասն հաշվետվություն են կազմում իրենց տրավմատիկ փորձի մասին՝ հատկապես ուշադրություն դարձնելով իրենց էմոցիոնալ ապրումներին և տրավմային առնչվող առավել ցավոտ զգացմունքներին, (2) կոգնիտիվ վերագնահատում, որի ժամանակ (երևակայական) խորհրդատվական նամակ է գրվում նույն իրավիճակը վերապրած ընկերոջը և հետո այդ խորհուրդը կիրառվում է ինքն իր նկատմամբ, և (3) հաղորդակցման և հրաժեշտի փուլ, երբ նամակ է գրվում իրավիճակին մասնակցող անձին՝ նկարագրելով նամակ գրողի սթրեսը հաղթահարելու (coping) ջանքերը:

6. Շարադրանքային էքսպոզիցիոն թերապիա (ՇԷԹ, Narrative exposure therapy (NET)). ՇԷԹ-ն թույլ է տալիս ՀՏՍԽ-ով տառապողներին նկարագրել և կապակցված, ժամանակագրական, ինքնակենսագրական շարադրանք կազմել իրենց կյանքի մասին, որը կընդգրկի նրանց տրավմատիկ փորձը (երը): Հոգեթերապևտը հեշտացնում է էմոցիոնալ մշակումը կոգնիտիվ-վարքային տեխնիկաներ կիրառելու միջոցով: Մշակվել է նաև երեխաների համար ձևափոխված տարբերակ (KidNET):

7. Կոգնիտիվ մշակման թերապիա (ԿՄԹ, Cognitive processing therapy, CPT). ԿՄԹ-ն գլխավորապես կենտրոնանում է խնդրահարույց այն մտքերի գնահատման ու ձևափոխման վրա, որոնք զարգացել են տրավմատիկ փորձից(երից) հետո: Օրինակ, կիրառվում են կոգնիտիվ տեխնիկաներ ՀՏՍԽ-ին բնորոշ մտքերը հաղթահարելու համար (օրինակ, որ ինքն է մեղավոր իր տրավմայի համար, կամ որ աշխարհը այժմ անվտանգ չէ): ԿՄԹ-ի հնարավոր բաղադրիչ է տրավմայի մասին մանրամասն գրավոր հաշվետվություն կազմելը:

8. Կոգնիտիվ թերապիա. Սա ընդգրկում է տրավմայի վրա չկենտրոնացող տարբեր տեխնիկաներ, որոնք սովորաբար կիրառվում են ԿՎԹ-ում, այդ թվում սթրեսի կառավարում, էմոցիոնալ կայունացում, ռելաքսացիայի ուսուցանում, շնչառական վարժություններ, պոզիտիվ մտածողություն և ներքին մենախոսություն, ինքնավստահության մարզում, մտքերի արգելակում և հակասթրեսային պատվաստման մարզում (stress inoculation training): Կոգնիտիվ թերապիան վերամշակման նպատակով տրավմատիկ հիշողությունների էքսպոզիցիա չի ընդգրկում:

ԿԹ-ՀՏՍԽ կենտրոնանում է այն բացասական գնահատականների ու վարքի պարզման ու ձևափոխման վրա, որոնք հանգեցնում են ՀՏՍԽ տառապող անձի կողմից ընթացիկ սպառնալիքի գերագնահատման (վախի): Այն նաև ներառում է փորձի այլ ասպեկտներին առնչվող համոզմունքների և անձի կողմից տրավմայի ընթացքում իր վարքի մեկնաբանության ձևափոխում (օրինակ՝ մեղքին ու ամոթին վերաբերող խնդիրները):

9. Երկարատև էքսպոզիցիա (ԵԷ, Prolonged exposure, PE). ԵԷ-ն կենտրոնացման առաջնային կետն է բանավոր շարադրանքի տեխնիկայի միջոցով ՀՏՍԽ-wn տառապողին օգնել դիմակայել տրավմատիկ հիշողություններին: Դրա ընթացքում նա մանրամասն պատմում է իր տրավմատիկ փորձի մասին, ինչը ձայնագրվում է և նա անընդհատ լսում է իր պատմածը՝ դրան վարժվելու նպատակով: Բացի դրանից, իրական կյանքում նա կրկին ենթարկվում է այժմ անվտանգ, բայց տրավմայի հետ կապված իրավիճակների, որոնցից խուսափում է և որոնք վախ են առաջացնում՝ նույնպես վարժվելու նպատակով:

10. Կարճատև զուգային (դիադիկ) թերապիա. Այս ենթախումբը բաղկացած է կարճատև ԿՎԹ-S-ի վրա հիմնված թերապիաներից, որոնք տրամադրվում են զուգին՝ համագործակցությունը բարելավելու և հոգեբանական ու գործնական դժվարությունները հաղթահարելու համար ընդհանուր մոտեցում ձևավորելու նպատակով:

11. Կարճատև միջանձնային հոգեթերապիա (ԿՄՀ, Brief interpersonal psychotherapy, IPT). ԿՄՀ-ն կենտրոնանում է անհատների սոցիալական և միջանձնային ֆունկցիաների վրա և օգնում է բուժառուներին զարգացնել սոցիալական փոխազդեցության ու սոցիալական սատարման ակտիվացման հմտություններ: Գործադրման կետը ընթացիկ միջանձնային հարաբերություններն են, այլ ոչ անցյալի տրավման:

12. Կարճատև ծնողական միջամտություն. Այս միջամտությունը տրամադրվում է վաղաժամ ծննդաբերությունից հետո ու նախ և առաջ կենտրոնանում է նորածնի ու մոր համագործակցությանը օժանդակելու վրա:

13. Համակարգչային տեսատարածական խնդիր. Առաջարկվում է համակարգչային խաղ խաղալ՝ (օրինակ՝ Տետրիս) տրավմատիկ հիշողությունների սևեռակայումը ընդհատելու համար:

14. Ինտենսիվ բուժման օրագրեր. Այս մոտեցումը հիմնված է ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներ ընդունված բուժառուներին դուրս գրումից հետո ամենօրյա հետադարձ կապի տրամադրման վրա՝ այնտեղ նրանց ընդունվելու ժամանակ պատահած իրադարձությունների ընկալմանը նպաստելու համար:

15. Ինտերնետով ինքնուրույն միջամտություն. Այս մոտեցման դեպքում ՀՏՍԽ-ով տառապող մարդկանց բուժման համար օգտագործվում են ԿՎԹ մոտեցումներ կիրառող Ինտերնետային ծրագրեր: Միջամտությունը ինքնուրույն է կիրառվում:

16. Հեռախոսով ԿՎԹ-S. Առերես անցկացվող ԿՎԹ-ի փոխարեն հեռախոսով տրամադրվող ԿՎԹ:

17. Ուշադրության շեղման մոդիֆիկացիա (ՈւՇՄ, Attentional bias modification (ABM)). ՈւՇՄ-ն թերապիա է, որը մշակվել է տազնապային խանգարումների բուժման համար, այն բացահայտման հիման վրա, որ տազնապային խանգարումներ ունեցող այցելուները ընտրովի են ընկալում սպառնացող տեղեկատվությունը: Այն ընդգրկում է սպառնացող տեղեկատվությունից ուշադրությունը շեղելուն ուղղված համակարգչային ուսուցանում:

18. Հիպնոթերապիա. Թերապևտիկ աշխատանքից առաջ գիտակցության փոփոխված վիճակ ստեղծելու նպատակով հիպնոթերապիան կիրառում է հիպնոս:

19. Մանտրաների կրկնություն. սուրբ բառի (բառերի) կամ նախադասության (թյունների) կրկնություն

20. Մետակոգնիտիվ թերապիա (ՄԹ, Metacognitive therapy (MT)). ՄԹ-ն կենտրոնանում է մետաճանաչողության վրա՝ ճանաչողության ասպեկտ, որը վերահսկում է մեր մտածողությունը և գիտակցական փորձը: ՄԹ-ի նպատակն է փոխել ախտանշանների պահպանմանը նպաստող մտածողության անօգուտ մոդելները՝ զբաղվելով դրանց խթանող մետակոգնիտիվ համոզմունքներով.

21. Միտք-մարմին հմտություններ. Միտք-մարմին հմտությունները ընդգրկում են տարբեր տեխնիկաներ, այդ թվում ինքնագիտակցումը, մեդիտացիան, կառավարելի երևակայական պատկերները, էքսպրեսիվ նկարչությունը ու գրավոր շարադրանքը, որոնք աշխատում են կենսաբանական հետադարձ կապի ձևավորումով:

22. Ներկայի վրա կենտրոնացման թերապիա (ՆԿԹ, Present-centered therapy (PCT)). ՆԿԹ-ն ստեղծված է այն ամենօրյա խնդիրները լուծելու համար, որոնց ՀՏՄԽ ունեցողները բախվում են իրենց ախտանշանների պատճառով: Այն ընդգրկում է ՀՏՄԽ-ի ազդեցությանը վերաբերող հոգեկրթություն, ամենօրյա մարտահրավերներին դիմակայելու արդյունավետ ռազմավարությունների մշակում և նոր ձեռքբերած հմտությունների գործնական օգտագործման տնային աշխատանք:

23. Հոգեդինամիկ թերապիա. Հոգեդինամիկ թերապիան կիրառում է հոգեվերլուծական տեսություններ և պրակտիկաներ, որոնք օգնում են մարդկանց հասկանալ և լուծել իրենց խնդիրները՝ բարձրացնելով իրենց ներքին աշխարհի և ներկա ու անցյալ հարաբերությունների վրա դրա ազդեցության մասին տեղեկացվածության մակարդակը:

24. Սատարող/ոչ ուղղակի խորհրդատվություն (ՍԽ, Supportive/nondirect counseling, SC). ՍԽ-ն բուժառուի պատմածի ակտիվ, էմպատիկ ունկնդրումն է, որին սովորաբար անվերապահ դրական վերաբերմունք է արտահայտվում: Հոգեթերապևտը օգնում է բուժառուին քննության առնել ու պարզաբանել խնդիրներ, կարող է խորհուրդ տալ, արտահայտել պատշաճ վերաբերմունք ու հաստատել այն և ներկայացնել խնդիրը լուծող տեխնիկաներ:

25. Յոգա. Յոգան մարմնի դիրքերի, շնչառության և մեդիտացիայի համատեղված պրակտիկա է: Դրա նպատակն է ուժեղացնել ներկայի վրա կենտրոնացած ուշադրությունն ու ընկալումը, ինչպես նաև հեշտացնել ինքնագիտակցումը և ընդունումը:

Գլուխ 6. Դեղորայքային և այլ կենսաբանական բուժումներ

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարմամբ (ՀՏՍԽ) տառապող բուժման դիմած մարդկանց մեծ մասին դեղորայք է նշանակվում՝ որպես միակ միջոց կամ հոգեբանական բուժման հետ համատեղ: Հաշվի առնելով բուժման մի քանի դեղաբանական մեթոդների ապացուցված արդյունավետությունը, դա լավ հնարավորություն է ՀՏՍԽ ունեցող մարդկանց առողջությունն ու բարեկեցությունը բարելավելու համար: Ցավոք սրտի, դեղաբանական բուժման պոտենցիալը առայժմ ամբողջությամբ չի օգտագործվում նաև այն պատճառով, որ դրա նշանակման պրակտիկան այս պահին հիմնավորված չէ առկա բավարար ապացույցներով:

Տեսական համատեքստ

Հաշվի առնելով ՀՏՍԽ-ի նյարդակենսաբանության մասին մեր գիտելիքները, հիմնավոր պատճառներ կան կարծելու, որ դեղաբանական բուժման մոտեցումները օգտակար կլինեն: Այս պահին հիպոթեզ կա, որ կան ՀՏՍԽ-ի զարգացման ու պահպանման մի շարք տարբեր համակարգեր, այդ թվում դրա նյարդակենսաբանության վրա ազդող տարբեր նեյրոտրանսմիտերներ, նեյրոպեպտիդներ և գլյուկոկորտիկոիդներ, ներառյալ կատեխոլամինները, գամմա ամինոկարազաթթուն (ԳԱԿԹ), գլուտամատը, սերոտոնինը, օքսիտոցինը և կորտիզոլը:

Միջոցների նկարագրություն

- Սերոտոնինի հետադաժ զավթման ընտրողական ինհիբիտորներ (ՍՀԸԻ) - ՀՏՍԽ-ի բուժման ամենատարածված դեղաբանական մոտեցումը ՍՀԸԻ-ի նշանակումն է: Դեղերի այս դասը, որում ընդգրկված են ցիտալոպրամը, ֆլուոքսետինը, պարոքսետինը և սերտալինը, լայնորեն նշանակվում է դեպրեսիայի ու տագնապի դեպքում:
- Սերոտոնինի և նորադրենալինի հետադարձ զավթման ինհիբիտորներ (ՍՆՀԻ) Ամենաշատ օգտագործվող ՍՆՀԻ-ներն են դուլոքսետինը և վենլաֆաքսինը:
- Մոնոամինի հետզավթման ինհիբիտորներ (ՄԱՀԻ)՝ սովորաբար որպես տրիցիկլիկ հակադեպրեսանտներ հայտնի այս խմբի դեղերից են ամիտրիպտիլինը, դոթեպինը և իմիպրամինը: Ի լրումն սերոտոնինի ու նորադրենալինի, այս դեղամիջոցները ճնշում են հիստամին H1 ռեցեպտորները, ինչը երբեմն օգտագործվում է անքնության հարցում օգնելու համար:
- Մոնոամին օքսիդազայի ինհիբիտորներ (ՄԱՕԻ)՝ ֆենելզինը և տրանիլցիպրոմինը հավանաբար ամենահայտնի ՄԱՕԻ-ներն են, որոնք ճնշում են մոնոամինները տրոհող ֆերմենտների ազդեցությունը, դրա միջոցով նաև ավելացնելով սինապսային մոնոամինի քանակը: Որոշակի սննդատեսակների զուգակցումը այս պրեպարատների հետ կարող է հանգեցնել հիպերտոնիկ կրիզի, ինչի պատճառով բժիշկները խուսափում են դրանք նշանակել, չնայած զգույշ օգտագործման դեպքում դրանք անվտանգ ու լավ տարվող դեղամիջոցներ են:
- Այլ հակադեպրեսանտներ՝ այլ հակադեպրեսանտները լայնորեն օգտագործվում են ՀՏՍԽ-ի բուժման ժամանակ: Միրտազապինը հիմնականում

օգտագործվում է ՀՏՍԽ-ով տառապողների մոտ անքնությունը բուժելու համար: Տրագադրոնը նույնպես օգտագործվում է անքնության բուժման համար, այնպես որ դեղը հաճախ նշանակվում է ՍՀԸԻ կամ ՍԼՀԻ հետ միասին՝ ավելի շուտ քնի լավացման համար, այլ ոչ որպես հենց հակադեպրեսանտ:

- Հակափսիխոտիկներ - ՀՏՍԽ-ի համար առավել հաճախ կիրառվող հակափսիխոտիկներից են «նոր սերնդի ատիպիկ հակափսիխոտիկները», օրինակ՝ օլանզապինը, քվետիապինը և ռիսպերիդոնը: Այլ հակափսիխոտիկների նման, դրանք հակադոպամիներգիկներ են, բայց նաև ազդում են սերոտոնիներգիկ համակարգի վրա: Արդյունքը ընդհանուր առմամբ հանգստացնող է՝ առանց «ատիպիկ հակափսիխոտիկներին» բնորոշ արտահայտված շարժողական կողմնակի երևույթների, չնայած դրանք էլ մի շարք այլ կողմնակի երևույթներ ունեն, որոնք կարող են խնդրահարույց լինել, այդ թվում՝ քաշի ավելացում, քնկոտություն և մետաբոլիկ համախտանիշի զարգացում, ինչը հանդիսանում է սրտանոթային հիվանդությունների ու շաքարային դիաբետի զարգացման ռիսկի գործոն:
- Բենզոդիազեպիններ՝ չնայած կախվածության ռիսկին առնչվող լայն, տարածված ու լուրջ մտահոգություններին, և մի քանի շաբաթից ավել բենզոդիազեպինների նշանակման անցանկալի լինելու ուղեցույցներում նշվող զգուշացումներին, այս դեղամիջոցները դեռ հաճախ նշանակվում են ՀՏՍԽ-ով տառապողներին: Այս դասի սովորաբար կիրառվող դեղամիջոցներից են տագնապի մեղմացման համար նշանակվող պրեպարատները, օրինակ՝ դիազեպամը, լորազեպամը, կլոնազեպամը:
- Հակացնցումային դեղամիջոցներ՝ հակացնցումային դեղամիջոցները ազդում են ԳԱԿԹ համակարգի ու կալցիոլմային և/կամ նատրիոլմային խողովակների վրա՝ նվազեցնելով գլուտամինի արտազատումը և կանխելով ցնցումների հանգեցնող գրգռվածությունը: Այդ դեղերից են կարբամազեպինը, լամոտրիջինը և վալպրոատը, որոնք գնալով ավելի շատ են օգտագործվում տրամադրության կայունացման համար և որպես լրացուցիչ բուժում՝ մի շարք հոգեկան խանգարումների դեպքում:
- Այլ դեղամիջոցներ՝ ՀՏՍԽ-ի բուժման համար կիրառվել են այլ դեղամիջոցներ, այդ թվում նորադրեներգիկ համակարգի (օրինակ՝ պրազոսին և պրոպրանոլոլ), կամ հիպոթալամո-հիպոֆիզ-ադրենալինային համակարգի վրա ազդող պրեպարատներ (օրինակ՝ հիդրոկորտիզոն):

Ստորև կներկայացվեն ըստ տրավմատիկ սթրեսային հետազոտությունների միջազգային միության (ՏՀՏՄ, International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)) ուղեցույցի հանձնարարականները դեղաբանական մոնոթերապիայի վերաբերյալ՝

Ցածր արդյունավետությամբ միջամտություններ՝

հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող մեծահասակների համար ֆլուքսետինը, պարոքսետինը, սերտրալինը և վենլաֆաքսինը հանձնարարվում են որպես ցածր արդյունավետությամբ բուժումներ:

Նոր ապացույցներով միջամտություն՝

հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող մեծահասակների բուժման համար քվետիպայինի արդյունավետության նոր ապացույցներ են ի հայտ եկել:

Հանձնարարելու համար անբավարար ապացույցներ՝

հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող մեծահասակների բուժման համար բավարար ապացույցներ չկան ամփոփափոխիչ, իմփայրամինը, կետամինը, լամոտրիջինը, միրտազապինը, նեյրոկինին-1 անտագոնիստը, օլանզապինը, ֆենելզինը, տիագաբինը կամ տոպիրամատը հանձնարարելու համար:

Համալրող դեղամիջոցներ

Չնայած SUՎՄՄ ուղեցուցում լրացուցիչ դեղաբանական միջոցներով դեղորայքային բուժումը համալրելու հարցերը չեն դիտարկվել, այս հարցի առնչությամբ մի զուգահեռ ամփոփում է ձեռնարկվել, որը կհիշատակվի ստորև: Երեք դեղամիջոցներին վերաբերող տասնվեց հետազոտություն է իրականացվել, այդ թվում պրազոսինի (ինը հետազոտություն, 381 մասնակից), ռիսպերիդոնի (հինգ հետազոտություն, 385 մասնակից) և տոպիրամատի (երկու հետազոտություն, 97 մասնակից): Բավականաչափ ապացույցներ են ձեռք բերվել պրազոսինի ու ռիսպերիդոնի Ստանդարտ հանձնարարական վերագրելու համար, բայց տոպիրամատը հանձնարարելու բավականաչափ հիմնավորում չի ստացվել, քանի որ այն վիճակագրորեն չի գերազանցել պլացեբոյի ազդեցությունը:

Դոզավորում

Քննարկման ենթակա մեկ այլ կարևոր գործոն է (հատկապես ապացույցների կիրառման առնչությամբ) հետազոտությունների ընթացքում կիրառված դեղամիջոցների դոզան: Որոշ հետազոտություններում (196,197) կիրառվել են ֆիքսված դոզաներ, բայց հետազոտությունների մեծ մասում նշանակումների ալգորիթմ է կիրառվել, որի համաձայն դեղի դոզան ամեն մի քանի շաբաթը մեկ ավելացվել է, եթե անձի մոտ լավացում չի դիտվել: Նշանակվող դեղերի կիրառված միջին դոզաները ներկայացված են Աղյուսակում: Դրանք բավականին բարձր են ստանդարտ մեկնարկային դոզաներից: Ակնհայտ է, որ հետազոտության ընթացքում առավելագույն օգուտ ստանալու համար անձանց որոշ քանակ կարիք է ունեցել դեղի թուլատրելի ու տանելի առավելագույն մակարդակի, քանի որ ավելի ցածր դոզաների դեպքում նրանց մոտ բավականաչափ լավացում չի արձանագրվել:

Դեղամիջոց	Միջին դոզա
Ֆլուքսետին	41,4մգ
Պարոքսետին	356,1մգ
Սերտրալին	136,7մգ
Վենլաֆաքսին	223,1մգ
Քվետիպային	258,0մգ

Ներկայում առկա ապացույցները որոշակիորեն հուշում են, որ նպատակահարմար չէ ՀՏՄԽ-ով տառապող մարդկանց պահել հանձնարարվող դեղամիջոցների ցածր

դոզաների վրա, եթե նրանց մոտ արդյունք չի արձանագրվում կամ մասնակի արդյունք է արձանագրվում, բայց նրանք տանում են նշանակված դեղը և բուժումը շարունակում է ցուցված մնալ:

Կողմնակի ազդեցություններ

ՀՏՄԽ-ի թերապիայի առնչությամբ ներկայացված կողմնակի ազդեցությունները շատ նման են նրանց, որոնց մասին գեկուցվում է նույն դեղերով դեպրեսիայի, տագնապի ու այլ խանգարումների փորձարկումների դեպքում: Պարոքսետինի, ֆլուքսետինի, սերտրալինի ու վենլաֆաքսինի ընդհանուր կողմնակի երևույթներ են սրտխառնոցը և սեքսուալ դիսֆունկցիան: Քվետիպինը կարող է քնկոտություն ու քաշի ավելացում առաջացնել և առնչվում է սրտանոթային երևույթների հետ, ինչը նշանակում է, որ դրանով բուժում սկսելուց առաջ էլեկտրասրտագրություն է անհրաժեշտ: Ընդհանուր առմամբ, հանձնարարվող դեղերը ամենայն հավանականությամբ լավ են տարվել նշված ՌՎՀ-ների ժամանակ և որևէ ապացույց չկա, որ դրանք կողմնակի երևույթների պատճառով չպետք է դիտարկվեն օգտագործման նպատակով:

Հանձնարարականների գործնական կիրառում

Ինչպես ՀՏՄԽ-ի բոլոր թերապիաների դեպքում, շատ կարևոր է դեղորայքային բուժումը նշանակել այցելուի կարիքների մանրամասն գնահատումից հետո՝ հաշվի առնելով նրա անհատական հանգամանքները: Բուժում նշանակելուց առաջ (դեղորայքային կամ հոգեթերապևտիկ բուժում կամ դրանց համադրությունը ընտրելուց առաջ) քննարկման ենթակա կարևոր հարցերից են առաջնային ախտորոշումը, ուղեկցող հիվանդությունները, բուժման այլընտրանքային տարբերակները, վերաբերմունքը դեղերի նկատմամբ, նախկինում դեղերին արձագանքը, դեղերին արձագանքի ընտանեկան անամնեզը, սպասումները դեղամիջոցներից, հնարավոր կողմնակի երևույթների գիտակցումը, նշանակված այլ դեղերը և ՀՏՄԽ-ի համար նախատեսված դեղերի հետ հնարավոր փոխներգործությունը, ինչպես նաև այլ հոգեակտիվ նյութերի ու ՀՏՄԽ-ի համար նախատեսված դեղերի հետ հնարավոր փոխներգործությունը: ՀՏՄԽ-ի համար դեղեր պետք է նշանակվեն միայն եթե հոգեթերապևտը կարծում է, որ հնարավոր օգուտը կգերակշռի ռիսկերը, և եթե անձը լիովին տեղեկացված է, որոշում կայացնելու համար անհրաժեշտ գիտելիքներ ունի:

Դեղեր նշանակելը հաճախ բավականին արդյունավետ չէ և դա ստիպել է փորձել ֆորմալիզացնել նշանակման ալգորիթմների մշակման միջոցով: Դա սովորական պրակտիկա է շատ խանգարումների դեպքում և լայնորեն կիրառվում է հոգեկան առողջության խանգարումների համար (օրինակ, Taylor, Barnes, & Young, 2018): Դեպրեսիայի հետ կապված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ալգորիթմի համաձայն նշանակումը հանգեցնում է նշանակալիորեն ավելի լավ արդյունքների, քան պարզապես բժշկի ընտրության վրա հիմնված նշանակումը (198): Հավանական է թվում, որ այս արդյունքը կարելի է կիրառել ՀՏՄԽ-ի համար, ինչը դրդեց Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման հետազոտման Քարդիֆի Համալսարանի խմբին մշակել նշանակման ալգորիթմ՝ հիմնվելով ՏՄՎՄՄ բուժման հանձնարարականների վրա (199): Այն ներդրվեց պետական մակարդակով

Տրավմատիկ սթրեսի որակի բարելավման համաուելսյան նախաձեռնության միջոցով և կներկայացվի ստորև որպես օրինակ.

Կան մի քանի սկզբունքներ, որոնց վրա հիմնվում է Քարոդիֆի ալգորիթմը.

1. Որպես կանոն, ամեն առանձին դեպքում միայն մեկ դեղամիջոց պետք է նշանակվի կամ փոխարինվի:
2. Բուժառուները պետք է զննվեն առնվազն 4 շաբաթը մեկ՝ նրանց առաջընթացը ու դեղի տանելիությունը ստուգելու, ինչպես նաև դեղը փոխելու անհրաժեշտությունը որոշելու համար:
3. Ապացուցողական բազան պահպանելու պայմանով, այլ գործոնների հետ կապված որոշակի ճկունությունը թույլատրելի է ապացույցների վրա հիմնված պրակտիկայի շրջանակներում (200):
4. Պետք է պարբերաբար դիտարկվի ախտորոշման ճշգրտությունը և այլ այնպիսի գործոնների առկայությունը, որոնք անհրաժեշտ է հաշվի առնել դեղերի արդյունավետությանը նպաստելու նպատակով (օրինակ՝ ընդունման ռեժիմի պահպանումը, սոցիալական գործոնները և ալկոհոլի չարաշահումը):

Այս սկզբունքները պրագմատիկ են և արտացոլում են պատշաճ կլինիկական պրակտիկան, բայց պետք է ընդունել, որ այլ գործոնները, օրինակ՝ տեղի ծառայությունների կառուցվածքը և հոգեկան ու ֆիզիկական ուղեկցող հիվանդությունները, կարող են ալգորիթմի փոփոխություններ պահանջել:

ՀՏՄԽ-ի դեղորայքային բուժման ալգորիթմ

Քայլ 1

Եթե ՀՏՄԽ ունեցող անձը և նրան բուժող բժիշկը համաձայն են, որ դեղերով բուժումը ցուցված է և ցանկալի, ապա ներկայում առկա ապացույցների վրա հիմնված ամենատրամաբանական մոտեցումն է երեք հանձնարարված ՍՀԸԻ-ից (ֆլուոքսետին, պարոքսետին կամ սերտրալին) մեկի նշանակումը: Եթե հակացուցումներ չկան, դեղամիջոցները պետք է նշանակվեն աղյուսակում (աղյուսակ1) առաջարկվող դեղաչափերով: Եթե 4 շաբաթից հետո բուժառուի մոտ չարունակում են դրսևորվել նշանակալի ՀՏՄԽ-ի ախտանշաններ և դեղամիջոցը նրա համար տանելի է, ինչպես նաև դեղաբանական բուժումը շարունակելու մասին համաձայնություն կա, դոզան պետք է ավելացվի 1 Աղյուսակում ներկայացված չափով, ըստ որի ֆլուոքսետինի և պարոքսետինի ընդունման 8-րդ շաբաթվա, իսկ սերտրալինի 12 շաբաթվա վերջում հասցվում է այդ դեղամիջոցների առավելագույն դոզաներին: Լրացուցիչ 4 շաբաթվա ընթացքում գնահատվում է արձագանքը առավելագույն դոզային՝ մինչև հետագա փոփոխություններ անելը:

ԱՂՅՈՒՄԱԿ 1. Դեղորայքային բուժման հանձնարարված դոզաներ

Դեղամիջոց	Մեկնարկային դոզա (օրական)	Դոզայի ավելացում (ամսական)	Առավելագույն դոզա (օրական)
Ֆլուքսետին	20մգ	20մգ	60մգ
Պարոքսետին	20մգ	20մգ	60մգ
Սերտրալին	50մգ	50մգ	200մգ
Վենլաֆաքսին	75մգ	75մգ	300մգ

Քալ 2

Եթե անձը չի արձագանքում ՍՅԶԻ-ից որևէ մեկի առավելագույն տանելի դոզային, պետք է քննարկել այլ դեղամիջոցի հարցը: Դա անելուց առաջ կարևոր է ստուգել, որ կլինիկական դրսևորումները չեն փոխվել և որ բուժառույն ու բժիշկը դեղորայքային բուժման շարունակումը նպատակահարմար են համարում: Հաջորդ քայլում ընթացիկ դեղամիջոցի քանակը պակասեցվում է և այն փոխարինվում է այլ դեղամիջոցով կամ ընթացիկ դեղի դոզայի նվազեցմանը զուգահեռ իրականացվում է նորի դոզայի ավելացում: Խելամիտ մոտեցում կլիներ այլ ՍՅԶԻ փորձելը, հատկապես եթե անձը չի տանում մի ՍՅԶԻ-ն և կարող է դրական արձագանքել մեկ ուրիշին: Իսկ եթե մարդու մոտ որոշակի ՍՅԶԻ-ին բավարար դեղաչափով նշանակալի արձագանք չի արձանագրում, ապա տեսականորեն անհավանական է, որ նրա մոտ նշանակալի դրական փոփոխություններ կլինեն մեկ այլ ՍՅԶԻ-ի շնորհիվ, այդ պատճառով վենլաֆաքսինի նշանակումը տրամաբանական հաջորդ քայլն է: Վենլաֆաքսին նշանակելու համար ՍՅԶԻ-ի դոզան պետք է շաբաթական նվազեցվի վենլաֆաքսինի դոզայի ավելացման չափով և վերջինիս դադարեցման կետում վենլաֆաքսինի դոզան պետք է լինի 37,5մգ օրական երկու անգամ կամ 75մգ առավոտյան, եթե երկարաձգված ազդեցությամբ դեղամիջոց է նշանակվել: Անհրաժեշտության դեպքում վենլաֆաքսինի դոզան ամեն անգամ ավելացնելով 75մգ-ով՝ մինչև օրական առավելագույնը 300մգ հասցնելով:

Քալ 3

Վենլաֆաքսինին համապատասխան արձագանքի բացակայության ու այն տանելի լինելու դեպքում հաջորդ քայլը դրան պրագմատիկ (օրոստատիկ հիպոթենզիայի կողմնակի երևույթի հարցում հատկապես ուշադիր լինելու պայմանով) կամ ռիսկերի դոզայի ավելացնելն է (եթե մարդը վենլաֆաքսինը չի տանում կամ դրան ավելի վատ է արձագանքում, քան ՍՅԶԻ-ին, ապա խորհուրդ է տրվում վենլաֆաքսինի փոխարեն վերականգնել ՍՅԶԻ ու ավելացնել այլ դեղամիջոց): Ռիսկերի դոզայի կողմնակի ազդեցությունները, ինչպես նաև քվետիպինին վերաբերող «Նոր ապացույցների վրա հիմնված միջամտություն» հանձնարարականը ու դրա ավելի բարենպաստ կողմնակի երևույթները հաշվի առնելով, այս դեղամիջոցը ավելի գերադասելի է, քան ռիսկերի դոզան: Այնուամենայնիվ, հարկ է ընդունել, որ քվետիպինի ընթացիկ ապացույցները ստացվել են մի ՌՎՀ-ից, որի ընթացքում այն կիրառվել էր որպես մոնոթերապիա, այլ ոչ որպես լրացուցիչ դեղամիջոց: Քվետիպինի ընդունումը սկսում են քննելուց

առաջ օրական մեկ անգամ 25մգ-ից: Մեկ շաբաթ անց, եթե այն լավ է տարվում, դոզան ավելացվում է՝ 25մգ օրը երկու անգամ: Ցուցված լինելու դեպքում, բժշկի հետ ամենամսյա հանդիպման ժամանակ դոզան կարող է ավելացվել օրվա կտրվածքով 50մգ-ով: Ալգորիթմի համաձայն 400մգ օրական առավելագույն դոզան է՝ կլինիկական արձագանքը ու տանելիությունը հաշվի առնելու պայմանով, չնայած փորձարկման ժամանակ օրական մինչև 800մգ կիրառվել է (201):

Լրացուցիչ քայլեր

Եթե ՅՏՄՆ ունեցող մարդիք չեն արձագանքում առանձին ֆլուոքսետինին, պարոքսետինին, սերտրալինին ու վենլաֆաքսինին կամ պրագոսինի, ռիսպիրիդոնի կամ քվետիպինի հետ դրանց համադրությանը, ինչը նկարագրված է 1, 2, ու 3 քայլերում, ապա դա նշանակում է, որ նրանք սպառել են ՅՏՄՆ՝ ներկայիս ապացույցների վրա հիմնված, դեղորայքային բուժման ալգորիթմի հնարավորությունները: Դժբախտաբար այս դեպքերը եզակի չեն՝ հատկապես ՅՏՄՆ-ի առավել բարդ կամ ծանր դրսևորումներով անձանց դեպքում: ՅՏՄՆ-ով տառապող մարդկանց շրջանում նաև եզակի չեն մեկ կամ մի քանի դեղերի առավելագույն դոզան չտանելու դեպքերը: Այս երկու դեպքերում էլ կարող են դիտարկվել այլընտրանքային քայլեր, որոնք սակայն ավելի շուտ կլինիկական փորձի վրա են հիմնված, քան փորձարկումներով հաստատված ապացույցների: Մինչ նման մոտեցման դիմելը կենսական է, որ բուժառույն ամբողջովին գիտակցի իրավիճակը և կարողանա լիովին տեղեկացված որոշում կայացնել դեղորայքային բուժումը շարունակելու մասին:

Ինչպես նշեցինք, այլ դեղորայքային բուժումները օգուտ են տվել ՌՎՀ-ին մասնակցած ՅՏՄՆ ունեցող մարդկանց, բայց չեն բավարարել ՏՄՎՄՄ բուժման ուղեցույցում հանձնարարվելու համար ներկայացվող պահանջներին: Դրանցից մի քանիսը հանձնարարվել են ՅՏՄՆ-ի բուժման համար նախկին ուղեցույցներում, օրինակ՝ Միացյալ Թագավորության Առողջապահության ու բուժօգնության կատարելագործման ազգային ինստիտուտը (National Institute of Health and Care Excellence in the United Kingdom) հանձնարարել է ամիտրիպտինը, միրտազապինը և ֆենելզինը նույն ՌՎՀ ապացույցների հիման վրա, երբ մշակվում էր ՏՄՎՄՄ ներկայիս ուղեցույցը: ՅՏՄՆ-ի դեպքում դեղերի փորձարկումների մի ցանցային մետավերլուծությունում նմանապես ընդգծվել է ֆենելզինի պոտենցիալ արժեքը (202): Այդ պատճառով տրամաբանական է այդ դեղամիջոցները դիտարկել որպես ՏՄՎՄՄ կողմից հանձնարարվողների այլընտրանք, եթե առաջին շարքի պրեպարատները չեն ազդում կամ չեն տարվում:

Միրտազապինի առավելությունը այն է, որ այն կարելի է նշանակել ՍՀՀ-ների ու վենլաֆաքսինի հետ միասին՝ դեպրեսիայի համար այս համադրությունների օգտակար լինելու ապացույցների մասին իրոք զեկուցվել է (203), չնայած վերջերս իրականացված մի մեծ ՌՎՀ-ի արդյունքում նախնական բուժմանը միրտազապին ավելացնելու պարագայում որևէ բարենպաստ ազդեցություն չի արձանագրվել (204): Ընդհանուր առմամբ, միրտազապինը սկսում են ընդունել 30մգ քնելուց առաջ դեղաչափով, թեպետ այն կարող է նշանակվել նաև 15մգ դեղաչափով: Ըստ կլինիկական փորձի ցածր դեղաչափը ավելի արդյունավետ է քնի խանգարումների դեպքում քան ավելի բարձր դեղաչափերը, և հետևաբար այս դեղաչափը ամենայն

հավանականությամբ ավելի գերադասելի է, եթե դեղը առաջին հերթին նշանակվում է քնի խանգարումների համար:

Ամիտրիպտիլինը և հատկապես ֆենելզինը չպետք է նշանակվեն ՍԸՀ-ի կամ վենլաֆաքսինի հետ միասին և առնվազն մեկ շաբաթ (ֆլուոքսետինի դեպքում՝ 5 շաբաթ) դադար է պետք մինչև ֆենելզին սկսելը: Ամիտրիպտիլինի համար նշանակման ռեժիմը սկսվում է ցածր դոզաներից (25մգ քնելուց առաջ) ու աստիճանաբար ավելացվում է մինչև առավելագույն 300մգ, չնայած դա հազվադեպ է պահանջվում կամ տարվում: Առավել տարածված դոզան 150մգն է: Ֆենելզինը պետք է սկսել օրական երեք անգամ 15մգ դոզայից: Ֆենելզինի դեպքում կարևոր է հաշվի առնել օրթոստատիկ հիպոթենզիայի հավանականությունը, ինչը հազվադեպ կողմնակի երևույթ չէ, և զգուշացնել բուժառուներին դրա մասին:

Դեղերի մեկ այլ խումբը, որը կարող է դիտարկվել որպես ՀՏՍԽ-ի բուժման կլինիկական տվյալների վրա հիմնված ապացույցներ ունեցող, հակացնցումային դեղամիջոցներն են: ՌՎՀ ուժեղ ապացույցներ չկան այս դեղամիջոցներից որևէ մեկի համար: Իսկապես, մինչ այժմ այդ դեղամիջոցները (վալպրոատ, տոպիրամատ, լամոտրիջին) փորձարկած ՌՎՀ-ների արդյունքները չեզոք են, սակայն դրանք լայնորեն կիրառվում են որպես տրամադրության կայունացնողներ, արդունավետության ապացույցներ ունեն հոգեկան այլ խանգարումների համար և տվյալներ են ներկայացվել, որ դրանք օգնել են ՀՏՍԽ-ով տառապող որոշ մարդկանց (205): Ցույց է տրվել, որ մեկ այլ հակացնցումային դեղամիջոց՝ կարբամազեպինը, օգնում է կառավարել ՀՏՍԽ-ի որոշ դրսևորումների համար բնորոշ վերահսկողության էպիզոդիկ խանգարման համախտանիշը (206), ինչպես նաև ոչ ՌՎՀ-ից ստացված ապացույցներ կան, որ այն օգնում է ՀՏՍԽ-ով տառապող ռազմական գործողությունների վետերաններին (207):

Նշանակման վրա ազդող այլ գործոններ

Կան ՀՏՍԽ-ի դեպքում դեղորայքային բուժում նշանակելու մի շարք՝ հաճախ դրսևորվող, խնդիրներ, որոնք հատուկ ուշադրություն են պահանջում և նկարագրված են ստորև:

Կողմնակի ազդեցությունների պատճառով դեղերի անտանելիություն

Թեպետ սովորաբար նշանակվող բոլոր դեղամիջոցները ընդհանուր առմամբ բավականաչափ լավ են տարվում, ցավոք սրտի կողմնակի երևույթները տարածված են: Ինչպես նկարագրված է վերևում, բժշկի համար կարևոր է բուժառուի հետ ընդհանուր որոշում կայացնելու շրջանակներում քննարկել հնարավոր կողմնակի երևույթները: Յուրաքանչյուր ստուգման ժամանակ կողմնակի երևույթների առկայությունը պետք է պարզվի և քննարկվի դրանց դրսևորման դեպքում: Հետագա ընթացքը որոշելու համար էական հարցեր են կողմնակի երևույթների ծանրությունը, լավացման կամ վատացման հավանականությունը, բուժառուի վրա ազդեցությունը և դեղից ստացվող օգուտները կամ հնարավոր օգուտներ/կողմնակի ազդեցություններ հարաբերակցությունը:

Որոշ դեպքերում կարող է պատահել, որ քննարկումը և որոշակի հորդորումը հնարավոր են դարձնում, որ բուժառույն շարունակի դեղորայքային բուժում ստանալ ու դիմանա կողմնակի երևույթներին, քանի որ հնարավոր օգուտները գերազանցում են հնարավոր վնասները: Օրինակ՝ սրտխառնոցը հարաբերականորեն հաճախ երևույթ է, երբ մարդիկ սկսում են ՍԸՀ-ներ կամ վենլաֆաքսին ընդունել, բայց այն միտում ունի նվազելու մի քանի շաբաթվա ընթացքում և նաև կարող է պակասել, եթե դեղը ընդունվում է ուտելու ժամանակ: Կարող է պատահել, որ կողմնակի երևույթների հետ կապված բուժառույն տանում է որոշակի դեղի ցածր դոզաներ, բայց բարձրերը տանելի չեն: Այդ դեպքում կարևոր է քննարկել այդ դեղի ընդունումը շարունակելու դրական ու բացասական կողմերը (208,209): Օրինակ, պարոքսետինը ավելի բարձր դեղաչափով ավելի մեծ հավանականությամբ գրգռվածություն կառաջացնի, քան սերտրալինը և 20մգ ավել դոզայով պարոքսետին տանելու անհնարինությունը հիմնովին պատճառ է դեղերի այլ դասի անցնելուց առաջ փորձել սերտրալինին՝ պարզելու համար, թե արդյոք վերջինիս ավելի բարձր դոզաները ավելի լավ են տարվում, թե ոչ:

Անքնություն

ՀՏՍԽ-ով տառապող շատ մարդկանց համար անքնությունը կարևոր խնդիր է և նրանք խնդրում են հատկապես անքնության դեղեր նշանակել: Մարդիկ, ովքեր լավ են արձագանքում ՍԸՀ-ին և վենլաֆաքսինին, հիմնականում հայտնում են, որ բուժման ընթացքում քունը լավացել է, բայց այս դեղամիջոցները քնաբեր չեն և անհրաժեշտ է լինում սպասել, մինչև դեղամիջոցները կսկսեն ազդել, ինչը սովորաբար մի քանի շաբաթ է տևում և երբեմն նպատակահարմար է դիտարկել լրացուցիչ քնաբերների նշանակումը: (210)Բացի այդ այս պրեպարատները կարող են հանգեցնել առույգության բարձրացման (այդ պատճառով, ընդհանուր առմամբ հանձնարարվում է ընդունել դրանք առավոտյան): Կարևոր է, որ բուժառույնները տեղեկացված լինեն այս ազդեցության մասին:

Ցուցված լինելու դեպքում հանձնարարվում է դիտարկել քնաբեր հակադեպրեսանտները որպես առաջնահերթ դեղամիջոց, օրինակ՝ 15մգ միրտազապին քնելուց առաջ (որի օգտագործման օգտավետությունը ՀՏՍԽ-ի համար լրացուցիչ հիմնավորվում է ՌԿՀ-ով ձեռք բերված ապացույցներով) կամ 50-100մգ տրադադոն քնելուց առաջ: Այս երկու դեղամիջոցն էլ կարող են անվտանգ նշանակվել ՍԸՀ ու վենլաֆաքսինի հետ և ի տարբերություն բենզոդիազեպինների կախվածություն առաջացնելու պոտենցիալ չունեն: Որպես այլընտրանք, հատկապես նշանակալի գրգռվածություն դրսևորող մարդկանց դեպքում (տես ստորև), կարելի է նշանակել 25մգ քվետիապին քնելուց առաջ: Կարևոր է գիտակցել, որ միրտազապինը, տրադադոնը և քվետիապինը կարող են հաջորդ օրը քնկոտության պատճառ լինել ու զգուշացնել բուժառույններին դրա մասին:

Գրգռվածություն

ՀՏՍԽ ունեցող անձանց մոտ գրգռվածություն հաճախ է դրսևորվում և դժբախտաբար, ՍՀԸ-ների ու վենլաֆաքսինի անցանկալի վաղ կողմնակի ազդեցությունը հենց գրգռվածությունը/տագնաալի ուժգնացումը և նույնիսկ

ինքնասպանության հակումն է: ՀՀ-ում տառապող մարդկանց մեծ մասի համար գրգռվածության դեմ լրացուցիչ դեղամիջոցներ պետք չեն, սակայն որոշ մարդիկ դրա կարիքը ունեն և ի լրումն գրգռվածության մեղմացման՝ դրանք նաև կարող են հնարավորություն տալ դիմանալ և շարունակել դեղորայքային բուժումը: Հաշվի առնելով քվետիպինի պրոֆիլը և կիրառման ապացույցները, այն հանձնարարվում է որպես լրացուցիչ կամ նույնիսկ միակ դեղամիջոց, եթե բուժառուին շատ գրգռված է կամ չի ուզում ՍՀ-ներ կամ վենլաֆաքսին ընդունել: Որոշ բժիշկներ խորհուրդ են տալիս նման գրգռվածության դեպքում բենզոդիազեպինի կարճ կուրս նշանակել, բայց պետք է հաշվի առնել ՀՀ-ի դեպքում բենզոդիազեպինների վերաբերյալ ապացույցների բացակայությունը և նաև կախվածություն առաջացնելու ռիսկը:

Այլ կենսաբանական բուժումներ

Այս պահին դեղաբանական բուժումների համեմատ կենսաբանական բուժումները հիմնավորող ավելի քիչ ապացույցներ կան, բայց վերջին տարիներին ի հայտ են եկել որոշ խոստումնալից մոտեցումներ:

Տրանսկրանիալ մագնիսական խթանումը, նեյրոֆիդբեքը հանձնարարված են ՍՀ-ում ուղեցուցում որպես նոր ապացույցներով միջամտություններ ՀՀ-ի բուժման համար: ՌԿ-ների ու ընդգրկված մասնակիցների փոքր քանակը, ինչպես նաև այլ մեթոդական խնդիրները նշանակում են, որ լրացուցիչ աշխատանք է պահանջվում մինչ դրանք կարելի կլինի հանձնարարել ընդհանուր կիրառման համար:

Տրանսկրանիալ մագնիսական խթանման ժամանակ (ՏՀ) ուղեղի նպատակային հատվածներում նյարդային բջիջների խթանման համար մագնիսական դաշտեր են կիրառվում: Սովորաբար դա կրկնվում է մի քանի անգամ ու ինվազիվ չէ: ՏՀ-ն թուլատրված է դեպրեսիայի բուժման համար և վերջին տարիներին հետաքրքրության նշանակալի աճ է դիտվում ՀՀ-ի բուժման նպատակով դրա հնարավորությունների առնչությամբ: Մինչ այժմ իրականացված չորս ՌԿ-ների ընթացքում այլ մոտեցումների կիրառմամբ օգուտ չստացած անձանց մոտ նախնական խոստումնալից նշաններ են արձանագրվել: ՏՀ-ն պետք է իրականացվի մասնագիտացված բժշկական հաստատությունում ու չնայած այն, ըստ ամենայնի, լավ է տարվում, ցնցումային շեմի իջեցման ռիսկ կա:

Նեյրոֆիդբեքը ընդգրկում է ռեալ ժամանակում ուղեղի ակտիվության արտացոլում էլեկտրոէնցեֆալոգրամի կամ ֆունկցիոնալ ՄՌՏ-ի օգնությամբ, ինչի շնորհիվ անձը սովորում է ինքնակառավարել իր ուղեղի ակտիվությունը և, օրինակ, ավելի հանգիստ զգալ իրեն: Ընդգրկված երկու ՌԿ-ների ժամանակ արդյունավետության ապացույցներ են ստացվել: Բացի այդ, բուժումը լավ է տարվում: Նեյրոֆիդբեքը նույնպես պետք է իրականացվի մասնագիտացված հաստատությունում:

Բուժման Օժանդակ մեթոդներ

- Սպորտ, ֆիզիոթերապիա, արտթերապիա, յոգա

- Կորտիզոլը զգալի ազդեցություն ունի ուսուցման և հիշողության գործընթացների, ինչպես նաև նեյրոպլաստիկության վրա (85): Հիդրոկորտիզոնի (86) կիրառումը կամ առավելության էնդոգեն կորտիզոլի բարձր մակարդակի օգտագործումը (87) առաջարկվել են որպես օժանդակ բուժում, քանի որ կորտիզոլը կանխում է հին հիշողությունների վերականգնումը և նպաստում նորերի ամրապնդմանը: Այսպիսով, թերապիայի ընթացքում սովորած բովանդակությունը, որը կապված չէ վախի հետ, ավելի լավ է ամրապնդվում:
Կորտիզոլի ազդեցության վերաբերյալ ՌՎՀ փորձարկումները (N=24) ցույց են տվել հիդրոկորտիզոն ստացող խմբի առավելությունը: Սակայն Համեմատաբար փոքր նմուշի չափը և անսովոր վերլուծության ռազմավարությունը սահմանափակում են ուսումնասիրության վավերականությունը, և արդյունքները դեռևս չեն կարող ընդհանրացվել:
- D-ցիկլոսերինը(DCS)- հակաբիոտիկ նյութ է, որն օգտագործվում է տուբերկուլյոզի բուժման համար: Ազդում է նշագեղձի N-մեթիլ-D-ասպարտատ ընկալիչների (NMDA ընկալիչներ) վրա: Ենթադրում են, որ այն ուժեղացնում է Էքսայոգիցիայի վրա հիմնված հոգեթերապիայի ազդեցությունը: Կենդանիների վրա բազմաթիվ ուսումնասիրություններ ցույց են տվել, որ DCS-ի կիրառումը նպաստում է վախի մարմանը:
D-ցիկլոսերինի(DCS) վերաբերյալ արդեն անցկացվել են չորս պատահականացված վերահսկվող փորձարկումներ (88, 97-99): DCS-ի արդյունքները հակասական են: Ավելին, ուսումնասիրություններից երկուսն ունեցել են փոքր նմուշներ՝ համապատասխանաբար N=25 (97) և N=26 (98) նմուշների չափով, և, հետևաբար, չեն կարող ցույց տալ հավաստիություն: Հետևաբար, DCS-ի վերաբերյալ վերջնական գնահատական տալ հնարավոր չէ:
- Օքսիտոցին- ենթադրվում է, որ նեյրոպեպտիդ օքսիտոցինը բարելավում է Էքսայոգիցիայի վրա հիմնված հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման թերապիան, քանի որ այն նվազեցնում է անհանգստությունը և նպաստում վախի մարմանը (93):

Ամփոփում

Ամփոփելով ասենք, որ ՀՏՍԽ-ի բուժման համար որպես առաջնային արդյունավետ մեթոդ կիրառվում են տրավմայի վրա կենտրոնացած հոգեթերապիայի մեթոդները, այնուամենայնիվ կան ապացուցողական բազայով մի շարք դեղեր, որոնք կարող են կիրառվել հոգեթերապիային զուգահեռ որպես մոնոթերապիա կամ լրացուցիչ համալրող դեղորայքային թերապիա: ՀՏՍԽ-ի բուժման համար ֆլուոքսետինի, պարոքսետինի, սերտրալինի և վենլաֆաքսինի թեկուզ ոչ մեծ, բայց արդյունավետության հիմնավոր ապացույցներ կան: ՀՏՍԽ-ի համար քվետիպինի մոնոթերապիայի արդյունավետության նոր ի հայտ եկած ապացույցներ կան: Հիմնավոր ապացույցներ կան, որ պրազոսինը և ռիսպերիդոնը արդյունավետ են ի լրումն այլ դեղաբանական բուժումների կիրառելու դեպքում: Հրատապ պահանջ է, որ ՀՏՍԽ ունեցող մարդկանց առաջարկվեն ներկայումս առկա ապացույցների վրա հիմնված օպտիմալ դեղորայքային բուժումներ: Կարևոր է նաև, որ հետագա աշխատանքներ իրականացվեն ՀՏՍԽ-ի

նյարդակենսաբանությունը ավելի հիմնովին հասկանալու ուղղությամբ, և օգտագործել այդ գիտելիքները ավելի արդյունավետ դեղամիջոցներ ստեղծելու համար :

Մեծահասակների ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ առաջարկությունների սեղմ ընդհանրացում

1	Ախտորոշելիս պետք է նշել, որ Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը տրավմայի հետ կապված խանգարումների միայն մեկ, յուրահատուկ ձև է:
2	Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը պետք է ախտորոշվի ICD-ի ներկայիս տարբերակի կլինիկական չափանիշներին համապատասխան:
3	Ախտորոշումը հաստատելու համար պետք է օգտագործվեն փսիխոմետրիկ թեստեր և հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման համար (ՀՏՄԽ) հատուկ կառուցվածքային կլինիկական հարցազրույցներ:
4	Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման դեպքում առաջին գծի բուժումը տրավմայի վրա կենտրոնացած հոգեթերապիան է: Տրավմայի վրա կենտրոնացած հոգեթերապիա պետք է առաջարկվի հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող յուրաքանչյուր բուժառույժ:
5	Բացի տրավմայի վրա կենտրոնացած միջամտություններից, բուժման մեջ պետք է պարզաբանվեն և հաշվի առնվեն նաև այլ խնդիրներ և ախտանշաններ, ինչպիսիք են բռնության զոհերի հետագա զոհ դառնալու ռիսկը, սգո գործընթացները, սոցիալական վերակողմնորոշումը, վերազնահատումը և ինքնազնահատականի կայունացումը:
6	Դեղորայքային թերապիան չպետք է օգտագործվի որպես հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման միակ կամ հիմնական բուժում:
7	Եթե տեղեկացված և միասնական որոշումների կայացման գործընթացից հետո դեղամիջոցը նախընտրելի է դառնում՝ չնայած դրա սահմանափակ ազդեցությանը, ապա պետք է առաջարկվեն միայն սերտրալինը, պարոքսետինը կամ վենլաֆաքսինը սկզբում որպես մոնոթերապիա:
8	Բենզոդիազեպինները չպետք է օգտագործվեն
9	Հիվանդանոցային պայմաններում դրական կլինիկական փորձի հիման վրա լրացուցիչ բուժումները ինչպիսիք են՝ աշխատանքային թերապիան, արտ-թերապիան, երաժշտական թերապիան, մարմնի և շարժման թերապիան կամ ֆիզիոթերապիան, կարող են առաջարկվել որպես տրավմայի համար հատուկ, բազմամոդալ բուժման պլանի մաս:
10	Համաձայն ICD-11-ի՝ տրավմայի վրա կենտրոնացած հոգեթերապիայի բուժումը պետք է իրականացվի տրավմայի վրա կենտրոնացած տեխնիկաների, ինչպես նաև հույզերի կարգավորման տեխնիկաների և հարաբերությունների խնդիրների բարելավման տեխնիկաների համադրությամբ՝ դիսֆունկցիոնալ միջանձնային օրինաչափությունները լուծելու միջոցով:
11	Ախտորոշման և բուժման պլանավորման ժամանակ պետք է հաշվի առնել, որ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման դեպքում ուղեկցող խանգարումները կանոն են, այլ ոչ թե բացառություն:
12	ՀՏՄԽ-ի բուժման ցուցումը որոշելիս, կլինիկական ուղեկցող հիվանդությունները և կայունությունը պետք է հաշվի առնվեն ընդհանուր բուժման պլանում՝ համատեղ որոշումների կայացմամբ:
13	Վտանգավոր ախտանիշներն ու վարքագծերը (օրինակ՝ ինքնասպանության հակում, փսիխոտիկ ախտանիշներ, դիսոցիատիվ

	ախտանիշներ, ինքնավնասում, ուրիշների նկատմամբ ագրեսիա, թմրամիջոցների օգտագործում), որոնք հանգեցնում են վարքային վերահսկողության լուրջ խանգարումների, ներկայացնում են տրավմայի վրա կենտրոնացած մոտեցման հարհարաբերական հակացուցում:
--	--

Գլուխ 7. Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում երեխաների և դեռահասների մոտ

Տրավմատիկ իրադարձությունների և Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման հաճախականությունը

DSM-V, ICD-10 և ICD-11-ի համաձայն տրավմատիկ իրադարձությունների սահմանումը էականորեն չի տարբերվում մեծահասակների, երեխաների կամ դեռահասների համար: Բացառություն է կազմում DSM-V-ի սահմանումը՝ 6 տարեկանից փոքր երեխաների համար, որը շեշտում է խնամողների դերը:

Համաձայն DSM-V-ի (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013, էջ 271), երեխայի կամ դեռահասի համար տրավմատիկ իրադարձությունը սպառնալիքի հետ կապված իրադարձություն(ներ) է: Այս իրադարձությունը կարող է ներառել մահ, հարձակում, համայնքային կամ ընտանեկան բռնություն, երեխաների նկատմամբ բռնություն, սեռական բռնության ցանկացած ձև, պատահական կամ բնական աղետ, պատերազմ կամ ահաբեկչություն: Այն կարող է անմիջականորեն զգացվել, ականատես լինել կամ պատահել մտերիմ մարդու հետ:

Չնայած մանկության տարիներին տրավմայի ենթարկվելը տարածված փորձառություն է, այն ունի բազմաթիվ էապես տարբեր ձևեր: Գրականության մեջ հիմնական տարբերակումը տրավմայի ոչ միջանձնային և միջանձնային տեսակների միջև է:

Ոչ Միջանձնային տրավման ներառում է այնպիսի փորձառություններ, ինչպիսիք են վթարները, աղետները, սիրելիի հանկարծակի կորուստը պատահական վնասվածքի պատճառով և այլ ոչ միտումնավոր վնասվածքները: Սիրելիի հանկարծակի կորուստը, մասնավորապես ծնողի կամ քրոջ, կամ եղբոր մահը, մանկության տարիներին հաճախ հանդիպող տրավմատիկ կյանքի իրադարձություն է (212, 213):

Միջանձնային տրավմայի տեսակները ներառում են դիտավորյալ վնասի փորձառություններ, ինչպիսիք են ընտանեկան և համայնքային համատեքստում ապրած և/կամ ականատես եղած ֆիզիկական բռնությունը, սեռական բռնությունը, ահաբեկչությունը և պատերազմը: (214)

Բոլոր երեխաների և դեռահասների կեսից ավելին մեծահասակ դառնալուց առաջ ապրում է մեկ կամ մի քանի պոտենցիալ տրավմատիկ իրադարձություն (215, 216, 217): Նման իրադարձությունների հաճախականությունը մեծապես կախված է այն սոցիալական, հասարակական և շրջակա միջավայրի պայմաններից, որոնցում անհատը մեծանում է: Այն երկրներում, որտեղ կա պատերազմ, սոցիալական անարդարության բարձր մակարդակ կամ շրջակա միջավայրի աղետների ռիսկ, տրավմատիկ իրադարձությունների և հետևաբար, տրավմայի հետ կապված խանգարումների ենթարկվելու ռիսկերը մեծանում են: Մետա-վերլուծության մեջ, որը ներառում էր նաև ոչ ներկայացուցչական ուսումնասիրություններից ստացված տվյալներ, Ալիսիչը և այլոք (218) պարզել են, որ միջինում պոտենցիալ տրավմատիկ իրադարձության ենթարկված երեխաների և դեռահասների 15.9%-ի մոտ զարգացել է Հետտրավմատիկ սթրեսային

խանգարում (պայմանական տարածվածություն): Գերմանական ներկայացուցչական ուսումնասիրության մեջ (219), տղամարդկանց 25.5%-ը և կանանց 17.7%-ը (14-ից 24 տարեկան) հայտնել են, որ արդեն ունեցել են տրավմատիկ իրադարձություն, իսկ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՅՍԽ) տարածվածությունը ողջ կյանքի ընթացքում կազմել է 1.3%: ԱՄՆ-ում 13-ից 17 տարեկան դեռահասների ներկայացուցչական հարցումը ցույց է տվել, որ դեռահասների 62%-ը ունեցել է տրավմատիկ իրադարձություն, իսկ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման տարածվածությունը ողջ կյանքի ընթացքում կազմել է 4.7% (220): Անգլիայում և Ուելսում երիտասարդների 31%-ը հայտնել է տրավմայի ենթարկվելու մասին մինչև 18 տարեկանը (221): Շվեյցարական ուսումնասիրության մեջ (222) 14-ից 16 տարեկան հարցված ուսանողների 56%-ը հայտնել է, որ ունեցել է տրավմատիկ իրադարձություններ: Բոլոր հարցվածների 4.2%-ը համապատասխանում էր DSM-IV-ի չափանիշների համաձայն ներկայիս հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման չափանիշներին: Բոլոր երեք ուսումնասիրություններում աղջիկների մոտ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումից տառապելու հավանականությունը երկու անգամ ավելի բարձր էր, քան տղաների մոտ:

Ռիսկի գործոններ

Չնայած ցանկացած երեխա կարող է ենթարկվել տրավմայի, ոչ բոլոր երեխաներն են հավասար ռիսկի խմբում. ազդեցությունը կապված է մի շարք գործոններից հետ տարբեր մակարդակներում: Արտաքին վարքագծի խնդիրներ, հաշմանդամություն և այլ «տարբերություններ» ունեցող երեխաները կարծես թե ավելի բարձր ռիսկի են ենթարկվում վթարների և բռնության ենթարկվելու (223,224): Ընտանեկան մակարդակում ցածր սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակը և/կամ ընտանիքի գործունեության հետ կապված դժվարությունները, ինչպիսիք են հոգեկան առողջության խնդիրները, թմրամոլությունը կամ ամուսնական կոնֆլիկտը, կարող են երեխային ենթարկել ազդեցության բարձր ռիսկի (օրինակ՝ վերահսկողության բացակայության պատճառով, 225,226): Համայնքի և երկրի մակարդակով, սոցիալ-տնտեսական անբարենպաստությունը նույնպես ռիսկի գործոն է ներկայացնում. բարձր հանցագործության մակարդակ ունեցող թաղամասերը, տրամաբանորեն, ավելի բարձր ռիսկ են ներկայացնում երեխաների բռնության ենթարկվելու համար (227), իսկ ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում ապրող երեխաները ավելի բարձր ռիսկի են ենթարկվում աղետների և հակամարտությունների (օրինակ՝ տե՛ս Demyttenaere, at all 2004 (228):

Ցուցանիշները ավելի բարձր են բնակչության այն խմբերում, որոնք ներառում են երեխաներ՝ հոգեբուժական ստացիոնար հաստատություններում, երեխաների բարեկեցության և անչափահասների արդարադատության հաստատություններում (Dierkhising և այլք, 2013; Havens և այլք, 2012; Salazar, Keller, Gowen, & Courtney, 2013): Ինչպես նաև ավելի բարձր ցուցանիշներ են հայտնաբերվել աղջիկների շրջանում:

Այսպիսով, նախորդող տրավմայի անամնեզը, նախորդ հոգեբուժական պատմությունը, ընտանեկան հոգեախտաբանությունը և սոցիալական անբարենպաստությունը կարող են մեծացնել հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ռիսկը:

խանգարման պրոֆիլը և ընթացքը

Ներկայումս, գրեթե բոլոր հրապարակված ուսումնասիրությունները հղում են կատարում DSM-IV-ի չափանիշներին (229), որոնք պահանջում են մեկ ախտանիշ վերապրման ոլորտից, երեքը՝ խոսափման ոլորտից և երկուսը՝ գերգրգռվածության ոլորտից: Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման չբուժված ընթացքի վերաբերյալ ուսումնասիրությունները հազվադեպ են, բայց ցույց են տալիս ախտանիշների կայունության բարձր աստիճան: Շիրինգան և այլք (230) ուսումնասիրել են նախադպրոցական տարիքի երեխաներին երեք ժամանակային կետերում երկու տարվա ընթացքում և հայտնաբերել են ախտանիշների բարձր կայունություն: Հետ տրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտորոշումը առաջին ժամանակային կետում (տրավմայից չորս ամիս անց) կանխատեսել է խանգարման աստիճանը երկու տարի անց: Օսոֆսկին և այլք (231) բնական աղետներից (օրինակ՝ փոթորիկներ, նավթի թափումներ) հետո չորս տարվա ընթացքում բացահայտել են չորս հետագիծ. հետագոտված ավելի քան 4000 երեխաների (3-ից 12 տարեկան) 52%-ը ցուցաբերել է կայուն, թույլ ախտանիշներ, երկրորդ խումբը ցուցաբերել է ախտանիշների զգալի նահանջ (21%), երրորդ խումբը ցուցաբերել է ախտանիշների աճ (18%), իսկ չորրորդ խումբը ցուցաբերել է կայուն, բարձր ախտանիշներ (9%): Հարցվածների 39%-ի հետագծերը փոխվել են: Այս տարբեր հետագծերը ընդգծում են տրավմատիզացված երեխաներին վերահսկելու անհրաժեշտությունը, նույնիսկ եթե նրանք նորմալ են ՀՍԽ-ի առումով տրավմայից կարճ ժամանակ անց: Մյուս կողմից, դրանք նաև ցույց են տալիս, որ երեխաների զգալի մասը վերականգնվում է առանց միջամտության: Որոշակի պոտենցիալ տրավմատիկ իրադարձություններ, մասնավորապես քրոնիկ միջանձնային բնույթի իրադարձությունները (օրինակ՝ սեռական կամ ֆիզիկական բռնությունը), կարող են կապված լինել մեծահասակ շրջանում լուրջ հոգեկան խանգարումների, վարքային խնդիրների և ֆիզիկական հիվանդությունների մի շարքի հետ (232-234):

Ուղեկցող խանգարումներ

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը (ՀՍԽ) հաճախ ուղեկցվում է այլ խանգարումներով: Պերկոնիզը և այլք (219) պարզել են, որ դեռահասների և երիտասարդների 87.5%-ն ունեցել է առնվազն մեկ լրացուցիչ ախտորոշում, իսկ 77.5%-ը՝ երկու կամ ավելի: Բնական աղետներից փրկված երեխաների և դեռահասների հոգեկան առողջության վերաբերյալ 25 ուսումնասիրությունների մետա-վերլուծության մեջ ՀՍԽ-ի մակարդակը կազմել է մինչև 95%, իսկ դեպրեսիայի մակարդակը տատանվել է 1.6%-ից մինչև 81% (235): Հատկապես բարձր է ուղեկցող հիվանդությունների մակարդակը (88.6%) նաև «Կատրինա» փոթորկից տուժած նախադպրոցական երեխաների մոտ (236): Այս ուսումնասիրության մեջ ամենատարածված ուղեկցող հիվանդություններն էին վարքային խանգարումը (60.6%), դեպրեսիան (57.1%), ուշադրության դեֆիցիտի և հիպերակտիվության համախտանիշը (33%) և տագնապային խանգարումները (33.3%):

Ավստրալիական ուղեցույցները (5) ամփոփում են ամենատարածված ուղեկցող խանգարումները ըստ տարիքի (տե՛ս աղյուսակ 2):

Աղյուսակ 2

Նախադրողական տարիքային խումբ	Վաղ դպրոցական տարիքային խումբ	Դեռահասներ
- Չակադրության հրահրող խանգարում - Բաժանման տագնապային խանգարում - ADHD - Դեպրեսիա - Հատուկ ֆոբիաներ - Վարքային խանգարումներ	- Տագնապային խանգարումներ - Դեպրեսիա - ADHD - Վարքային խանգարումներ	- Տագնապային խանգարումներ - Դեպրեսիա - Ինքնասպանության մտքեր - Ինքնավնասում - Թմրամոլություն - Վարքային խանգարումներ

Տարբերակվում են Չետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՉՍԽ) առաջացմանը նախորդող և երկրորդային ուղեկցող հիվանդությունները: Վերոնշյալ ուսումնասիրության մեջ, որը կատարվել է Պերկոնիգի և այլոց կողմից (219), 14-ից 24 տարեկան մարդկանց շրջանում, դեպրեսիան (62.5%), թմրամոլությունը կամ կախվածությունը (65.9%), նիկոտինային կախվածությունը (60.0%) և ագորաֆոբիան (խուճապային խանգարմամբ կամ առանց դրա) ամենատարածված երկրորդային խանգարումներն էին: ՉՍԽ-ին նախորդող ամենատարածված խանգարումներն էին պարզ ֆոբիաները (71%), սոմատոֆորմ խանգարումները (64%) և սոցիալական ֆոբիաները (62.2%):

Դիֆերենցիալ ախտորոշում

Դիֆերենցիալ ախտորոշման առումով, Չետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը (ՉՍԽ) պետք է տարբերակվի այլ խանգարումներից, որոնք կարող են առաջանալ ծանր սթրեսի հետևանքով և ամփոփված են ICD-11-ի «Տրավմա և սթրեսային խանգարումներ» գլխում: Դրանք ներառում են բարդ ՉՍԽ, հարմարվողականության խանգարում, մշտական վշտի խանգարում, ռեակտիվ կապվածության խանգարում: ՉՍԽ-ն այս խանգարումներից տարբերակելու համար կարևոր է ճշգրիտ գնահատել երեխաների և դեռահասների ախտանիշները՝ օգտագործելով ստանդարտացված և վավերացված գնահատման գործիքներ: Սուր սթրեսային ռեակցիան, որը ICD-10-ում դեռևս նկարագրված էր որպես տրավմատիկ իրադարձությունից հետո սուր փուլի ախտորոշում, այլևս չի ներառվում ICD-11-ում որպես հոգեկան խանգարում:

Ավելին, մանկության և պատանեկության շրջանում դիֆերենցիալ ախտորոշում կատարելիս պետք է հաշվի առնել, որ ՉՍԽ-ի որոշ գերգրգռված ախտանիշներ (օրինակ՝ կենտրոնանալու դժվարություն, դյուրագրգռություն, զայրույթի պոռթկումներ), հատկապես փոքր երեխաների մոտ, կարող են սխալմամբ մեկնաբանվել որպես ուշադրության դեֆիցիտի և հիպերակտիվության խանգարման (ՈՒԴՀ) ախտանիշներ, կամ տարրական դպրոցում և պատանեկության շրջանում՝ որպես վարքային խանգարում: Այս երկու խանգարումները տարբերակելու համար կարևոր է ուշադիր գնահատել ախտանիշների ժամանակային առաջընթացը անամնեզի ընթացքում: Միայն տրավմատիկ իրադարձությունից հետո զարգացող ախտանիշները կարող են

առաջանալ դրա պատճառով: Ավելին, վերապրման և խոսափման ախտանիշները ուշադրության դեֆիցիտի և հիպերակտիվության (ADHD) մաս չեն կազմում և բնորոշ չեն նաև վարքային խանգարմանը: Վերջապես, վերապրման արտահայտված ախտանիշները (օրինակ՝ ֆլեշբեքեր, ծանր դիսոցիալիկ ախտանիշներ) նույնպես կարող են շփոթել հոգեկան այլ խանգարումների ախտանիշների հետ: Այնուամենայնիվ, դրանցից տարբերակումը հեշտությամբ հնարավոր է մանրակրկիտ հարցման և ախտորոշման միջոցով:

Պատանեկության շրջանում Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը պետք է տարբերակել նաև անձի սահմանային խանգարումից, որը կարող է նաև զարգանալ քրոնիկ տրավմայի հետևանքով:

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտորոշման չափանիշների առանձնահատկությունները երեխաների և դեռահասների մոտ

Մանկության և պատանեկության շրջանում հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտորոշումը պետք է հիմնված լինի կլինիկական չափանիշների և տարիքին համապատասխան կլինիկա-հոգեբանական ախտորոշման ընդհանուր սկզբունքների վրա(237): Այն հիմնված է կլինիկական արդյունքների վրա, որոնք ստացվում են երեխայի կլինիկական հետազոտության ընթացքում (զրույց, խաղ, վարքային դիտարկում) և լրացվում է հետագա գործնական ախտորոշմամբ՝ հարցազրույցների և/կամ հարցաթերթիկների տեսքով (ինքնագնահատում, ծնողական գնահատում կամ արտաքին գնահատում): Մանկության և պատանեկության շրջանում հատկապես կարևոր է մանրամասն բժշկական պատմության, ինչպես նաև ընտանեկան և դպրոցական ներկա հանգամանքների հավաքագրումը: Ինչպես նաև պետք է հստակորեն տրվեն նաև պոտենցիալ տրավմատիկ իրադարձությունների փորձի վերաբերյալ կոնկրետ հարցեր: Ավելին, տրավմայի ենթարկվելուց հետո ուղեկցող խանգարումների և ախտանիշների բարձր մակարդակի պատճառով, կարևոր է ապահովել, որ ախտորոշումը լինի լայնածավալ և չսահմանափակվի հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման հատուկ ախտանիշներով, նույնիսկ մանկության շրջանում: Զանի որ ծնողները հաճախ թերագնահատում են իրենց երեխաների ներքինացնող ախտանիշները, միշտ անհրաժեշտ է անձամբ երեխայի անմիջական հետազոտություն (238-240): Կարևոր է նաև գնահատել ֆունկցիոնալ սահմանափակումները ախտորոշման գործընթացի ընթացքում, որոնք պետք է հաշվի առնվեն գնահատման ժամանակ:

Ախտորոշիչ չափանիշներ՝ համաձայն ICD-ի և DSM-ի

Պետք է նշել, որ ներկայիս ICD-10 չափանիշները, ինչպես նաև ICD-11-ի համար ՀՏՄԽ-ի ախտորոշման վերաբերյալ մինչ այժմ հասանելի տեղեկատվությունը չի պարունակում երեխաների համար որևէ առանձնահատկություն (232): Ի տարբերություն դրա, DSM-V-ում նշում է երեխաներին բնորոշ ախտանիշներ, որոնք արդեն ներկայացվել են նախորդ վերանայման մեջ: DSM-IV-ի ախտորոշման չափանիշները սկզբնապես համարվում էին՝ ա) չափազանց խիստ երեխաների և դեռահասների համար, քանի որ շատ ծանր խանգարումներ ունեցող երեխաներ և դեռահասներ չէին

համապատասխանում ախտորոշիչ շեմին. բ) դժվար գնահատելի և, հետևաբար, անվավեր (օրինակ՝ նախադպրոցական տարիքում բռնության գրանցում) և գ) քիչ զգալուն երեխային բնորոշ ախտանիշների ձևերի նկատմամբ (241): Հետագայում, DSM-IV TR-ում (242) փոփոխություններ կատարվեցին 6 տարեկանից բարձր երեխաների համար, նշելով, օրինակ, որ բռնությունը կարող է տեղի ունենալ նաև կրկնվող խաղերի ժամանակ, որ տրավմատիկ իրադարձությունից հետո երազները պարտադիր չէ, որ պարունակեն տրավմայի հետ կապված բովանդակություն, և որ դիսոցիատիվ ռեակցիաները, ինչպիսիք են ֆլեշբեքերը, կարող են նաև դրսևորվել խաղի մեջ վերակենդանացումների տեսքով: Այս փոփոխությունները մնացին DSM-V-ում: Ավելին, Շիրինգայի և այլոց նախնական աշխատանքի հիման վրա (243, 244), 6 տարեկան և ավելի փոքր երեխաների չափանիշները ձևակերպվեցին ավելի ազատ. Ա չափանիշի համաձայն տրավմատիկ իրադարձության առկայությունից բացի, պետք է առկա լինի վերապրման ոլորտի առնվազն մեկ ախտանիշ, բայց միայն մեկ ախտանիշ՝ խուսափման կամ բացասական ճանաչողական և աֆեկտիվ փոփոխությունների ոլորտից, ինչպես նաև գերգրգռվածության երկու ախտանիշ:

DSM-V-ում, ավելի մեծ երեխաների (6 տարեկան և բարձր) հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտորոշիչ չափանիշները նույնն են, ինչ մեծահասակների մոտ, որտեղ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը հասկացվում և ախտորոշվում է որպես ախտանիշների չորս գործոնանոց մոդել՝ տրավմայի վերապրում, տրավմայի հետ կապված խթաններից մշտական խուսափում, ճանաչողության և տրամադրության բացասական փոփոխություններ, ինչպես նաև գերգրգռվածություն և ռեակտիվություն: DSM-V-ի տեքստում կան որոշ զարգացման չափանիշներ՝ հաշվի առնելով այն փաստը, որ երեխաների տրավմատիկ սթրեսային ռեակցիաները կարող են տարբեր կերպ դրսևորվել մեծահասակներից: Օրինակ, նշվում է, որ ներխուժող հիշողությունները կարող են դրսևորվել կրկնվող, տրավմայի թեմայով խաղերի միջոցով, և որ մղձավանջները կարող են չունենալ տրավմա սպեցիֆիկ բովանդակություն (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013):

Կրտսեր երեխաների համար (6 տարեկանից փոքր) գոյություն ունի ախտորոշիչ չափանիշների առանձին հավաքածու, որը մշակվել է նախադպրոցական շրջանում հետտրավմատիկ սթրեսային ռեակցիաների դրսևորման զգալի տարբերությունների վերաբերյալ հետազոտությունների հիման վրա (տե՛ս Scheeringa et al., 2011): Այս «նախադպրոցական» ենթատիպում ճանաչողության/տրամադրության բացասական փոփոխությունները միավորվում են ախտանիշների մեկ կլաստերի մեջ: Բացի այդ, որոշ ախտանիշներ, որոնք հանդիպում են ավելի մեծ երեխաների և մեծահասակների չափանիշներում, բացառվում են (օրինակ՝ ճանաչողական ախտանիշներ, որոնք նախադպրոցականները հավանաբար չեն դրսևորի կամ նկարագրի, ինչպիսիք են՝ ինքնության/աշխարհի/ապագայի վերաբերյալ բացասական համոզմունքները և ինքնության/ուրիշների մշտական մեղադրումը): Ավելին, նախադպրոցական ենթատիպի չափանիշների շրջանակներում կա հստակ ճանաչում, որ որոշ ախտանիշներ կարող են այս տարիքային խմբում առկա լինել տարբեր կերպ, քան ավելի մեծ երեխաների/մեծահասակների մոտ: Օրինակ՝ այն է, որ «ինքնաբուխ և ներխուժող հիշողությունները պարտադիր չէ, որ նկատելի լինեն» և որ

«նշանակալի գործունեության նկատմամբ հետաքրքրության նվազումը» կարող է արտացոլվել «խաղի սահմանափակմամբ»:

Այնուամենայնիվ, ներկայիս տվյալների հիման վրա կարելի է ենթադրել, որ նախադպրոցական տարիքում հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտորոշումը կամ տրավմատիկ ապրումների նկատմամբ արձագանքները չեն կարող բավարար չափով արտացոլվել առկա չափանիշների և խանգարման սահմանումների միջոցով: Օրինակ, ներկայիս սահմանման համաձայն, այնպիսի իրադարձություններ, ինչպիսիք են հոգեբանական բռնությունը, անտեսումը կամ կապվածության տրավման, որոնք բոլորն էլ տարածված են երիտասարդ տարիքում, չեն համարվում տրավմա՝ համաձայն ICD-ի կամ DSM-ի: Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը (ՀՏՍԽ) նաև քիչ է ներկայացված 7-ից 13 տարեկան երեխաների մոտ, ովքեր հաճախ չեն համապատասխանում խանգարման բոլոր չափանիշներին: Այս տարիքային խմբի հետ կապված համաճարակաբանական ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս ՀՏՍԽ-ի ավելի ցածր մակարդակ, մինչդեռ տրավմատիկ իրադարձություն ապրելու հավանականությունն արդեն իսկ բարձր է, ինչը ենթադրում է, որ ախտորոշիչ չափանիշները վատ են համապատասխանում այս տարիքի երեխաների համար: (245) Հետևաբար, բուժման շատ ուսումնասիրություններ ներառում են նաև երեխաներ և դեռահասներ, ովքեր, չնայած հետտրավմատիկ ախտանիշների բարձր բեռ ունեն, չեն համապատասխանում բոլոր ախտանիշների կլաստերների համար անհրաժեշտ չափանիշներին: Այսպիսով, երբ ՀՏՍԽ-ի բոլոր չափանիշները չեն բավարարվում, ֆունկցիոնալ խանգարումը զգալիորեն ավելի կարևոր է դառնում որպես հոգեթերապիայի նշանակման որոշման չափանիշ: Նման խանգարումները դրսևորվում են սոցիալական և միջանձնային ոլորտներում, դպրոցում, ընտանիքում, ինչպես նաև հասակակիցների հետ փոխհարաբերություններում: Հետևաբար, միջազգային ուղեցույցները, ինչպիսիք են NICE-ի ներկայիս ուղեցույցները, դիտարկում են միջամտական ուսումնասիրություններ երեխաների և դեռահասների հետ, եթե նմուշի առնվազն 70%-ը ցուցաբերում է ՀՏՍԽ:

Սուր սթրեսային խանգարում

Ըստ DSM-V-ի չափանիշների՝ ՍՍԽ-ն ախտորոշվում է, եթե երեխան/դեռահասը ցուցաբերում է բարձր մակարդակի ախտանիշաբանություն (կապված ֆունկցիոնալության խանգարման հետ) տրավմայից հետո 3 օրից մինչև 1 ամիս, ախտանիշներով հետևյալ ոլորտներում՝ վերապրում, խուսափում, բացասական ճանաչողության/տրամադրության փոփոխություններ, գրգռվածություն/ռեակտիվություն և/կամ դիսոցիացիա:

ICD 11-ը չի ներառում համապատասխան դասակարգումը. փոխարենը սուր սթրեսը համարվում է տրավմատիկ իրադարձության նկատմամբ նորմալ արձագանք:

Երեխաների և դեռահասների մոտ ՍՍԽ-ի վերաբերյալ հետազոտությունները հիմնականում տեղի են ունեցել վթարային տրավմաների համատեքստում: Այս համատեքստում մտահոգություններ են առաջացել երեխաների համար DSM չափանիշների զգալունության վերաբերյալ: Օրինակ՝ Կասամ-Ադամսը և նրա գործընկերները (2012) համատեղել են Միացյալ

Նահանգներում, Միացյալ Թագավորությունում, Ավստրալիայում և Շվեյցարիայում անցկացված 15 հիվանդանոցային ուսումնասիրությունների տվյալները (246). նրանք պարզել են, որ երեխաների և դեռահասների 41%-ը կլինիկորեն համապատասխան խանգարումներ է ունեցել, սակայն միայն 12%-ն է բավարարել ներկայիս ՍՍԽ-ի չափանիշներին:

Վերջին տվյալները ցույց են տալիս, որ ՍՍԽ-ն չի գործում որպես «համալիր» մեթոդ հետտրավմատիկ հոգեկան առողջության հետ կապված դժվարությունների ռիսկի տակ գտնվողներին նույնականացնելու համար (Մեյզեր Ստեֆան և այլք, 2017(247)): Ավելի լայնածավալ գնահատումը, որը ներառում է դեպրեսիան, կարող է ավելի արդյունավետ մոտեցում լինել երիտասարդներին նույնականացնելու համար, որոնք ռիսկի տակ են ուշ շրջանի դժվարությունների, չնայած սա դեռևս մանրակրկիտ փորձարկված չէ:

Երկարատև վշտի խանգարում

Վերջին տարիներին ավելի մեծ ուշադրություն է դարձվում երեխաների և երիտասարդների կողմից կրած վշտի հետ կապված հոգեբանական դժվարություններին, ըմբռնմանը, երբ նրանց տրավման ներառում է իրենց մտերիմ մեկի մահը (Kaplow et al. 2012 (248)): Իրոք, տրավմատիկ մահվան ի պատասխան, երեխաների մոտավորապես 10%-ը զարգացնում է երկարատև կամ «բարդ» վշտի ռեակցիաներ, որոնք տարբերվում են վշտի հետ կապված հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումից և դեպրեսիայից (249, 250, 251): Այս պատասխանները կապված են զգալի ֆունկցիոնալ խանգարման հետ և սովորաբար բնութագրվում են ինտենսիվ կարոտով, կորստի ընդունման դժարությամբ, արտահայտված զայրույթով և կյանքի անիմաստության զգացումով:

DSM-ը դեռևս չի ճանաչում այս խանգարումը պաշտոնական ախտորոշիչ կատեգորիայի միջոցով, սակայն «մշտական բարդ սգի խանգարումը» թվարկվել է DSM-V-ի «պայմաններ» բաժնում (Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, 2013): ICD-11-ում ներկայացվել է պաշտոնական ախտորոշիչ կատեգորիա՝ նկարագրելու համար սգի հետ կապված ռեակցիաները, որոնք պահանջում են կլինիկական ուշադրություն, մասնավորապես՝ ձգձգված վշտի խանգարում (ՁՎԽ): Հիմնական ախտանիշներից են՝ կարոտը և նրա հետ կապված մտահոգությունները, ինչպես նաև հուզական տառապանքը և ֆունկցիոնալ խանգարումները, որոնք շարունակվում են անձի մահից հետո 6 ամսից ավել և գերազանցում են մարդու՝ տվյալ իրավիճակում և մշակույթում ընդունված, նորմալ ապրումները:

Արտաքին վարքագիծ/Էքստերնալիզացված վարքագիծ

Մինչդեռ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը, դեպրեսիան և անհանգստությունը ներքինացման խնդիրների օրինակներ են, տրավմայի ենթարկված երեխաները կարող են նաև ցուցաբերել արտաքինացման վարքագծի խնդիրներ (Whitson & Connell, 2016 (252), ինչպիսիք են ըմբոստ կամ ընդդիմադիր վարքագիծը (Li et al., 2016 (253), վարքային խնդիրները (Reigstad & Kvernmo, 2016 (254), և ուշադրության դեֆիցիտի/հիպերակտիվության խանգարման

ախտանշանները (Hunt, Slack, & Berger, 2017 (255): Դեռահասության շրջանում միջանձնային բռնությունը և երեխաների նկատմամբ բռնությունը կապված են ոչ միայն հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման և դեպրեսիայի հետ, այլև հանցագործության, թմրամոլության և ռիսկային սեռական վարքագծի հետ (256,257,258): Այս վարքագծերին համապատասխան, դեռահասների շրջանում ակոհողի օգտագործման մակարդակը կապված է եղել մանկության տարիներին վատ վերաբերմունքի և բռնության հետ, և արտաքին վարքագիծը կարող է ներկայացնել այս երկուսի միջև կապը (259):

Ֆիզիկական առողջության խնդիրներ

Չնայած կան համոզիչ ապացույցներ, որ մանկության տարիներին բռնությունը մեծացնում է մեծահասակների մոտ ֆիզիկական առողջության հետ կապված խնդիրների առաջացման ռիսկը, քիչ հետազոտություններ են կենտրոնացել երեխաների և դեռահասների սոմատիկ գանգատների վրա, որոնք առաջացել են տրավմայից հետո, երբ նրանք դեռ փոքր են: Այնուամենայնիվ, գլխացավերը, միգրենը և ստամոքսի ցավերը կապված են եղել միջանձնային բռնության հետ (260): Ավելին, տրավման և միջանձնային բռնությունը, կարծես, մեծացնում են սննդային խանգարումների, ավելորդ քաշի (261,262,263), քրոնիկ ցավի (264) և հենաշարժական ապարատի խնդիրների (265, 266) ռիսկը: Տրավմատիկ իրադարձություններից հետո առաջացած անբարենպաստ սոմատիկ արդյունքները հիմնականում համարվել են հետտրավմատիկ սթրեսի արդյունք (267): Այնուամենայնիվ, քննարկվել է նաև, որ երեխաների մոտ սոմատիկ խնդիրները թերժանաչված են, քանի որ դրանք ընկալվում են որպես հոգեբանական ախտանիշների նկատմամբ երկրորդական (268): Մենք դեռևս լիովին չենք հասկանում մանկության տարիներին տրավմայից և բռնությունից հետո ֆիզիկական և հոգեկան առողջության խնդիրների փոխազդեցությունը: Այնուամենայնիվ, բռնության կամ տրավմայի ազդեցության տակ առաջացած սոմատիկ առողջական խնդիրները կարող են ազդել երեխայի դպրոց հաճախելու, ժամանցի միջոցառումներին մասնակցելու և սոցիալական հարաբերություններում ներգրավվելու ունակության վրա:

Դպրոցական կամ ակադեմիական առաջադիմության դժվարություններ

Ե՛վ սուր, և՛ քրոնիկ տրավմատիկ իրադարձությունները բացասաբար են անդրադառնում դպրոցում ճանաչողական գործառույթների, ակադեմիական արդյունքների և սոցիալական ու հուզական վարքի վրա (269,270): Բռնության ենթարկված կամ անտեսված երեխաների մոտ ուսման դժվարությունները կարող են կապված լինել նրանց վարքային դժվարությունների հետ, որոնք կարող են նաև տարբեր լինել՝ կախված բռնության տեսակից: Օրինակ՝ անտեսված երեխաները կարող են ավելի քիչ սոցիալական փոխազդեցություն ցուցաբերել իրենց դասընկերների հետ, մինչդեռ ֆիզիկական բռնության ենթարկված երեխաները կարող են դրսևորել ագրեսիվ վարքագիծ (271): Ուստի պետք է ընդգծել բժիշկների, մանկավարժների և ծնողների միջև սերտ համագործակցության անհրաժեշտությունը (272):

Վերադարձը որպես արդյունք

Մտահոգիչ եզրակացություն է այն, որ միջանձնային բռնության ենթարկված երեխաներն ու դեռահասները նոր բռնության ենթարկվելու (վերադարձը) ռիսկի են ենթարկվում ոչ միայն մանկության ուշ շրջանում, այլև մեծահասակ տարիքում (273): Մանկական սեռական բռնությունից հետո սեռական բռնության վերադարձի ռիսկը վաղուց հայտնի է (274), բայց վերջերս ցույց է տրվել, որ ցանկացած մանկական բռնության զոհ դառնալը հանգեցնում է էական խոցելիության վերադարձի համար՝ այլ տեսակի տրավմաների միջոցով (273): Վերադարձի այս ռիսկը շատ հեռավոր սպառնալիք չէ, և ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ մանկության տարիներին բռնության ենթարկված երիտասարդների մոտ մեկ երրորդը վերադարձը ապրել է 12-18 ամսվա ընթացքում (275):

Տրավմայի և ազդեցության պլանային սկրինինգ

Սկրինինգը որպես հնարավորություն

Տրավմայի ազդեցության սկրինինգը առաջին և անհրաժեշտ քայլն է շարունակական վնասի և վարքային առողջության հետ կապված խնդիրների ռիսկի տակ գտնվող երեխաներին նույնականացնելու համար, քանի որ երեխաները սովորաբար ինքնուրույն չեն հայտարարում իրենց տրավմատիկ փորձառությունների մասին: Տրավմայի ազդեցության սկրինինգը և/կամ տրավմայի ազդեցության կարճատև սկրինինգը կարող են իրականացվել առաջնային խնամքի կամ ոչ մասնագիտացված վարքային առողջության հաստատություններում: Երեխաները, նույնիսկ նրանք, ովքեր ստանում են վարքային առողջության ծառայություններ, հաճախ չեն հայտնում իրենց տրավմատիկ փորձառությունների մասին կամ չեն փնտրում օգնություն հետտրավմատիկ խանգարման հետ կապված: Ուստի սա կլինի նման հաստատություններում հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող երեխաներին նույնականացնելու լավագույն մեթոդը:

Սակայն երեխաների հետ աշխատելիս, պետք է հաշվի առնել, որ սկրինինգը կարող է ունենալ որոշակի վնասակար ազդեցություն (օրինակ՝ ստեղծել բացասական սպասումներ, առաջացնել անհանգստություն, հանգեցնել ավելորդ ծառայությունների):

Ուստի առողջապահական հաստատություններում պլանային սկրինինգը պետք է անցկացնել մտածված կերպով, պետք է լինեն ընթացակարգեր՝ արդյունքները վերանայելու և տրավմայի թերապիայի հասանելիությունը հեշտացնելու համար: Այսինքն պետք է հստակ մշակված լինի ՀՏՄԽ ունեցող երեխաների հետագա բուժօգնության ծրագիրը:

Ախտորոշման հարցաթերթիկներ և ստուգաթերթիկներ

Ստորև կներկայացվեն ախտորոշման և գնահատման գործիքներ, որոնք առավել լայնորեն կիրառվում են և ունեն ամենահուսալի հոգեչափական վավերացումը:

Ստուգաթերթիկներ և ինքնազեկուցման հարցաթերթիկներ, ախտորոշման վրա չհիմնված

Աղյուսակ 1

ԳՈՐԾԻՔ	ՀՂՈՒՄ	ՏԵՍԱԿ	ՏԱՐԻՔ	ՀՐԱՊԱՐԱԿՎԱԾ ՀՈԳԵԶԱՓԱԿԱԼ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ	ԱՆՎՃԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ
Մանկական սթրեսային խանգարում ստուգաթերթիկ Child Stress Disorder Checklist CSDC	Saxe et al 2003	Սկրինինգ	5-17	Այո	Այո
Մանկական սթրեսային խանգարում Ստուգաթերթիկ Կարճ տարբերակ Child Stress Disorder Checklist short form CSDC -SF	Bosquet Enlow, Kassam Adams and Saxe 2010	Սկրինինգ	6-18	Այո	Այո
Մանկական տրավմայի սկրինինգ Child Trauma Screen/ CTS	Lang and Connell 2017	Սկրինինգ	3-18	Այո	Այո
Տրավմայի ախտանիշների ստուգաթերթիկ փոքր երեխաների համար Trauma Symptom Checklist for young children/ TSCYC	Briere 2005	Ինտենսիվության ծանրության գնահատում	3-12	Այո	ոչ
Փոքր երեխաների հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման սկրինինգ Young Child PTSD Screen YCPS	Scheeringa and Haslett 2010	Սկրինինգ	3-6	Ոչ	այո

Աղյուսակ 2

Ախտորոշման վրա հիմնված Ինքնազեկուցման հարցաթերթիկներ

ԳՈՐԾԻՔ	ՀՂՈՒՄ	ՏԱՐԻՔ	ՀՐԱՊԱՐԱԿՎԱԾ ՀՈԳԵԶԱՓԱԿԱՆ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ	ԱՆԿՃԱՐ ՀԱՍՄԱՐ	ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ
Սուր սթրեսի ստուգաթերթիկ երեխաների համար Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids)	Kassam Adams 2006	8-17	Այո	Այո	
Երեխաների և դեռահասների տրավմայի սկրինինգ Child and Adolescent trauma Screen / CATS	Sachser Berliner et al 2017	3-17	Այո	Այո	
DSM V-ի համար նախատեսված մանկական հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշների սանդղակ Child PTSD Symptom Scale for DSM 5 CPSS -5	Foa, Asnaani, Zang, Capaldi and Yeh 2018	8-18	Այո	Այո	
UCLA PTSD RI Ռեակցիայի ինդեքս	Kaplow at al 2020	7-18	Այո	ոչ	

Աղյուսակ 3

Երեխաների և երիտասարդների համար կառուցվածքային հարցազրույցի տարբերակներ

ՀԱՐՑԱԶՐՈՒՅՑ	ՀՂՈՒՄ	ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳ	ՏԵՍԱԿ	ՏԱՐԻՔ
Բժշկի կողմից կիրառվող Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման սանդղակ DSM V-ի երեխաների և դեռահասների տարբերակ Clinician Administered PTSD Scale for DSM V child adolescent version (CAPS - CA 5)	Pynoos at al 2015	DSM V	ՀՏՍԽ սպեցիֆիկ	7 +
DSM V հարցազրույցի համար մանկական հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշների սանդղակ Child PTSD symptom scale for DSM V interview CPSS 5 I	Foa, Asnaani, Zang, Capaldi, and Yeh 2018	DSM V	ՀՏՍԽ սպեցիֆիկ	8-18

Երեխաների հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ինվենտար Children's post traumatic stress disorder inventory CPSDI	Saigh 2004	DSM IV	ՀՏՄԽ սպեցիֆիկ	6-18
Տագնապային խանգարման հարցազրույց Երեխայի և ծնողների հարցազրույց Anxiety disorder interview schedule (ADIS IV) Child and parents interview schedule	Silverman and Albano 1996	DSM IV	Բազմակի խանգարումներ	7-16
Մանկական ժամանակացույց աֆեկտիվ խանգարումների և շիզոֆրենիայի համար Kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia K SADS	Kaufman et al 1997			3-6
Մանկական և նախադպրոցական տարիքի երեխաների ախտորոշիչ գնահատում Diagnostic infant and preschool assessment DIPA	Scheeringa and Haslett 2010	DSM IV		9ամիս-6 տարեկան

Բուժական միջամտություններ

Ինչպես մեծահասակներին, այնպես էլ երեխաների և դեռահասների համար գոյություն ունեն տարբեր հոգեթերապևտիկ միջամտություններ, որոնք հետազոտվել են վերահսկվող ուսումնասիրություններում: Բուժման հոգեթերապևտիկ մեթոդները դասակարգվում են որպես տրավմայի վրա կենտրոնացած և ոչ կենտրոնացած միջամտություններ: Ավելին, կան մեթոդներ, որոնք մշակվել են հատուկ երեխաների և դեռահասների համար (276) և բուժման արձանագրությունների հարմարեցումներ, որոնք սկզբնապես մշակվել են մեծահասակների համար, ապա հարմարեցվել են տարիքին (օրինակ՝ EMDR; NET; CPT): Մեթոդ ընտրելիս պետք է հաշվի առնել երեխայի/դեռահասի զարգացման տարիքը և նրանց ներկայիս կենսապայմանները: Չարգացման տարիքը կարևոր է մեթոդների ընտրության համար (օրինակ՝ նկարչություն ընդդեմ գրելու) և, հետևաբար, նաև մոտեցման լեզվական բարդության համար: Սա արտացոլվում է, օրինակ, ճանաչողական միջամտությունների վերաբերյալ աշխատանքային թերթիկներում՝ թե՛ դրանց դիզայնի, թե՛ լեզվի մեջ: Ավելին, տարիքը նաև ազդում է ծնողների կամ խնամակալների ներգրավվածության աստիճանի վրա: Որքան փոքր են երեխաները, այնքան ավելի հրատապ է նրանց աջակցելը թերապիայի

ընթացքում սովորածը կիրառելու գործում: Այնուամենայնիվ, մինչ օրս ուսումնասիրված ձեռնարկները զգալիորեն տարբերվում են խնամակալների ներգրավվածության չափով: Օրինակ, ըստ Քոհենի, Մաննարինոյի և Դեբլինգերի (255), TF-CBT-ում թերապիայի ժամանակի 50%-ը հատկացվում է խնամակալներին, այլ ձեռնարկներում ծնողները մասնակցում են միայն մեկ կամ երկու սեանսների (օրինակ՝ EMDR, պատմողական էքսպոզիցիոն թերապիա երեխաների համար (KIDNET)): Ավելին, 14-18 տարեկանների տարիքային խմբի համար կան միայն մի քանի ուսումնասիրություններ, ուստի պարզ չէ, թե որ թերապևտիկ մոտեցումներն են խոստովանալից այս դեպքում: Երկարատև ազդեցության (277,278) և զարգացմանը հարմարեցված ճանաչողական մշակման թերապիայի (D-CPT) (279,280) վերաբերյալ կան անհատական ուսումնասիրություններ, որոնք ցույց են տալիս բարձր արդյունավետություն:

- Տրավմայի վրա կենտրոնացած միջամտությունները սահմանվում են որպես թերապևտիկ մոտեցումներ, որոնք կենտրոնանում են տրավմատիկ իրադարձության հիշողության մշակման և/կամ դրա ներկայիս կյանքի իմաստի փոփոխության վրա (281,282):
- Տրավմայի վրա կենտրոնացած ճանաչողական վարքային թերապիա (S ԿՎԹ):
- Երկարատև էքսպոզիցիա (283):
- Կոգնիտիվ թերապիա (284):
- Պատմողական ազդեցության թերապիայի (KIDNET) մանկական տարբերակը (285):
- Աչքերի շարժումներով դեսենսիտիզացում ու վերամշակում (ԱՇԴՎ, EMDR):
- Տրավմայի վրա չկենտրոնացած միջամտությունները սահմանվում են որպես թերապևտիկ մոտեցումներ, որոնք չեն կենտրոնանում տրավմատիկ իրադարձության հիշողության և/կամ դրա նշանակության մշակման վրա: Դրա փոխարեն, նման մոտեցումները շեշտը դնում են հույզերի կարգավորման հմտությունների ուսուցման (օրինակ՝ թուլացում) և/կամ հետտրավմատիկ սթրեսային ախտանիշների հետ գործ ունենալու (հոգեբանական կրթություն) վրա: Այս միջամտությունները կարող են լինել աջակցող կամ պատկանել այլ թերապևտիկ դարոցների (օրինակ՝ ոչ ուղղորդող խորհրդատվություն, հիպնոթերապիա): Հոգեբանական մոտեցումները լուծում են տրավմատիկ սցենարները:

Հարկ է նշել նաև կանխարգելիչ և վաղ միջամտությունների մասին, որոնք կարող են նվազեցնել տրավմայի շարունակական ազդեցությունը:

Վաղ կանխարգելիչ միջամտությունները ուղղված են չհետազոտված կամ նվազագույն հետազոտված բնակչությանը (այսինքն՝ ցանկացած տրավմայի ենթարկված երեխա) և նպատակ ունեն նվազեցնել սուր ախտանիշները, կանխել հետտրավմատիկ սթրեսային համախտանիշի զարգացումը և վերականգնել երեխաների առօրյա գործունեությունը:

Վաղ բուժման միջամտությունները տրամադրվում են երեխաներին և նրանց ընտանիքներին, որոնք ունեն ի հայտ եկող տրավմատիկ սթրեսի ախտանիշներ և նպատակ ունեն նվազեցնել ախտանիշների մակարդակը:

Կանխարգելիչ միջամտություն՝

- Միջամտություն նոր զարգացող ապացույցներով - Ինքնուրույն առցանց հոգեուսուցում խնամակալների և երեխաների համար:
- Աճող ապացույցներ, համաձայն որոնց խորհուրդ չի տրվում - Անհատական հոգեբանական վերլուծություն:
- Անբավարար ապացույցներ խորհուրդ տալու համար - Ինքնուրույն առցանց հոգեուսուցում միայն խնամողների համար. կարճատև ԿՎԹ-S:

Վաղ բուժման միջամտություններ՝

- Միջամտություն ի հայտ եկող ապացույցներով- Ինքնուրույն առցանց հոգեուսուցում երեխաների համար:
- Առաջարկելու համար անբավարար ապացույցներ- Փոփոխական կանխարգելիչ խնամք. կարճատև ԿՎԹ-SՖ:

Երբ երեխայի համար կանխարգելիչ կամ վաղ միջամտություն է իրականացվում կարևոր է հաշվի առնել ծնողի կամ խնամակալի առողջությունը: Ծնողների սեփական տառապանքը կարող է ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն ազդել իրենց երեխայի վրա՝ նվազեցնելով ծնողների կարողությունը՝ պաշտպանելու իրենց երեխային և մոդելավորելու հարմարվողական արձագանքները, ինչպես նաև ծնողական վարքագծի փոփոխությունների միջոցով, որոնք հանգեցնում են իրենց երեխայի մոտ ավելի քիչ հարմարվողական և դիմացկուն վարքագծի:

Ուստի միջամտությունները ենթադրում են ծնողների ներգրավվածություն տարբեր չափով՝ սկսած տեղեկատվության տրամադրումից (286) մինչև անմիջական ներգրավվածությունը միջամտության մեջ՝ որպես երեխայի վերականգնման հիմնական շարժիչ ուժեր (Berkowitz et al., 2011):

Խիստ ցուցված թերապիաներ

Տրավմայի վրա կենտրոնացած կոգնիտիվ-վարքային թերապիա

ՏՖ-ԿՎԹ-ն (287) ունի ամենաշատ պատահականացված վերահսկվող փորձարկումներ (RCT)՝ երեխաների և դեռահասների հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման, ինչպես նաև դրանց հետ կապված տրավմայի ախտանիշների արդյունավետ բուժման համար: Մինչ օրս հրապարակվել է ՏՖ-ԿՎԹ-ի 20 պատահականացված վերահսկվող փորձարկում (վերանայվել է Cohen et al., 2017, Էջ 74-80): Այս ուսումնասիրությունները կենտրոնացել են տարբեր ինդեքսային տրավմաների վրա՝ օրինակ՝ սեռական բռնություն, ընտանեկան բռնություն, առևտրային սեռական շահագործում, պատերազմ, աղետ և բազմազան տրավմաներ, չնայած, ինչպես սովորաբար լինում է, ՏՖ-ԿՎԹ բուժման ուսումնասիրություններում երեխաների մեծ մասը բազմակի տրավմաներ է ապրել (287,288): ՏՖ-ԿՎԹ ուսումնասիրությունները անցկացվել են երիտասարդների համար՝ զարգացման տարբեր մակարդակներում, տարբեր միջավայրերում և

տարբեր երկրներում ու մշակույթներում (օրինակ՝ Միացյալ Նահանգներում, Եվրոպայում, Ավստրալիայում, Աֆրիկայում) և մատուցվել են անհատական և խմբային ձևաչափերով: Այս ուսումնասիրությունները հետևողականորեն փաստաթղթավորել են ՏՖ-ԿՎԹ-ի արդյունավետությունը երեխաների հետտրավմատիկ սթրեսի և հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման բարելավման գործում(288,289):

ՏՖ-ԿՎԹ-ն բաղկացած է անհատական սեանսներից, որոնք տրամադրվում են երեխային և ծնողին զուգահեռ, որոնցից յուրաքանչյուրի կեսը համապատասխանաբար տրամադրվում է երեխային և ծնողին, մոդելում ներառված են նաև մի քանի համատեղ երեխա-ծնող սեանսներ: Բոլորում տևողությունը 12-16 սեանս է (ավելի բարդ տրավմատիկ իրավիճակների համար կարող է երկարաձգվել մինչև 16-24 սեանս):

ՏՖ-ԿՎԹ-ն ներառում է հետևյալ կարևոր բաժինները. հոգեկրթություն, ծնողական հմտություններ, հուզական լարվածության թուլացման հմտություններ, աֆեկտիվ կարգավորման հմտություններ, կոգնիտիվ մշակման հմտություններ, տրավմայի պատմություն և մշակում, in vivo վարպետություն (միակ ՏՖ-ԿՎԹ ընտրովի բաղադրիչը, որը նախատեսված է այն երիտասարդների համար, ովքեր ունեն գերընդհանրացված վախ), երեխա-ծնող համատեղ հանդիպումներ և անվտանգության և ապագա զարգացման հետագծի բարելավում: ՏՖ-ԿՎԹ-ն ներառում է նաև տրավմատիկ վշտի բաղադրիչներ, որոնք մանրամասն նկարագրված են www.musc.edu/ctg կայքում:

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՄԽ) կոգնիտիվ թերապիա

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (Սմիթ և այլք, 2010) ճանաչողական թերապիան ունի բազմաթիվ նույն հատկանիշները, ինչ ՏՖ-ԿՎԹ-ն և հիմնված է Էիլերսի և Զլարկի (2000) ՀՏՄԽ-ի ճանաչողական մոդելի և մեծահասակների համար նախատեսված նրանց բուժման ծրագրի վրա (Էիլերս, Զլարկ, Չաքման, ՄաքՄանուս և Ֆեննել, 2005): Երկու ուսումնասիրություններ ցույց են տվել, որ մոդելը լավ ազդեցություն ունի այն երեխաների վրա, ովքեր մեկ դեպքի ընթացքում տրավմա են ապրել (290,291): Կոգնիտիվ թերապիան շեշտը դնում է ճանաչողական վերակառուցման և վերապրման ինտեգրման վրա: Այս պրոտոկոլը տարբերվում է ՏՖ-ԿՎԹ-ից նրանով, որ այն սովորաբար չի ներառում թուլացման մարզումներ կամ այլ գրգռվածության նվազեցման տեխնիկաներ՝ սթրեսը նվազեցնելու համար: In vivo էքսպոզիցիայի կիրառումը ավելի տարածված է, և անօգուտ ճանաչողությունների փոփոխությունը մեծապես ընդգծվում է որպես այս մոդելի առանձնահատկություն: Սեանսները սովորաբար անցկացվում են միայն երեխայի հետ: Ծնողները հաճախ ներգրավվում են՝ երեխայի սեսիաններից ստացված միջամտությունները վերանայելու և տնային առաջադրանքները պլանավորելու համար: Բուժման նպատակներն են՝ (1) տրավմայի հիշողության մշակումը և զարգացումը մինչև ամբողջական պատկերացում, (2) տրավմայի և դրա հետևանքների խնդրահարույց գնահատականների բացահայտումը, (3) երեխային օգնելը չօգտագործել անօգուտ ճանաչողական և վարքային ռազմավարություններ:

Բուժման բաղադրիչները ներառում են՝

1. **Հոգեկրթություն:** Երեխային և սովորաբար ծնողներին տրամադրվում է տեղեկատվություն Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման և ճանաչողական մոդելի մասին: Երեխայի ախտանիշները վերանայվում են, և երեխային օգնում են բացահայտել իր կողմից օգտագործված անօգուտ ռազմավարությունները:
2. **Վերականգնել կյանքը:** Երեխային և ծնողներին խնդրվում է բացահայտել այնպիսի գործունեություններ, որոնք երեխային տալիս էին զվարճանքի զգացողություն, սոցիալական ակտիվություն, հոբիներ և, որոնք տուժել են տրավմայից հետո: Երեխային խրախուսվում է, ծնողների աջակցությամբ, բացահայտել և վերադառնալ նախկին բնականոն գործունեությանը:
3. **Երևակայական վերապրում:** Երեխային ուղորդում են երևակայական վերապրման միջոցով մոտք գործել տրավմայի հիշողության այն պահերը, որոնք կապված են տրավմայի խնդրահարույց իմաստների հետ՝ առանց տագնապի թուլացման կամ ռելաքսացիայի որևէ տեխնիկայի կիրառման: Եթե երեխան նեղվում է, թերապևտը ցույց է տալիս կարեկցանք և խրախուսում է երեխային խոսել իր զգացմունքների մասին և նորմալացնում է դրանք: Երեխային խնդրվում է խոսել տրավմայի մասին՝ սկսած դրա սկզբից մինչև այն պահը, երբ երեխան կրկին իրեն անվտանգ է զգում: Հիմնական նպատակն է բացահայտել շփոթության և/կամ հուզական «տաք կետերը»: Դրանք այնուհետև հատուկ թիրախավորվում են վերամշակման համար:
4. **Կոգնիտիվ վերակառուցում:** Թերապևտը օգնում է երեխային բացահայտել տրավմայի և/կամ երեխայի արձագանքների վերաբերյալ յուրօրինակ գնահատականներ:
5. **Տրավմայի հիշողության թարմացում:** Պատմության մեջ թեժ կետերը հաճախ ուղեկցվում են վախենալու, հետևանքների վերաբերյալ, գնահատականներով: Թերապևտը քննարկում է թեժ կետերը երեխայի հետ և օգնում է երեխային բացահայտել այլընտրանքային և ավելի ֆունկցիոնալ գնահատականներ, որոնք այնուհետև ներառվում են վերապրման մեջ: Երեխային խնդրվում է ներառել նոր տեղեկատվությունը տրավմայի պատմության մեջ՝ այն բարձրաձայն արտասանելով թեժ կետի երևակայական վերապրման ժամանակ կամ գրելով այն պատմողական սցենարի համապատասխան տեղում:
6. **Աշխատանք խթանիչների հետ (խթանների տարբերակում):** Թերապևտը և երեխան համատեղ աշխատում են՝ անցանկալի ներխուժումներ առաջացնող խթանները բացահայտելու համար: Այնուհետև երեխային խրախուսվում է դիմակայել այդ խթաններին և գիտակցված ջանքեր գործադրել՝ կենտրոնանալու ներկայի մասին ամեն ինչի վրա, որը տարբերվում է հիշողությունից՝ միաժամանակ գիտակցելով ներկան: Սա սկզբում արվում է սեանսի ժամանակ, ապա կիրառվում է որպես տնային աշխատանք:
7. **Տեղի այցելություն:** Տրավմայի տեղի այցելությունը օգտագործվում է երեխային օգնելու համար հասկանալու, որ տրավման ավարտվել է: Երեխային խնդրում են տեղում գտնվելու ընթացքում հիշեցնել իրեն տրավմայի մասին, ապա նկատել այն ամենը, ինչ փոխվել է տրավմայից հետո: Առաջին անգամ տեղանքի այցելության ժամանակ ներկա է լինում թերապևտը, և սովորաբար ծնողները նույնպես:

8. Ծնողների աշխատանք: Կրտսեր երեխաների ծնողները ներգրավված են բուժման մեջ՝ կախված կլինիկական կարիքից: Ավելի մեծ դեռահասները կարող են բուժման գալ առանց իրենց ծնողների: Այնուամենայնիվ, բոլոր ծնողներին տրամադրվում է հոգեկրթություն և բուժման նկարագրություն: Թերապիայի ընթացքում ծնողներին հաճախ հրավիրում են քննարկելու իրենց երեխայի առաջընթացը, և ծնողները կարող են նաև խնդրել առանձին հանդիպումներ՝ իրենց երեխայի տրավմայի հետ կապված սթրեսը մեղմելու համար:

Բուժման բաղադրիչները կիրառվում են ճկուն և թերապևտիկ գործընթացի զարգացմանը համահունչ եղանակով և չեն հետևում սահմանված նիստ առ նիստ մոտեցմանը, այլ կիրառվում են բուժման ամբողջ ընթացքում ըստ անհրաժեշտության՝ մոդելից ստացված նպատակներին հասնելու համար: (Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս 284):

Երկարատև Էքսպոզիցիա դեռահասների համար

Դեռահասների համար երկարատև Էքսպոզիցիան Էքսպոզիցիոն թերապիայի ադապտացված տարբերակն է (292, 293, 94): ԵԷ-ն հիմնված է այն տեսության վրա, որ տրավմատիկ հիշողությունների հաջող հուզական մշակումը դա հստակ փոփոխության մեխանիզմ է և հանգեցնում է հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշների նվազմանը: Չգացմունքային մշակումը հիմնականում իրականացվում է կրկնվող երևակայական Էքսպոզիցիայի ազդեցության միջոցով՝ թե՛ կլինիկական գրասենյակում, թե՛ սեանսների միջև: Դեռահասների համար ադապտացիաները մասնավորապես ներառում են ընտանիքի ներգրավվածությունը բուժման ծրագրում՝ խնամողներին տրամադրելով հոգեուսումնական տեղեկատվություն և խորհուրդներ՝ իրենց երեխաներին աջակցելու համար: Լրացուցիչ ուշադրություն է դարձվում դեռահասության հետ կապված սոցիալական և զարգացման նկատառումներին: Մոդելը նաև հարմարեցրել է թերապևտիկ վարժությունները՝ զարգացման առումով ավելի համապատասխան լինելու համար:

Բուժման մոդելը փոխային է և բաղկացած է հետևյալ բաղադրիչներից՝

Փուլ 1. Նախնական նախապատրաստություն: Մոտիվացիոն հարցազրույցն օգտագործվում է անհրաժեշտության դեպքում մասնակցությունն ու ներգրավվածությունը բարձրացնելու և դեպքի կառավարմանը մասնակցության կոնկրետ խոչընդոտները լուծելու համար:

Փուլ 2. Հոգեբանական կրթություն և բուժման նախապատրաստում: Հաճախորդներին տրամադրվում է տեղեկատվություն տրավմայի, տրավմայի ազդեցության և թերապևտիկ հիմնավորման մասին: Ներդրվում է շնչառական վերապատրաստում՝ անհանգստությունը հաղթահարելու համար:

Փուլ 3. Էքսպոզիցիաներ: Այս մոդուլները կազմում են բուժման հիմնական մասը (5-8 սեանս): Դրանք ներառում են տրավմատիկ հիշողությունների Էքսպոզիցիա in vivo , հիշողությունների կրկնվող երևակայական ազդեցություն և ամենավատ պահի մոդուլ: Երևակայական շփումը ձայնագրվում է, և երիտասարդներին հրահանգվում է ամեն օր տանը լսել այդ ձայնագրությունները:

Փուլ 4. Կրկնակի դեպքերի կանխարգելում: Այս փուլում ուշադրությունը կենտրոնացած է սովորած հմտությունների ընդհանրացման և կրկնության, կանխարգելման վրա:

Միանգամյա տրավմա ապրած դեռահասների մասնակցությամբ երկու ուսումնասիրություններ ցույց են տվել, որ ԵԷ-ն ավելի արդյունավետ է հետտրավմատիկ սթրեսը նվազեցնելու համար, քան ժամանակային սահմանափակմամբ դինամիկ թերապիան (հիմնականում կապված ավտոլթարների հետ; Gilboa-Schechtman et al., 2010) և աջակցող խորհրդատվությունը (կապված բռնաբարության հետ; Foa et al., 2013)

Աչքերի շարժումներով դետեստիզացում ու վերամշակում (ԱՇԴՎ)

Չնայած մեծահասակների համար ԱՇԴՎ թերապիայի արդյունավետության վերաբերյալ ավելի շատ հետազոտություններ են անցկացվել (294), քան երեխաների և դեռահասների համար, այժմ կան ապացույցներ, որ EMDR թերապիան նաև արդյունավետ է երիտասարդների համար (295):

Մի ուսումնասիրություն համեմատել է ԱՇԴՎ թերապիան և կոգնիտիվ-վարքային գրավոր թերապիան (CBWT) մեկ տրավմա տարած երիտասարդների խմբում: Բուժումից հետո EMDR թերապիա ստացողների 92.5%-ը և CBWT ստացողների 90.2%-ը այլևս չէին համապատասխանում Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտորոշիչ չափանիշներին, և բոլոր ձեռքբերումները պահպանվել են հետազոտության ընթացքում (297,298): Մի ուսումնասիրության մեջ 48 հոլանդացի երեխաներ, որոնք ապրել էին մեկ կամ բազմակի տրավմաներ, պատահականորեն բաժանվել են ՏՖ-ԿՎԹ կամ ԱՇԴՎ թերապիայի ութ սեանս ստանալու համար: Երկու բուժումներն էլ հավասարապես արդյունավետ էին հետտրավմատիկ սթրեսի ախտանիշները նվազեցնելու առումով: Կոմորբիդ խնդիրների վերաբերյալ, բուժման մեջ գտնվող երեխաների ծնողները հայտնել են ավելի դրական բուժման ազդեցությունների մասին ՏՖ-ԿՎԹ-ից, քան ԱՇԴՎ թերապիայի դեպքում: Նման արդյունքը հնարավոր է նաև՝ ծնողների ՏՖ-ԿՎԹ-ում ներառման շնորհիվ (299):

Դպրոցում և խմբային միջավայրում առաջարկվող բուժումներ

Վերջին մի քանի տասնամյակների ընթացքում մշակվել են տրավմայի վրա կենտրոնացած, ԿՎԹ-ի վրա հիմնված բուժման տարրերի կիրառությունները դպրոցների և դպրոցանման խմբային միջավայրերի համար (ամառային ճամբարներ, դպրոցից հետո ծրագրեր): Սոցիալ-տնտեսական առումով անապահով երեխաները ամենամեծ դժվարություններն ունեն հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվելու հարցում (ԱՄՆ Հանրային առողջապահության ծառայություն, 2000), և տրավմա ստացած անհատները նաև ավելի քիչ հավանականություն ունեն առողջապահական ծառայություններին դիմելու: Այսպիսով, ամենախոցելի երիտասարդները նրանք են, ովքեր ամենաքիչ հավանականությունն ունեն ավանդական կլինիկայում հիմնված հոգեկան առողջության խնամք ստանալու:

Դպրոցական/խմբային միջամտությունները սովորաբար լինում են երկու ձևի՝ (1) միջամտություններ, որոնք նախատեսված են «ռիսկի խմբի» երեխաների համար կամ (2) դպրոցական բուժում տրավմայի հետ կապված ախտանիշներ (տրավմատիկ սթրես) ունեցող երեխաների համար:

Դեղորայքային բուժում

Երեխաների և դեռահասների շրջանում պատահականացված վերահսկվող հետազոտություններ (RCT) են կատարվել սերտրալինի, իմիպրամինի, ֆլուվոքսամինի և վալպրոատի կիրառման համար: Սերտրալինը ՏՖ-ԿՎԹ-ի հետ միասին չի ցուցաբերել պլացեբոյի նկատմամբ գերազանց ազդեցություն ($n=24$) (300):

Նմանապես, սերտրալինի պլացեբո-վերահսկվող ուսումնասիրությունը ($n=131$) ցույց չի տվել սերտրալինի որևէ ազդեցություն, որը գերազանցեր պլացեբոյին (301): Իմիպրամինը գերազանցել է պլացեբոյին մեկ պատահականացված վերահսկվող հետազոտության մեջ ($n=25$) սուր այրվածքային վնասվածքի դեպքում սուր սթրեսային ռեակցիայի ախտանիշների նվազեցման հարցում, սակայն որևէ եզրակացություն չի արվել հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշների վերաբերյալ (302): Անչափահաս այրվածքների զոհերի շրջանում անցկացված մեկ այլ պատահականացված վերահսկվող հետազոտության մեջ ($n=60$) իմիպրամինը համեմատվել է ֆլուօքսետինի և պլացեբոյի հետ (303): Նկատվել է ֆլուօքսետին>իմիպրամին>պլացեբոյի ավելի լավ ազդեցության միտում սուր սթրեսի ախտանիշների վրա, սակայն Էսկան տարբերություն չի հայտնաբերվել: Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման հնարավոր ախտանիշների վրա ազդեցությունը չի նկարագրվել (303): Վարքային խանգարում ունեցող դեռահասների շրջանում պատահականացված վերահսկվող փորձարկման ժամանակ օգտագործվել է վալպրոատ ($n=71$, որոնցից 12-ը՝ ՀՏՍԽ), վեց մասնակիցներ ընդգրկվել են բարձր դեղաչափերի խմբում, իսկ վեցը՝ ցածր դեղաչափերի խմբում: Ավելի լավ արդյունք է ցույց տրվել բարձր դեղաչափերի խմբում. պլացեբոյի հետ համեմատություն չի իրականացվել (304):

Ընդհանուր առմամբ, երեխաների և դեռահասների մոտ Սերոտոնինի հետադարձ զավթման ինհիբիտորները ընդհանուր առմամբ լավ արդյունավետություն են ցուցաբերել և՛ ակտիվ դեղամիջոցի, և՛ պլացեբո խմբերում՝ առանց պլացեբոյի համեմատ Էսկան տարբերության: Սերոտոնինի հետադարձ զավթման ինհիբիտորները դեղերի այն դասն են, որտեղ արդյունավետությունը գրանցվում է ամենաշատ ուսումնասիրություններով (չնայած հաճախ ոչ պլացեբո-վերահսկվող), մինչդեռ բացասական արդյունքներ են գրանցվել այլ դեղերի խմբերի համար (բենզոդիազեպիններ, ՄԱՕԻ, հակափսիխոտիկ դեղամիջոցներ, լամոտրիջին, ինոզիտոլ) (305):

Ամփոփելով վերը ներկայացված տվյալները, առկա ուղեցույցները խորհուրդ են տալիս Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՍԽ) հոգեթերապևտիկ բուժումը որպես առաջին գծի բուժում երեխաների և դեռահասների համար և խորհուրդ չեն տալիս ՀՏՍԽ-ի փսիխոֆարմակոլոգիական բուժում երեխաների և դեռահասների մոտ: Դեղորայքային բուժումը խրախուսվում է համապատասխան

ուղեկցող հոգեկան խանգարումների առկայության կամ հոգեթերապիայի բացակայության դեպքում՝ համաձայն ուղեցույցների: (306)

Նոր զարգացում են ներկայացնում «տրավմայից հետո ՀՏՄԽ-ի «երկրորդային կանխարգելման» վերաբերյալ փսիխոֆարմակոլոգիական ուսումնասիրությունները: Այնուամենայնիվ, այստեղ նույնպես բավարար ապացույցներ չկան հստակ առաջարկություն անելու համար, ինչպես և D-ցիկլոսերինով թերապիայի ուժեղացման դեպքում, որը ցույց տվեց միայն փոքր լրացուցիչ ազդեցություն (ՀՏՄԽ-ի ախտանիշների նվազումը D-ցիկլոսերինով և ԿՎԹ-ով ավելի ցայտուն չէր, քան ԿՎԹ +պլացեբոյի դեպքում (307):

Երեխաների և դեռահասների մոտ դեղորայքային միջամտությունների առաջարկությունների ցանկը՝ ներկայացված կարճ ցուցումների տեսքով

Կանխարգելում/վաղ միջամտություն

Առաջարկելու համար բավարար ապացույցներ չկան պրոպրանոլոլը տրավմատիկ իրադարձությունից հետո առաջին 3 ամիսների ընթացքում որպես վաղ դեղաբանական միջամտություն խորհուրդ տալու համար՝ երեխաների և դեռահասաների մոտ կլինիկորեն նշանակալի հետտրավմատիկ սթրեսի ախտանիշները կանխելու համար:

Բուժում

Առաջարկելու համար բավարար ապացույցներ չկան սերտրալինը խորհուրդ տալու համար կլինիկորեն նշանակալի հետտրավմատիկ սթրեսի ախտանիշներ ունեցող երեխաների և դեռահասաների բուժման համար:

Գլուխ 8. Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող մարդկանց խնամքի հայեցակարգերը և խնամքի իրականացումը

Ներածություն

Վերջին տարիներին, հատկապես զարգացած երկրներում, զգալիորեն զարգացել է հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում (ՀՏՄԽ) ունեցող մարդկանց խնամքը, ինչպես նաև հարակից հետազոտությունները: Այնուամենայնիվ, դեռևս անհրաժեշտ է հետագա զարգացում՝ անձնական տառապանքը և տրավմատիկ հիվանդությունների հետ կապված բարձր ծախսերը նվազեցնելու համար: Ըստ գերմանական ուղեցույցի տվյալների միայն տրավմայի հետ կապված առողջապահական ծախսերը տարեկան տատանվում են 524.5 միլիոնից մինչև 3.3 միլիարդ եվրո: Արդյունքները պետք է համարվեն պահպանողական, քանի որ մոտեցումը մշտապես փորձում է խուսափել ծախսերի գերազնահատումից (308): Ուշադրության կենտրոնում են հատկապես մեծահասակների խնամքը: Երեխաների և դեռահասների խնամքի որոշակի ասպեկտներ քննարկվում են միայն բացառիկ դեպքերում:

ՀՏՄԽ ունեցողների խնամքի կազմակերպման գործընթացում հիմնական ակտուալ հարցերն են, թե որ մոդելներն ու կառուցվածքներն են օգտակար ՀՏՄԽ-ի ապացույցների վրա հիմնված բուժման համար և որքանով են դրանք կիրառելի տվյալ երկրի հասանելի խնամքի համակարգում, ինչպես նաև ապացույցների վրա հիմնված խնամքի ինչ խոչընդոտներ կան և ինչպես կարելի է խնամքը կառուցվածքային առումով բարելավել:

Խնամքի կառուցվածքներ՝ ընդհանուր նպատակներ և մարտահրավերներ

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում և տրավմայի հետ կապված այլ խանգարումներ ունեցող բուժառուների խնամքը բազմամասնագիտական խնդիր է և պահանջում է համակարգված բժշկական, հոգեթերապևտիկ և հոգեցոցիալական խնամք, մասնավորապես՝ բարդ տրավմայի հետ կապված խանգարումների դեպքերում: Տրավմայի հետ կապված խանգարումներ ունեցող մարդկանց համար համապատասխան բուժումը մարդակենտրոն է, մասնակցային և ինտեգրատիվ (309, 310): Ավելին, պետք է հակազդել կարծրատիպերին: Պետք է հետապնդել ճկուն հայեցակարգեր և համակարգված խնամքի ուղիներ, որոնք, կախված անհատական բուժման կարիքներից, հնարավորություն կտան նպատակային օգտագործել ամբուլատոր, ցերեկային և ստացիոնար խորհրդատվությունը և բուժման տարբերակները՝ այդպիսով օգնելով խուսափել անպատշաճ խնամքից: Նպատակներն են՝ վաղ միջամտությունները՝ միաժամանակ նվազագույնի հասցնելով քրոնիկությունը, բուժումը, և հիվանդների կյանքի որակի բարելավումը: Պարտականությունների պարզաբանումը, թերապևտիկ մոտեցումների ընտրությունը և դրանց համակարգումը ընդհանուր բուժման պլանի շրջանակներում հատկապես դժվար են բարդ տրավմայի հետ կապված խանգարումներով և ուղեկցող խանգարումներով պացիենտների համար, որոնք հաճախ պահանջում են ավելի երկար բուժման կուրսեր (311-313):

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումների արդյունավետ բուժումը կարող է զգալիորեն բարելավվել լավ գործող միջոցի ցուցանիշներով ցանցերի միջոցով: Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման խնամքի հիմնական օղակներն են:

- Ընտանեկան բժիշկներ, ընդհանուր պրակտիկայի բժիշկներ, մանկաբույժներ
- Հոգեթերապևտներ, մանկական և դեռահասների հոգեթերապևտներ
- Ընդհանուր և մասնագիտացված խորհրդատվական կենտրոններ (ընտանեկան խորհրդատվական կենտրոններ, միջամտության և համակարգման կենտրոններ, զոհերի աջակցության կենտրոններ)
- Աջակցության հաստատություններ և այլ ծառայություններ մատուցողներ՝ հոգեսոցիալական թերապիաների համար, ինչպես նաև տրավմայի մանկավարժներ և տրավմայի խորհրդատուներ
- Տրավմայի և զոհերի ամբուլատոր կլինիկաներ նահանգներում
- Մասնագիտացված հաստատություններ (օրինակ՝ խոշտանգումների զոհերի կենտրոններ, փախստականների ամբուլատոր կլինիկաներ)
- (Համալսարանական) կլինիկաներ, մասնագիտացված հիվանդանոցներ և մասնագիտացված բաժանմունքներ ընդհանուր հիվանդանոցներում՝ հոգեբուժության, հոգեթերապիայի և հոգեսոմատիկ բժշկության: Երեխաների և դեռահասների հոգեբուժական և հոգեթերապիայի բաժանմունքներ
- Բժշկական վերականգնողական հաստատություններ

Բացի հիմքում ընկած հիվանդությունների ախտորոշումից և գնահատումից, ընտանեկան բժիշկների և առաջնային օղակի բժիշկների խնդիրներն են՝ տեղեկատվություն, հոգեկրթություն և աջակցող խնամք՝ հիմնական հոգեսոմատիկ խնամքի շրջանակներում (314): Այսպիսով, ընտանեկան բժշկության միջավայրում հնարավոր է կիրառել տարբեր աջակցող և կայունացնող միջոցառումներ և մոտեցումներ (315): Վերջապես, ընտանեկան բժիշկների և առաջնային օղակի բժիշկների պարտականությունների մեջ է մտնում համագործակցությունը տարածաշրջանային օգնության և աջակցության ծառայությունների հետ:

Մասնագիտացված օնության կազմակերպման ներկայում հասանելի տարբերակները

- Ամբուլատոր հոգեթերապևտիկ խնամք և բուժում տրավմայի հետ կապված խանգարումների համար
- Ստացիոնար և ցերեկային ստացիոնար պայմաններում խնամք
- Հիվանդանոցային ճգնաժամային միջամտություն
- Վերականգնողական բուժում

Վերականգնողական բուժման նպատակն է՝

Ակտիվության պահմանումը, աշխատունակության վերականգնումը, մասնակցությունը հասարակական կյանքին, այն մարդկանց համար, ովքեր հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման սուր բուժումից հետո դեռևս ցուցաբերում են ախտանիշներ և, հետևաբար, գտնվում են հաշմանդամության կամ քրոնիկ հիվանդության ռիսկի տակ:

Վերականգնողական բուժման հնարավորություններն ու ուժեղ կողմերը կայանում է բազմամոդալ բուժման թիմի կողմից տրամադրվող բարձր փորձագիտական մակարդակով իրականացվող աջակցության մեջ, մասնավորապես՝ սոցիալական, աշխատանքային և սպորտային թերապիայի ոլորտներում, բժշկական-հոգեթերապևտիկ թիմի բարդ և քրոնիկ հիվանդությունների հետ կապված փորձի մեջ, ինչպես նաև մասնագիտական և/կամ սոցիալական վերաինտեգրման գործընթացները հստակ ուշադրության կենտրոնում պահելու մեջ:

Խնամքի հատուկ մարտահրավերներ և խոչընդոտներ

Վերջերս կատարված գրականության համակարգված վերանայման մեջ Կանտորը և այլոք (316) որպես հիվանդի հետ կապված ընդհանուր խոչընդոտներ նշել են խարանդ, հոգեկան հիվանդություններով տառապող անձանց համար մասնագիտական օգնություն խնդրելու նկատմամբ բացասական վերաբերմունքը, ամոթի և մերժման վախը, ցածր գրագիտությունը, բուժման վերաբերյալ գիտելիքների պակասը և կասկածները, համապատասխան բուժում գտնելու դժվարությունը, խարանման վախը, բացասական սոցիալական հետևանքների վախը, սահմանափակ ռեսուրսները, ժամանակի և ծախսերի վերաբերյալ մտահոգությունները: (317-320)

Գլուխ 9. Լրացուցիչ և այլընտրանքային թերապիաներ

Արևմտյան ստանդարտ բժշկության մաս չհանդիսացող բուժումները սովորաբար դասակարգվում են որպես «լրացուցիչ» (այսինքն՝ օգտագործվում են հաստատված մեթոդների հետ համատեղ) կամ «այլընտրանքային» (այսինքն՝ օգտագործվում են սովորական պրակտիկայի փոխարեն) (Լրացուցիչ և ինտեգրատիվ առողջության ազգային կենտրոն [NCCIH], 2018, (347, 348, 349)

1. Մեդիտացիան կարելի է նկարագրել որպես գործընթաց, որը զարգացնում է մտքի ավելի մեծ գիտակցում կամ նրա նկատմամբ այլ վերաբերմունք: Սակայն այն լայն տերմին է, որը ներառում է տեխնիկաների լայն տեսականի, որոնք զգալիորեն տարբերվում են մեխանիզմներով, որոնցով կարող են ազդել ճետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման վրա:

Ամփոփելով՝ մեդիտացիան զգալի փորձարարական ուսումնասիրության է ենթարկվել ԱՄՆ վետերանների բնակչության շրջանում, սակայն պետք է նշել, որ քաղաքացիական անձանց նմուշներում պատահականացված ուսումնասիրություններ չկան: Արդյունքներում կա փոփոխականություն՝ կախված կիրառված մեդիտատիվ պրակտիկայի տեսակից, ուստի կարևոր է ընդգծել, որ մեդիտացիան մեկ միջամտություն չէ, այլ միջամտությունների դաս: ճետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՃՏՄԽ) համար գիտակցության վրա հիմնված սթրեսի նվազման տեխնիկայի վերաբերյալ լայնածավալ և մեթոդաբանորեն հիմնավորված փորձարկումների հետևողական արդյունքները ենթադրում են, որ քիչ հավանական է, որ այն դառնա ՃՏՄԽ-ի առանձին միջամտություն: Այնուամենայնիվ, տասնամյակների հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ այն նվազեցնում է դեպրեսիան և անհանգստությունը, բարելավում է կյանքի որակը և ֆիզիկական գործունեությունը և կապված չէ որևէ նշանակալի անբարենպաստ ռեակցիայի հետ, ուստի այն կարող է օգտակար լրացում լինել ՃՏՄԽ-ի խնամքի համար՝ որոշակի ուղեկցող հիվանդությունների դեպքում: Կարեկցանքի մեդիտացիան ցույց է տալիս որոշակի նախնական կլինիկական խոստումնալից արդյունքներ՝ ենթադրելով, որ սոցիալական կապվածության փոփոխությունը, սատարող հայեցողական շրջանակը կարող են ուժեղացնել ուշադրության վրա հիմնված մեդիտացիայի ազդեցությունը:

2. Ասեղնաբուժությունը ներառում է մարմնի վրա որոշակի կետերի խթանում, սովորաբար՝ ձեռքով մանիպուլացված բարակ ասեղներ կիրառելով կամ էլեկտրական հոսանքի միջոցով (NCCIH, 2017a):

3. Յոգան նկարագրում է մի պրակտիկա, որը սովորաբար համատեղում է ֆիզիկական դիրքերը, շնչառության կարգավորումը և ուշադրությունը զարգացնելու տեխնիկան, ընդ որում՝ այս գործոններից յուրաքանչյուրի վրա դրվող շեշտը մեծապես տարբերվում է պրակտիկայի տեսակների միջև:

4. Այլ ֆիզիկական ակտիվությունը վերաբերում է վարժությունների տարբեր տեսակների, այդ թվում՝ աերոբիկ և դիմադրության վրա հիմնված վարժություններին:

5. Երաժշտական թերապիան կարող է ներառել երաժշտություն ստեղծել կամ նվագել, երգեցողություն, երաժշտության մեջ շարժվել կամ լսել:

6. Բնության մեջ արկածախնդրությունը ներառում է արկածախնդրության վրա հիմնված բազմազան գործունեություններ բնական բացօթյա միջավայրում:

7. Սայկոլեյշիկանկյոտոն (SKK) ավանդական ճապոնական բուսական բանաձև է:

Աղյուսակ՝ ISTSS ուղեցույցների ամփոփում այլընտրանքային միջամտությունների համար

Մեդիտացիա

Անբավարար ապացույցներ խորհուրդ տալու համար - մանտրաի կրկնություն, գիտակցության վրա հիմնված սթրեսի նվազեցում

Ասեղնաբուժություն

Միջամտություն ի հայտ եկող ապացույցներով - ասեղնաբուժություն

Անբավարար ապացույցներ խորհուրդ տալու համար -
Էլեկտրաասեղնաբուժություն

Յոգա

Միջամտություն ի հայտ եկող ապացույցներով - Sudarshan Kriya (SKY)/Kripalu/trauma informed yoga

Այլ

Միջամտություն ի հայտ եկող ապացույցներով - Saikokeishikankyoto (SKK), somatic

experiencing

Անբավարար ապացույցներ խորհուրդ տալու համար - խմբային երաժշտական թերապիա, բնության մեջ արկածային թերապիա, ֆիզիկական վարժություններ

Գլուխ 10. Սոցիալական, մշակութային և այլ բազմազանության հարցեր տրավմատիկ սթրեսի ոլորտում

Ակտուալ հարց է, թե ինչպես է տարբերվում հոգեբանական տրավմայի և հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՅՏՍԽ) ազդեցությունը՝ կախված անհատական տարբերություններից, սոցիալական և մշակութային համատեքստից, ինչպես նաև անհատների, ընտանիքների և համայնքների համար հասանելի մշակութային ուսմունքներից ու ռեսուրսներից: Մինչդեռ անձնական, ընտանեկան, սոցիալական և մշակութային գործոնները կարող են լինել անվտանգությանը և բարեկեցությանը նպաստող դրական ռեսուրս, դրանք կարող են նաև հիմք հանդիսանալ անձին, խմբին կամ ամբողջ համայնքին կամ բնակչությանը վտանգի ենթարկելու, կամ ՅՏՍԽ զարգացնելու բարձր ռիսկի ենթարկելու համար:(321)

Անձնական և համայնքային բնութագրերը, որոնք արտացոլում են Էթնոմշակութային, ազգային, սեռային, տարիքային և հաշմանդամության գործոնները, կարևորագույն դեր են խաղում յուրաքանչյուր մարդու ինքնությունը սահմանելու գործում: Երբ անձի կամ համայնքի կյանքում տեղի է ունենում տրավմատիկ սթրես, դրա ազդեցությունը կախված է այդ ինքնության գործոններից: Երբ ինքնությունն օգտագործվում է որպես խարանհի, խտրականության կամ սոցիալ-տնտեսական անբարենպաստության հիմք, այդ սթրեսորները լրացնում են տրավմատիկ սթրեսորների ազդեցությունը և կարող են տրավմատիկ լինել ինքնին: Այս համադրության խոցելիությունը գիտական և կլինիկորեն պատասխանատու ձևով լուծելով՝ (322,323,324) անհատներին և համայնքներին օգնելու, այլ ոչ թե խարանելու (325) համար, տրավմատիկ սթրեսի մասնագետը կարող է կարևոր դեր խաղալ մեր հասարակության սոցիալական արդարության որոնման գործում:

Ռասայական կամ Էթնոմշակութային խտրականությունը լայնորեն ճանաչվում է որպես մարդկության համար հազարամյակներ շարունակ պատուհաս: Ցեղասպանությունը՝ ամբողջ ռասայական, Էթնիկ կամ մշակութային խմբի ոչնչացման փորձը, մարդկության պատմության ընթացքում աննկարագրելի տառապանք է պատճառել և հարյուր միլիոնավոր մարդկանց կյանք է խլել ամբողջ մոլորակի վրա: «Պատմական տրավմա» տերմինը հորինվել է նկարագրելու այն տրավմատիկ ազդեցությունը, որը ռասայական կամ Էթնոմշակութային ցեղասպանությունն ունի ոչ միայն անմիջական թիրախների, այլև հետագա սերունդների վրա: Ամբողջ խմբերի կամ հասարակությունների գոյատևման և մարդկային արժանապատվության վրա տրավմատիկ հարձակումների կենդանի հիշողությունը կարող է պահպանվել որպես զգոնության մի ձև՝ ցեղասպանության հնարավոր կրկնության ցանկացած նշանի դեմ: Սա մի իմաստով հարմարվողական արձագանք է, որը ապահովում է իրազեկվածություն և արձագանքելու պատրաստվածություն, եթե ցեղասպանությունը կամ դրա հետ կապված խարանհի, խտրականության կամ բռնության որևէ ձև երբևէ կրկնվի անպատիժ: Այնուամենայնիվ, այն կարող է նաև դառնալ մշտական գերզգոնության մի ձև, որը նման է հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման դեպքում նկատվողին՝ լարվածություն առաջացնելով անհատի կամ խմբի առօրյա կյանքում, որը կարող է վտանգել նրանց բարեկեցությունը (326,327):

Սեռական խտրականությունն ու համոզմունքները, որոնցից շատերը հիմնված են վաղեմի կրոնական և մշակութային ավանդույթների վրա, հանգեցրել են կանանց նկատմամբ համակարգված խտրականության և պարբերաբար ֆիզիկական ու սեռական բռնության ենթարկվելուն: Կանանց նկատմամբ սեռական խտրականությունն ու բռնությունը (ընտանիքի ներսում կամ դրանից դուրս) այնքան տարածված են եղել, որ կապված են այն բանի հետ, ինչը Զրիստոֆը և Վուդանը (2009) անվանում են «գենդերասպանություն»: Իրենց վերջին գրքում նրանք օրինակներ են բերում պտղի սեռի հիման վրա ընտրողական աբորտների և մանկուց սկսվող տարբերակված սննդի ու խնամքի: Այնուհետև դրանց հաճախ հաջորդում են կրթության մեջ ողջ կյանքի ընթացքում մեծ անհավասարություններ և կանանց դերի ու կարիերայի սահմանափակ հնարավորություններ՝ տղամարդկանց համեմատ: Դժբախտաբար, նույնիսկ այսօր, արևմտյան հասարակություններում հիմնականում տեղի ունեցած բոլոր առաջընթացներով հանդերձ, նույն խնդիրները շարունակում են առկա լինել ամբողջ աշխարհում: Կանանց և աղջիկների մեծամասնության ցածր դասակարգային կարգավիճակի և նրանց նկատմամբ խտրականության աճող ճանաչումը, ինչպես նաև նրանց նկատմամբ կիրառվող բռնությունը (հաճախ, կարծես թե, անպատիժ) աշխարհի տարբեր երկրներում (լինեն արդյունաբերականացված և «զարգացած», թե համեմատաբար պարզունակ) հանգեցրել են կանանց նկատմամբ գլոբալ բռնության և խտրականության դեմ պայքարի խոշոր նախաձեռնությունների զարգացմանը:

Սեռական կողմնորոշման և տրանսգենդեր/միջգենդեր կարգավիճակի հիման վրա խտրականությունն ու բռնությունը տրավմատիկ զոհ դառնալու ևս մեկ աղբյուր են, որոնք պետք է լավ ճանաչվեն: Սեռական կողմնորոշումը և՛ անձնական, և՛ սոցիալական բնութագիր է, որն ավելի բարդ է, քան այն սեռը, որը անձը ժառանգում է բնածին սեռական բնութագրերի հիման վրա: Երբ սոցիալապես վերագրվող սեռը և մշակութային առումով տարածված սեռային ակնկալիքները սեռային գործունեության, ինչպիսին է զուգավորումը, վերաբերյալ, չեն համապատասխանում անհատի իրական սեռական նախասիրությունների և ինքնության զգացողությանը, հակամարտությունը կարող է հոգեբանորեն կործանարար լինել: Հետևաբար, գլոբալ նախաձեռնություններ են իրականացվում սեռական կողմնորոշման և ինքնության հիման վրա խտրականության, խարանի և բռնության բացասական ազդեցությունը կանխելու կամ մեղմելու համար՝ ապահովելով հիմնական ազատությունների, հարձակումներից ազատության և ամուսնանալու իրավունքի էական հիմք:

Պետք է նաև նշել, որ տղաներն ու տղամարդիկ նույնպես ենթարկվում են բռնության և հարձակման այնպիսի մակարդակներով, որոնք դեռևս բավարար չափով չեն ուսումնասիրվել: Արական սեռի ներկայացուցիչները կարող են ավելի շատ ենթարկվել բռնության, երբ գտնվում են որոշակի խոցելիության վիճակում՝ թիրախային խմբի անդամ լինելու և/կամ ավելի ցածր կարգավիճակ/ավելի ցածր ուժ ունենալու պատճառով: Կախված իրենց մշակութային ծագումից, ավանդույթներից և համոզմունքներից՝ անհատները կարող են նաև ունենալ «բազմակի խոցելիության կարգավիճակ», այսինքն՝ լինել մեկից ավելի խմբի անդամ կամ ունենալ այնպիսի բնութագրեր, որոնք նրանց ավելի խոցելի են դարձնում խտրականության կամ զոհ դառնալու նկատմամբ (օրինակ՝ դեռահաս

սևամորթ տղամարդ Միացյալ Նահանգներում, ֆիզիկական կամ զարգացման խանգարումներով ծնված երեխա այնպիսի մշակույթում, որը ընտրովի ռեսուրսներ է տրամադրում աշխատունակ անձանց, հոմոսեքսուալ անձ խիստ հոմոֆոբ և ռասիստական հասարակությունում):

Տարիքը ևս մեկ խոցելիության գործոնի չափանիշ է, որը բավարար չափով չի ճանաչվել, քանի որ կյանքի տևողության երկու ծայրերում գտնվող անհատները համարվում են ամենախոցելիները: Հետազոտությունները հաստատել են, որ երեխաներն ու դեռահասները ամբողջ աշխարհում բնակչության ամենաշատ ռիսկի ենթարկվող խմբերն են (Ֆինկելհոր, 2014): Տարեցների և բնակչության ավելի քիչ կարողունակ/հաշմանդամ անդամների զոհ դառնալն այժմ փաստաթղթավորված է որպես լայնորեն տարածված շատ հասարակություններում և ավելի ու ավելի է ուսումնասիրվում: Ինչպես բռնության այլ ձևերը, տարեցների և ավելի քիչ կարողունակ անձանց զոհ դառնալը հաճախ հիմնված է զոհի կախվածության հարաբերական աստիճանի և իրեն պաշտպանելու նրա անզորության վրա (328):

Ֆիզիկական կամ զարգացման հաշմանդամություն ունեցող անձինք մարդկանց մեկ այլ խումբ են, որոնք, ցավոք, կարող են ենթարկվել խարանի և խտրականության: Ֆիզիկական հաշմանդամությունն ավելի տարածված է զարգացող երկրներում, քան ավելի զարգացած և հարուստ երկրներում, որտեղ բժշկական տեխնոլոգիաները և վթարների ու հիվանդությունների կանխարգելումը նվազեցրել են ծանր վնասվածքների կամ գենետիկորեն պայմանավորված ֆիզիկական հաշմանդամությունների ռիսկը (Mueser, Hiday, Goodman, & Valentini-Hein, 2003): Ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեցող անձինք կարող են ռիսկի ենթարկվել վատ վերաբերմունքի արժանանալով՝ ինչպես մանկական տարիքում, այնպես էլ մեծահասակների շրջանում՝ իրենց մասին հոգ տանելու և անկախ ապրելու իրենց կարողությունների սահմանափակումների պատճառով, հատկապես, եթե նրանք ունեն ճանաչողական խանգարումներ՝ պայմանավորված մտավոր հետամնացությամբ կամ լուրջ հոգեկան հիվանդությամբ:

Քաղաքական բռնության և աղետալի աղետներից մազապուրծ եղած փախստականներ՝ քաղաքական բռնությունը ոչ միայն տրավմատիկ վնաս է հասցնում մարդկանց, երբ նրանք ապրում են իրենց համայնքներում, այլև հաճախ, երբ զոհերը ստիպված են լինում փախչել իրենց տներից՝ կամ մեկ այլ երկիր, կամ մնալով իրենց երկրում: ՄԱԿ-ի փախստականների հարցերով գերագույն հանձնակատարի (ՄԱԿՓԳ) կողմից փախստականները սահմանվում են որպես անձինք, ովքեր լքել են իրենց ծագման երկիրը՝ բռնությունից խուսափելու համար: (ՄԱԿ-ի գերագույն հանձնակատարի գրասենյակ, էջ 16; <http://www.unhcr.org/home/PUBL/3b5e90ea0.pdf>; մուտք գործվել է 19.01.09):

Փախստական երեխաներն ունեն լրացուցիչ կարիքներ և մարտահրավերներ, այդ թվում՝ կյանքին սպառնացող փորձառություններ հաղթահարել առանց մեծահասակների օգնության կամ առաջնորդության, իսկ հետո, եթե նրանք տեղափոխվում են մշտապես վերաբնակվելու համար, ստիպված են վերադառնալ «երեխա» լինելուն՝ նոր ընտանիքով, համայնքով և մշակույթով (Հենդերսոն, 2008): Փախստական երեխաները հաճախ ցուցաբերում են ոչ միայն հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշներ, այլև վարքային խնդիրներ (օրինակ՝

վերահսկողություն, ագրեսիա կամ չենթարկվել), խորը կորուստ և զարգացման, ուսուցման կամ կրթական հապաղումներ կամ դեֆիցիտներ, որոնք հասկանալի են՝ հաշվի առնելով տեղահանությունից առաջ և ընթացքում նրանց հաճախ քրոնիկ զրկանքները: Այնուամենայնիվ, երեխաները կարող են նաև հատկապես դիմացկուն լինել փախստական լինելու հոգեբանական կորուստների և տրավմաների նկատմամբ, և հաճախ նրանք հույսի հիմնական աղբյուր են իրենց ընտանիքների համար վերաբնակեցման գործընթացում (329,330)

Շատ փախստականներ հնարավորություն ունեն ստանալու հոգեկան առողջության ծառայություններ՝ կամ փախստականների ճամբարի համատեքստում, կամ վերաբնակեցումից հետո, բայց շատերը չեն փնտրում կամ չեն օգտագործում այդ ծառայությունները: Գոյատևումը, սննդի, փողի, բնակարանի, տրանսպորտի և անվտանգության կայուն և կանխատեսելի հասանելիություն ստանալը, ընկերների և ընտանիքի հետ հաղորդակցության վերականգնումը և մշակութային ու կրոնական ավանդույթների, արժեքների և սովորույթների հետ կապի պահպանումը կամ վերականգնումը կարող է գերակա լինել հոգեկան առողջության և բուժման նկատմամբ (և, ըստ էության, կարող է լինել թերապիայի լավագույն ձևը շատերի համար՝ տվյալ հանգամանքներում):

Այսպիսով, Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՍԽ) ավելի բարձր տարածվածություն կա տրավմա ապրող ռասայական և էթնիկ փոքրամասնությունների խմբերի շրջանում: Սակայն քիչ բան է հայտնի տրավմայի գնահատումների և միջամտությունների մշակութային ադապտացիաների մասին, կամ այն մասին, թե արդյոք այդ ադապտացիաները համապատասխանում են մշակութային կարիքներին: Միջամտության վերաբերյալ հետազոտությունների մետա-վերլուծությունները ցույց տվեցին, որ մշակութային առումով հարմարեցված միջամտություններն ավելի արդյունավետ էին հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշների նվազեցման գործում՝ համեմատած չհարմարեցված միջամտությունների հետ, ինչպես նաև հարմարեցված միջամտությունները դրական ազդեցություն են ունեցել հոգեկան առողջության նկատմամբ վերաբերմունքի և ծառայությունների մեջ ներգրավվածության վրա:

Ներկայումս Միացյալ Թագավորությունում Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՍԽ) բուժման վերաբերյալ Առողջապահության և խնամքի գերազանցության ազգային ինստիտուտի (NICE) ուղեցույցները ներառում են տրավմայի վրա կենտրոնացած ճանաչողական վարքային թերապիա (ԿՎԹ), երկարատև ազդեցության թերապիա, աչքերի շարժումների դեսենսիտիզացիայի և վերամշակման թերապիա (EMDR) և պատմողական էքսպոզիցիոն թերապիա (NICE, 2018), և մի շարք հրապարակված մետա-վերլուծություններ ցույց են տալիս այս միջամտությունների արդյունավետության դրական արդյունքներ (331.332): Այնուամենայնիվ, պարզ չէ, թե արդյոք նման միջամտությունների արդյունավետությունը կարող է լիովին ընդհանրացվել ռասայական փոքրամասնությունների խմբերի շրջանում՝ կլինիկական փորձարկումներին և հետազոտություններին մասնակցության ցածր մակարդակի պատճառով, որոնք մնում են թերներկայացված համաշխարհային մակարդակով (333): Զննադատները նաև նշել են, որ ապացույցների վրա հիմնված միջամտությունները հիմնականում մշակվել են արևմտյան համատեքստերում (334), պնդելով, որ առաջարկվող միջամտությունները կարող են այնքան էլ ընդունելի չլինել ոչ

արևմտյան խմբերի և հասարակությունների համար, որոնք պահպանում են առողջության և հիվանդության վերաբերյալ բազմազան մշակութային սովորույթներն ու համոզմունքները (335,336): Հետևաբար, կա հրատապ անհրաժեշտություն գլոբալ հետազոտությունների և ծառայությունների՝ ապահովելու համար, որ Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման կամ տրավմատիկ փորձառությունների գնահատման և բուժման համար նախատեսված միջամտությունները արդյունավետ լինեն տարբեր ծառայություններից օգտվող բնակչության շրջանում: Ռասայական և էթնիկ փոքրամասնությունների խմբերի համար կան որոշ ապացույցներ, որոնք ենթադրում են, որ մշակութային առումով հարմարեցված միջամտությունները կարող են բարձրացնել միջամտությունների արդյունավետությունը հանրային առողջապահական ծառայություններում և որ մշակութային խմբերն ավելի հակված են ներգրավվել և համագործակցել ծառայությունների հետ, երբ հավատում են, որ իրենց մշակութային ինքնությունն ու համոզմունքները ճշգրիտ արտացոլվում են բուժման մատուցման մեջ (337): Մշակութային հարմարվողականությունը վերաբերում է «միջամտության արձանագրության փոփոխությանը՝ լեզուն, մշակույթը և համատեքստը հաշվի առնելու այնպես, որ այն համատեղելի լինի հաճախորդի մշակութային օրինաչափությունների, իմաստների և արժեքների հետ» (Bernal et al., 2009): Առողջապահության ոլորտում մշակութային առումով հարմարեցված միջամտությունների արդյունավետության վերաբերյալ մի քանի մետա-վերլուծությունների արդյունքները զգալիորեն տարբերվում են (338-340): Այս վերանայումներից ստացված ապացույցների մեծ մասը գնահատել է մշակութային հարմարվողականությունները տարբեր միջամտություններում, որոնք նախատեսված են հոգեբուժական խանգարումների լայն շրջանակի, մասնավորապես՝ դեպրեսիվ խանգարումների բուժման համար: Շատ ակնարկներ նաև չեն կարողանում լիովին նկարագրել ադապտացիայի գործընթացի բնույթը, ինչը դժվարեցնում է եզրակացնել, թե միջամտության մոտեցման որ բաղադրիչներն էին արդյունավետ, և ադապտացիաների համեմատական անհատական փորձառությունները: Մինչդեռ ռասայական փոքրամասնությունների խմբերի շրջանում տրավմայի բուժման մշակութային ադապտացիաները ուսումնասիրող հետազոտությունները ընդլայնվում են (341,342), ակնարկների շրջանակը հաճախ սահմանափակվել է ԿՎԹ-ի ադապտացիաների ուսումնասիրությամբ: Միջմշակութային հետազոտությունները կասկածի տակ են դրել ԿՎԹ-ի կիրառումը բազմազան խմբերի հետ աշխատելիս՝ ԿՎԹ պրակտիկան անվանելով անհատական և անտեսելով ավելի լայն սոցիալական և մշակութային համատեքստերը, որոնք կարող են ազդել տառապանքի վրա (Հոլ և այլք, 2016): Չնայած սա կարող է արդարացնել ԿՎԹ-ի ադապտացիան տարբեր խմբերի հետ աշխատելիս ուսումնասիրելու անհրաժեշտությունը, անհրաժեշտ է ԿՎԹ-ից այն կողմ ձգվող մի քանի բուժման մեթոդների ադապտացիաների ավելի լայն վերանայում: Սա ամրապնդում է գրականությունը՝ ուսումնասիրելով տարբեր բուժման մեթոդների արդյունավետությունն ու համապատասխանությունը, ավելի տեղեկացված առաջարկություններ անելով ապագա պրակտիկայի և քաղաքականության համար:

Մշակութային ադապտացիա	Օրինակ
Լեզու	Գնահատումների կամ միջամտությունների լեզվի հարմարեցում՝ համապատասխանեցնելով այն խմբերին վերաբերող մշակութային նրբերանգներին և իմաստներին: Արևմտյան հասկացություններից, տերմինաբանությունից և կլինիկական ժարգոնից խուսափելը: Մշակութային առումով համապատասխան փոխաբերությունների, անալոգիաների, իդիոմների և գործելակերպերի օգտագործումը տրավման բացատրելու համար: Գնահատումների կամ միջամտությունների հեշտացումը նախընտրելի տեղական լեզվով:
Սոցիալ-մշակութային նկատառումներ	Մշակութային համատեքստն ու ինքնությունը հաշվի առնող և դրանք գործնականում ներառող մեթոդների կիրառում (խմբային գործունեության ծավալում, օրինակ՝ խմբով ուսուցողի պատրաստել/թմբուկ նվագել՝ կապը և պատկանելությունը խթանելու համար, հոգևորականության գնահատում՝ իմաստավորման և հաղթահարման մեխանիզմները հասկանալու համար):
Ուսուցում մատակարարների համար	Ծառայություն մատուցողների համար վերապատրաստում, որոնք հասկանում են իրենց սպասարկած համայնքների մշակութային, սոցիալական և պատմական համատեքստերը՝ մշակութային կարիքները լավագույնս բավարարելու համար:
Հոգեկրթություն	Ներառում է տրավմատիկ ապրումների շուրջ կրթության կիրառումը՝ ծանոթ կամ մշակութային ֆոնին համապատասխան ձևով: Ադապտացիաները հիմնված են մշակութային պատմության և համատեքստային օրինակների վրա՝ տրավմատիկ ապրումները և բուժման գործընթացը բացատրելու համար:
Գործնական նկատառումներ	Միջամտությունների պրագմատիկ և լոգիստիկ հարմարեցումներ՝ ապահովելու համար դրանց մատչելիությունը և ներգրավվածությունը: Վստահության կառուցմանը նվիրված ավելի շատ տրավմայի բուժման սեանսների առաջարկ: Անհրաժեշտության դեպքում խնամքի առաջարկ՝ առկա համայնքային ցանցերի և բժշկական ու ավանդական ծառայություններից դուրս (օրինակ՝ հավատքի վրա հիմնված պաշտամունքի վայրեր):
Խարան	Վերաիմաստավորել միջամտությունները՝ արևմտյան հասկացություններից, ինչպիսին է «հոգեկան առողջության միջամտությունը», հեռու մնալու համար: Օգտագործել խմբային քննարկումներ, որոնք կարգավորում են տրավմայի նկատմամբ արձագանքները, վարքագիծը և ապահովում կոլեկտիվ աջակցություն: Հոգևորության և դրա հնարավոր ազդեցության մասին իրազեկվածություն, ինչպիսին է տրավման որպես հոգու տիրապետում կամ պատիժ դիտարկելը:
Համագործակցություն	Ռասայական և էթնիկ փոքրամասնությունների խմբերի համայնքային ցանցերում առկա գիտելիքների և փորձի օգտագործումը՝ գնահատումներ և միջամտություններ մշակելու և անցկացնելու համար, ինչպիսիք են ավանդական բուժողների ներդրումը:
Մշակութային համապատասխանեցում	Թերապևտի և անհատների մշակութային ծագման միջև համաձայնեցման ընտրությունը նպաստում է ավելի ամուր թերապևտիկ հարաբերության:

(343-346)

Ամփոփում

Մշակութային առումով հարմարեցված տրավմայի գնահատման և միջամտությունների արդյունավետությունն ու փորձը ցույց տվող ապացույցների բազան դեռևս փոքր է: Սակայն առկա հետազոտությունները ընդգծում են տրավմայի միջամտությունների և գնահատումների հարմարեցման կարևորությունը որոշակի ռասայական և էթնիկ փոքրամասնությունների խմբերի համար: Ապագա հետազոտությունները պետք է ստուգեն միջամտությունների ազդեցությունները ավելի երկար հետևողական ժամանակահատվածներում՝ տրավմայի հետևանքներին անդրադառնալու համար, միջամտությունների կայունության վերաբերյալ հետագա համոզիչ եզրակացություններ անելու համար: Հետազոտությունները պետք է ապահովեն, որ հարմարվողականության գործընթացների վերաբերյալ ուղեցույցները մանրամասն լինեն՝ արդյունքների ավելի մեծ փոխադարձության համար, և խորհուրդ է տրվում անցկացնել միջամտությունների կամ գնահատումների փորձը ուսումնասիրող հետագա ուսումնասիրություններ:

Գլուխ 11. Բուժման զարգացող ուղղություններ

1. Վիրտուալ իրականության վրա հիմնված աստիճանական էքսպոզիցիոն թերապիայի ազդեցությունը հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշների վրա /համակարգված վերանայում և մետա-վերլուծություն

Էքսպոզիցիոն թերապիան բավականին արդյունավետ է եղել հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշները նվազեցնելու համար և բազմաթիվ ուղեցույցների համաձայն համարվում է հետտրավմատիկ սթրեսի առաջին գծի բուժում: Էքսպոզիցիոն թերապիայի հիմքում ընկած մեխանիզմները կարող են բացատրվել էմոցիոնալ մշակման տեսությամբ (347), որը նշում է, որ տրավմայի հետ կապված տեղեկատվության հետ բախվելիս ակտիվանում է ֆորբիկ վախի կառուցվածքը: Համապատասխանաբար, ախտանիշների նվազեցման մեխանիզմները ներառում են վախի կառուցվածքի ակտիվացում՝ վախեցնող խթանի (երևակայական կամ in vivo) հետ կրկնվող բախման միջոցով՝ անհանգստության ռեակցիայի սովորության և վերացման հասնելու համար: Չնայած էմոցիոնալ ներգրավվածությունը բուժման արդյունքի բանալին է (348), սա հատկապես դժվար է իրականացնել երևակայական էքսպոզիցիոն ազդեցության համատեքստում, քանի որ շատ այցելուներ խնդիրներ են ունենում տրավմատիկ իրադարձությունը կամ դրան առնչվող մանրամասները պատկերացնելու հետ (Rizzo & Shilling, 2018): Իր հերթին, in vivo ազդեցությունը մարտահրավեր է առաջացնում իրական կյանքի խթաններ ապահովելու հարցում, որոնք հարմար են համակարգված, աստիճանական ազդեցության համար:

Այս բարդ խնդիրները հաղթահարելու կենսունակ մոտեցում է ապահովում վիրտուալ իրականության (VR) տեխնոլոգիան (352): Այն առաջարկում է բազմազգայական ազդանշանների ներկայացում բարձր ինտերակտիվ, էկոլոգիապես վավեր վիրտուալ միջավայրում: Այն ունի խթանի նկատմամբ վերահսկողության բարձրացման, ազդեցությունն անվերջ կրկնելու հնարավորության և առօրյա միջավայրի սահմանները մոդելավորելու եզակի հնարավորության առավելություններ (349, 350): Ավելին, VR-ն ցույց է տվել իր արդյունավետությունը սթրեսի և անհանգստության ռեակցիաներ առաջացնելու գործում, որոնք համեմատելի են նմանատիպ իրական իրավիճակներում դիտարկվող ռեակցիաների հետ: Այս բոլոր բնութագրերը նպաստել են VR-ի ներդրմանը որպես ազդեցության թերապիայի մեթոդ (351): Անցյալում վիրտուալ իրականության էքսպոզիցիոն թերապիան (VRET) արդյունավետ է եղել տարբեր տեսակի ֆորբիաների դեպքում (353, 354):

Ի տարբերություն հատուկ ֆորբիաների, հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող հիվանդների մոտ VRET-ի արդյունավետության վերաբերյալ տվյալները դեռևս անորոշ են: Զրոնիկ, բուժմանը կայուն հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող վետերանների մոտ VRET-ի վերաբերյալ վաղ ուսումնասիրությունները (355) ընդհանուր առմամբ խոստովանալից արդյունքներ են տվել VR-ի վրա հիմնված ազդեցության համար, իսկ ավելի վերջերս կատարված որակական վերանայումը (356) եզրակացրել է, որ VRET-ը պոտենցիալ օգտակար է տարբեր տեսակի տրավմաների բուժման համար: Նմանապես, VRET-ը ներառվել է ISTSS ուղեցույցներում (2018), օրինակ՝ որպես հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման բուժման միջոց՝ նոր ապացույցներով, չնայած ուղեցույցներում նաև

ընդգծվում է, որ չնայած ապացույցները խոստովանալից են, դրանք դեռևս բավարար չեն VRET-ը որպես ստանդարտ բուժում լիովին հիմնավորելու համար:

Ընդհանրացնելով կարելի է ասել, որ VRET-ը կազմում է Էկոլոգիապես վավեր, անվտանգ և վերահսկվող միջավայր՝ հուզական, ճանաչողական և վարքային, ինչպես նաև ֆիզիոլոգիական ռեակցիաների ինդուկցիայի համար, որոնք համարժեք են in vivo միջավայրերում հանդիպող ռեակցիաներին: Անցյալում համապատասխան համակարգերի սարքավորումների և ծրագրային ապահովման բարձր գները կարող էին սահմանափակել այս տեխնոլոգիայի հասանելիությունը: Այնուամենայնիվ, քանի որ VR համակարգերի մատչելիությունը վերջին տասնամյակում աճել է, կլինիկական հետազոտողները ավելի հակված են ներառել և գնահատել այս գործիքը իրենց առօրյա թերապիայի մեջ: Այնուամենայնիվ, կարևոր է նշել, որ VRET-ը չպետք է օգտագործվի որպես ինքնուրույն գործիք, և միշտ անհրաժեշտ է որակավորված թերապևտ՝ գործընթացը ղեկավարելու համար: Նախապես ծրագրավորված միջավայրերի և խթանների վրա հիմնվելով՝ VRET-ը ունի բուժման ստանդարտացման ներուժ: Սա կարող է հետաքրքիր տարբերակ լինել ապագա ուսումնասիրություններում բազմաթիվ փորձարկումների համեմատելիությունը բարձրացնելու համար:

2. Կետամինի արդյունավետությունը հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման բուժման համար. համակարգված վերանայում և մետա-վերլուծություն (Thales marcon at all (357)

Կետամինի հատկությունները կարող են նպաստել սինապտիկ կապերի վերականգնմանը և նեյրոնային պլաստիկության աճին: Ենթադրվում է, որ այս գործողությունների հիմքում ընկած մեխանիզմները ներառում են գլուտամատի արտազատումը և արտասինապտիկ NMDA ընկալիչների շրջափակումը, ինչը հանգեցնում է ներբջջային կասկադային ազդանշանային ուղիների փոփոխությունների: Այս նեյրոնային մեխանիզմները մեծացնում են BDNF, AMPA ազդանշանային ուղին և ներբջջային մեսենջերային ֆոսֆորիլացման փոփոխությունները (358, 3591, Krystal et al., 2013): Ավելին, կետամինը ցույց է տվել տրավմատիկ հիշողությունների և վախի նվազեցման ազդեցություն, որը պայմանավորված է ուղեղի հիմնական շրջանների սինապտիկ ուղիների վրա ազդեցությամբ, ներառյալ հիպոկամպը, բազալ գանգլիաները, ամիգդալան և պրեֆրոնտալ կեղևը (361, 362):

Անցկացվել է համակարգված վերանայում և մետա-վերլուծություն, ըստ որի բարելավումներ նկատվել են ինչպես ներարկումից 24 ժամ անց, այնպես էլ դեղորայքային բուժման վերջնակետում, որը տևել է 1-ից 4 շաբաթ: Այնուամենայնիվ, բարելավումն ավելի ցայտուն էր վերահսկիչ խմբի համեմատ միայն հետագա վերլուծության ժամանակ:

Մի շարք ուսումնասիրություններ ենթադրում են, որ կետամինը կարող է լինել խոստովանալից տարբերակ Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման բուժման համար, մասնավորապես, երբ այն զուգակցվում է տարբեր հոգեթերապիայի մոտեցումների հետ: Այնուամենայնիվ, կարևոր է ընդգծել, որ այս միջամտության համար ավելի հուսալի ապացույցներ հաստատելու համար անհրաժեշտ են հետագա պատահականացված վերահսկվող փորձարկումներ (RCT):

Տվյալ մետա-վերլուծության մեջ կատարված ուսումնասիրությունների մեծ մասը գնահատել է կետամիկը որպես մոնոթերապիա հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման բուժման համար: Ռոթթաունի և այլոց (2006) կողմից անցկացված պատահականացված վերահսկվող հետազոտությունը ցույց է տվել, որ սերտրալինով սկզբնական բուժմանը մասամբ արձագանքած բուժառուները ցույց են տվել երկարատև էքսպոզիցիայի (ԵԷ) թերապիայի 10 սեանսից (շաբաթական երկու անգամ) ավելի մեծ օգուտներ: Մեկ այլ պատահականացված վերահսկվող հետազոտություն (Շնայեր և այլք, 2012 (363) ցույց է տվել, որ 10 շաբաթ և՛ ԵԷ-ով, և՛ պարոքսետինով բուժվածները զգալի բարելավումներ են ունեցել ՀՏՍԽ-ի ախտանիշներում՝ համեմատած ԵԷ-ով և պլացեբոյով բուժվածների հետ: Բացի այդ, կան ապացույցներ, որոնք հաստատում են կետամիկի օժանդակ թերապիայի (ԿՕԹ) արդյունավետությունը դեպրեսիվ և անհանգստության ախտանիշների զգալի նվազեցման գործում (Դորե և այլք, 2019 (364): Ավելին, կետամիկի և երկարատև ազդեցության թերապիայի համադրությունը խոստումնալից ուղի է ապագա հետազոտությունների համար (Շիրոմա և այլք, 2020 (362); Հարպազ-Ռոտեմ, 2022 (365):

Albuquerque et al. (2022) նախորդ մետա-վերլուծությունը նույնպես ապացույցներ է գտել, որոնք հաստատում են կետամիկի օգտակար ազդեցությունը հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման բուժման գործում (366): Նրանց վերլուծության մեջ դրական ազդեցությունները հիմնականում դիտարկվել են հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման հետ կապված երկրորդային դեպրեսիվ ախտանիշների բարելավման ձևով, այլ ոչ թե խանգարման հիմնական ախտանիշների: Այս արդյունքը հատկապես կարևոր է՝ հաշվի առնելով հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման և դեպրեսիվ խանգարման համակցման բարձր մակարդակը, հատկապես զինվորական վետերանների շրջանում, որոնք կազմում են ուսումնասիրության նմուշների զգալի մասը: Համաճարակաբանական տվյալները ցույց են տալիս, որ ԱՄՆ-ում վետերանների մոտ 50%-ը տառապում է և՛ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումից, և՛ ՄԴԽ-ից (367, 368): Բացի այդ, կետամիկով երկարատև բուժումը կապված է հոսպիտալացման մակարդակի նվազման հետ, մասնավորապես ծանր ուղեկցող հիվանդությունների դեպքում, ինչպիսիք են հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը և դեպրեսիվ խանգարումը (Hartberg et al., 2018):

Այնուամենայնիվ, կարևոր է ընդգծել, որ այս միջամտության համար ավելի հուսալի ապացույցներ հաստատելու համար անհրաժեշտ են հետագա պատահականացված վերահսկվող փորձարկումներ (RCT):

Ապագա հետազոտությունները պետք է կենտրոնանան կետամիկի երկարատև ազդեցության և լրացուցիչ հոգեթերապիայի գնահատման վրա: Սինապսային դեֆիցիտները սերտորեն կապված են հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման և դրան առնչվող հաշմանդամությունների զարգացման հետ (Krystal et al., 2017(370): Սթրեսային պայմանները անմիջականորեն ազդում են գլուտամատային սինապսի վրա՝ հանգեցնելով ուղեղից ստացված նեյրոտրոֆիկ գործոնի (BDNF) ազդանշանային ուղու նվազմանը և հանգեցնելով դենդրիտային փշերի կորստի և փոքրացման: Ավելին, կան ապացույցներ, որ ծանր ախտանշանաբանությունը կապված է կեղևի հաստության նվազման հետ: Նման

մեխանիզմները սերտորեն կապված են ՀՏՍԽ-ի պաթոֆիզիոլոգիայի հետ (371, 372):

3. Էլեկտրոնային հոգեկան առողջություն

Չնայած հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՍԽ) գնահատման և բուժման լավագույն ռազմավարությունները ցույց տվող ամուր ապացույցներին, բազմաթիվ գործոններ սահմանափակում են այդ միջամտությունների մատչելիությունը և կիրառումը: Խնդիրները ներառում են միջամտությունների արժեքը (Առողջապահության և խնամքի գերազանցության ազգային ինստիտուտ, 2018), աջակցության հասանելիության հետ կապված ընկալվող կարծրատիպը (373) և ծառայությունների մատուցման աշխարհագրական տատանումները (374): Ի պատասխան, աճող հետաքրքրություն է առաջացել Էլեկտրոնային հոգեկան առողջության նկատմամբ՝ որպես համապատասխան խնամքին հասանելիությունը մեծացնելու տարբերակ (Օլֆ, 2015 (375): Այսինքն առաջարկվում է ինտերնետը որպես հոգեբանական թերապիայի իրականացման հարթակ օգտագործել:

Էլեկտրոնային հոգեկան առողջության առավելությունները

- Ժամանակին միջամտություն
- հասանելիություն
- անանոնություն
- ճկունություն
- ստանդարտացում
- ընդունելիություն
- ծախսարդյունավետության ներուժ

Էլեկտրոնային հոգեկան առողջության սահմանափակումները

- Էթիկական և իրավական պատասխանատվություն
- Չափազանց պարզեցում
- Նյութերի օգտագործման դժվարություններ
- Հաստատող ապացույցների բացակայություն
- ընդունելիությունը տարբեր խմբերի համար

Հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման (ՀՏՍԽ) համար Էլեկտրոնային հոգեկան առողջության միջամտությունների մշակումն ու գնահատումը հետ է մնացել այլ խանգարումներից: Մի շարք համակարգված վերանայումներ հաստատել են դրանց արդյունավետությունը դեպրեսիայի (376), տագնապային խանգարումների (377, 378) և սննդային խանգարումների (379) դեպքում:

Էլեկտրոնային հոգեկան առողջությունը ՀՏՍԽ-ի կանխարգելման նպատակով

Չնայած համացանցը օգտակար հարթակ է տրամադրում կանխարգելիչ մոտեցումները լայնորեն տարածելու համար, այնուամենայնիվ բավարար ապացույցներ չկան՝ որպես կանխագելիչ գործընթաց, համընդհանուր կիրառման համար: Սակայն սա կարող է լինել փաստարկ թիրախային միջամտության հետագա ուսումնասիրության համար, որը կուղղվի միայն նրանց, ովքեր ախտանշաններ են ցուցաբերում տրավմայի ազդեցության տակ սկրինինգի ժամանակ:

Կան նաև հնարավորություններ էլեկտրոնային հոգեկան առողջության օգտագործման համար տրավմայի զոհերի լայնածավալ, մատչելի սկրինինգի համար, որը կարող է օգտակար դեր ունենալ նրանց բացահայտելու գործում: Սակայն սա դեռ վերահսկվող հետազոտությունների և գնահատման կարիք ունի :

Էլեկտրոնային հոգեկան առողջությունը ՀՏՄԽ-իբուժական նպատակով

Վերջերս Զոքրեյնի կողմից անցկացված համացանցային կոգնիտիվ-վարքային թերապիայի (Ի-ԿՎԹ) վերանայումը հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման համար հայտնաբերել է 10 պատահականացված վերահսկվող հետազոտություն, որոնք համապատասխանում են վերանայման համար իրավասության չափանիշներին (380): Ուսումնասիրություններից ութը համեմատել են թերապևտի ուղեկցությամբ իրականացվող Ի-ԿՎԹ-ն սպասման ցուցակում գտնվող վերահսկիչ խմբի հետ: Երկու ուսումնասիրություն համեմատել է ուղղորդվող Ի-ԿՎԹ-ն ոչ ԿՎԹ-ի վրա հիմնված առցանց իրականացվող հոգեբանական թերապիայի հետ:

Համապատասխան ուսումնասիրություններն էին՝ պատահականացված վերահսկվող փորձարկումներ (RCT), պատահականացված խաչաձև փորձարկումներ և կլաստերային-պատահականացված փորձարկումներ՝ Ի-ԿՎԹ-ն հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման բուժման համար: Մասնակիցները պետք է լինեին 16 տարեկան կամ ավելի մեծահասակներ: Ուսումնասիրության մասնակիցների առնվազն 70%-ը պետք է համապատասխաներ DSM կամ ICD համապատասխան ախտորոշիչ չափանիշներին՝ գնահատված կլինիկական հարցազրույցի կամ վավերացված ինքնագնահատման հարցաթերթիկի միջոցով: Ուսումնասիրությունում ներառվել են անկախ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող անձի կողմից կրած տրավմայի տեսակից, ախտանիշների ծանրությունից կամ տևողությունից, կամ տրավմայից հետո անցած ժամանակահատվածից: Ոչ մի սահմանափակում չի կիրառվել՝ կախված ուղեկցող հիվանդությունից, քանի դեռ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարումը հիմնականն էր: Միջամտության հիմնական նպատակը տրավմատիկ սթրեսի ախտանիշների ախտորոշումը և նվազեցումն էր: Համապատասխան էին Ի-ԿՎԹ-ները՝ թերապևտի ուղեկցությամբ կամ առանց դրա, ներառյալ առցանց և բջջային հավելվածների միջոցով իրականացվող թերապիաները:

Ընդգրկվել են ծրագրեր, որոնք ապահովում են մինչև 5 ժամ թերապևտի ուղեկցում, ինչպես նաև ծրագրեր, որոնք ապահովում են դեմ առ դեմ կամ հեռակա ուղեկցում: Թերապևտի հետ փոխազդեցությունների քանակի կամ առցանց ծրագրի տևողության հետ կապված որևէ սահմանափակում չկար:

Արդյունքների Ամփոփում

Ի-ԿՎԹ -ն, հնարավոր է, ավելի արդյունավետ է եղել, քան սպասման ցուցակը՝ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշների, դեպրեսիայի և անհանգստության բուժումից հետո նվազեցման համար: Այնուամենայնիվ, կյանքի որակի չափանիշների առումով երկու խմբերի միջև նշանակալի տարբերություն չի եղել:

Ազդեցության մեծությունը փոքր էր, քան թերապևտի կողմից իրականացվող տրավմայի վրա կենտրոնացած ԿՎԹ-ի համեմատության ժամանակ հայտնաբերվածը:

Ի-ԿՎԹ-ի և Ի-ոչ-ԿՎԹ-ի միջև նշանակալի տարբերություն չի եղել որևէ չափանիշի առումով՝ բուժումից հետո: Այս համեմատությունը կատարվել է միայն երկու փոքր ուսումնասիրություններում. դրանք ցույց են տվել, որ Ի-ԿՎԹ-ն ավելի արդյունավետ չէր հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման ախտանիշների, անհանգստության և դեպրեսիայի ծանրությունը նվազեցնելու համար 12 ամսվա հետազոտության արդյունքում: Չնայած որ հայտնաբերվել են Ի-ԿՎԹ-ի որոշ օգտակար ազդեցություններ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարման համար, ապացույցների որակը շատ ցածր էր ներառված փորձարկումների փոքր թվի պատճառով:

Պարզվեց, որ անհրաժեշտ է հետագա աշխատանք Ինտերնետային միջամտությունների ոչ զիջող լինելը որոշելու համար:

Կլինիկական առաջարկություններ

Բուժման ավանդական մեթոդների խոչընդոտների բացահայտումը և հաղթահարումը, ինչպես նաև այլընտրանքային տարբերակների տրամադրումը, որոնք կբարձրացնեն հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում ունեցող այն անհատների թիվը, ովքեր կարող են արագորեն նույնականացվել և ներգրավվել բուժման գործընթացի մեջ, կարևոր հանրային առողջապահական խնդիր է: Պահանջելով մոտ 80%-ով պակաս թերապևտի ժամանակ, ՅՏՄԻ-ի համար էլեկտրոնային հոգեկան առողջության միջամտությունները կարող են մեծացնել առողջապահական ռեսուրսների օգտագործումը և լայնորեն հասանելիություն ունենալ արդյունավետ բուժմանը: Դրանք նաև կարող են մեծացնել թերապևտիկ կարողությունները և կրճատել սպասման ցուցակները, այդպիսով հնարավորություն տալով ժամանակին միջամտել: ՅՏՄԻ-ի համար էլեկտրոնային հոգեկան առողջությունը նաև հնարավորություն է տալիս հաղթահարել բուժման բազմաթիվ ավանդական խոչընդոտներ, այդ թվում՝ աշխատանքի, ընտանեկան պահանջների, երեխաների խնամքի պարտավորությունների կամ տրանսպորտային խնդիրների պատճառով շաբաթական հանդիպումներին մասնակցելու դժվարությունները:

Այսպիսով մոտեցումը խոստումնալից է: Այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ է հետագա աշխատանք՝ ներկայիս առաջին գծի միջամտությունների նկատմամբ ոչ զիջելիությունը հաստատելու համար, նախքան դրանք կկիրառվեն կլինիկական պրակտիկայում:

Ինչպես նաև պետք է հաշվի առնել, որ Էլեկտրոնային հոգեկան առողջության միջամտությունները նախատեսված չեն դեմ առ դեմ միջամտությունները փոխարինելու համար, հատկապես, որ արդյունավետության վերաբերյալ ապացույցները հստակ չեն, հավանական է, որ անհատների ուշադիր ընտրությունը լավագույն ռազմավարությունն է կլինիկական պրակտիկայում օգտագործման համար: Անհատների առնվազն մի մասը, հավանաբար, կարծագանքի Էլեկտրոնային հոգեկան առողջությանը և կարիք չի ունենա հետագա միջամտության, ինչը լավ համապատասխանում է առողջապահական խոհեմ համակարգի սկզբունքներին:

Հղումներ

1. Tol, W. A., Barbui, C., Bisson, J., Cohen, J., Hijazi, Z., Jones, L., et al. (2014). World Health Organization guidelines for management of acute stress, PTSD, and bereavement: Key challenges on the road ahead. *PLOS Medicine*, 11(12), e1001769.
2. Rosen, C. S., Elkhari, A., Crowley, J., Smith, B. N., Kuhn, E., Trent, L., et al. (2017). Maintenance and reach of exposure psychotherapy for posttraumatic stress disorder 18 months after training. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 63–70.
3. Sripada, R. K., Pfeiffer, P. N., Rauch, S. A., Ganoczy, D., & Bohnert, K. M. (2018). Factors associated with the receipt of documented evidence-based psychotherapy for PTSD in VA. *General Hospital Psychiatry*, 54, 12–17.
4. Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: Lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(2), 65–111.
5. American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Washington, DC: Author.
6. Phoenix Australia—Centre for Posttraumatic Mental Health. (2013). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne, Victoria, Australia: Author.
7. National Institute for Health and Care Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder: Management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Leicester, UK: Gaskell.
8. Department of Veterans Affairs & Department of Defense Clinical Practice Working Group. (2017). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. Washington, DC: VA Office of Quality and Performance.
9. World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems rev.* Geneva, <https://www.who.int/classifications/icd/en>
10. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
11. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., et al. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Suppl. 5).
12. Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., et al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343.
13. Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 7. [Epub ahead of print]
14. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 537–547.
15. Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H. S., Heir, T., & Weisæth, L. (2013). Work-related post traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 63(3), 175–182.

16. North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E. L., et al. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 171–175.
17. Abrahams, N., Devries, K., Watts, C., Pallitto, C., Petzold, M., Shamu, S., et al. (2014). Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: A systematic review. *Lancet*, 383, 1648–1654.
18. Roberts, A. L., Austin, S. B., Corliss, H. L., Vandermorris, A. K., & Koenen, K. C. (2010). Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Public Health*, 100, 2433–2441.
19. Stein, M. B., Jang, K. L., Taylor, S., Vernon, P. A., & Livesley, W. J. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1675–1681.
20. Romer, D. (2010). Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: Implications for prevention. *Developmental Psychobiology*, 52, 263–276.
21. Butcher, F., Galanek, J. D., Kretschmar, J. M., & Flannery, D. J. (2015). The impact of neighborhood disorganization on neighborhood exposure to violence, trauma symptoms, and social relationships among at-risk youth. *Social Science and Medicine*, 146, 300–306.
22. Gradus, J. L., Antonsen, S., Svensson, E., Lash, T. L., Resick, P. A., & Hansen, J. G. (2015). Trauma, comorbidity, and mortality following severe stress and adjustment disorder diagnoses: A nationwide cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 182, 451–458.
23. Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., Chung, W.-S., Richardson, J., & Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: A cross sectional survey. *Lancet*, 358, 450–454.
24. Grauerholz, L. (2000). An ecological approach to understanding sexual revictimization: Linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child Maltreatment*, 5, 5–17.
25. Sayed, S., Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17, 70–76.
26. Atwoli, L., Stein, D. J., Williams, D. R., McLaughlin, K. A., & Koenen, K. C. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: Prevalence, correlates, and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28, 307.
27. Littleton, H., Axson, D., & Grills-Taquechel, A. E. (2011). Longitudinal evaluation of the relationship between maladaptive trauma coping and distress: Examination following the mass shooting at Virginia Tech. *Anxiety, Stress, and Coping*, 24, 273–290.
28. Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., et al. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31, 130–142.
29. Seal, K. H., Metzler, T. J., Gima, K. S., Bertenthal, D., Maguen, S., & Marmar, C. R. (2009). Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care, 2002–2008. *American Journal of Public Health*, 99, 1651–1658.
30. Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods and Psychiatric Research*, 21, 169–184.
31. Fear, N., Bridges, S., Hatch, S., Hawkins, V., & Wessely, S. (2014). Posttraumatic stress disorder. In S. McManus, P. Bebbington, S. Jenkins, & T. Brugha (Eds.), *Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014* (pp. 106–130). Leeds, UK: NHS Digital. Retrieved from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/556596/apms-2014-full-rpt.pdf.
32. McEvoy, P. E., Grove, R., & Slade, T. (2011). Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 957–967.

33. Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., et al. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47, 2260–2274.
34. Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet*, 370, 841–850.
35. Hoge, C. W., Riviere, L. A., Wilk, J. E., Herrell, R. K., & Weathers, F. W. (2014). The prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: A head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *Lancet Psychiatry*, 1, 269–277.
36. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 537–547.
37. O'Donnell, M. L., Alkemade, N., Nickerson, A., Creamer, M., McFarlane, A., Silove, D., et al. (2014). The impact of the diagnostic changes to posttraumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *British Journal of Psychiatry*, 205, 230–235.
38. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
39. Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castela, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P., et al. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 447–457.
40. Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, and Abuse*, 10, 198–210.
41. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
42. Smith, M. W., Schnurr, P. P., & Rosenheck, R. A. (2005). Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Mental Health Services Research*, 7, 89–101.
43. Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 456–465.
44. Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
45. Blanco, C., Xu, Y., Brady, K. T., Pérez-Fuentes, G., Okuda, M., & Wang, S. (2013). Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: Results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 630–638.
46. Sareen, J., Cox, B. J., & Asmundson, G. J. G. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1249–1257.
47. McHugh, T., Forbes, D., Bates, G., Hopwood, M., & Creamer, M. (2012). Anger in PTSD: Is there a need for a concept of PTSD-related posttraumatic anger? *Clinical Psychology Review*, 32, 93–104.
48. Olatunji, B. O., Ciesielski, B. G., & Tolin, D. F. (2010). Fear and loathing: A meta-analytic review of the specificity of AIP. *Behavior Therapy*, 41, 93–105.
49. Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451–466.
50. Bryant, R. A. (2007). Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 183–191.
51. Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., et al. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73, 302–312.

52. Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 5), 4–12; discussion 13–14.
53. Gradus, J. L., Farkas, D. K., Svensson, E., Ehrenstein, V., Lash, T. L., & Sorensen, T. (2017). Posttraumatic stress disorder and gastrointestinal disorders in the Danish population. *Epidemiology*, 28, 354–360.
54. Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 33–46.
55. Beristianos, M. H., Yaffe, K., Cohen, B., & Byers, A. L. (2016). PTSD and risk of incident cardiovascular disease in aging veterans. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 192–200.
56. Spitzer, C., Barnow, S., Volzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: Findings from the general population. *Psychosomatic Medicine*, 71, 1012–1017.
57. Sumner, J. A., Kubzansky, L. D., Roberts, A. L., Gilsanz, P., Chen, Q., Winning, A., et al. (2016). Posttraumatic stress disorder symptoms and risk of hypertension over 22 years in a large cohort of younger and middle-aged women. *Psychological Medicine*, 46, 3105–3116.
58. Asmundson, G. J. G., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 930–937.
59. Asmundson, G. J. G., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State-of-the-art. *Depression and Anxiety*, 26, 888–901.
60. Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984–991.
61. Gradus, J. L., Horváth-Puhó, E., Lash, T. L., Ehrenstein, V., Tamang, S., Adler, N. E., et al. (2019). Stress disorders and dementia in the Danish population. *American Journal of Epidemiology*, 188(3), 493–499.
62. Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 651–662.
63. Peleg, T., & Shalev, A. Y. (2006). Longitudinal studies of PTSD: Overview of findings and methods. *CNS Spectrums*, 11(8), 589–602.
64. Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319–1326.
65. Bedard-Gilligan, M., & Zoellner, L. A. (2008). The utility of the A1 and A2 criteria in the diagnosis of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1062–1069.
66. Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM5. *Depression and Anxiety*, 28, 750–769.
67. Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after Criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 366–373.
68. Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 651–662.
69. First, M. B. (2009). Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: Opportunities and challenges. *British Journal of Psychiatry*, 195, 382–390.
70. Jablensky, A. (2009). Towards ICD-11 and DSM-V: Issues beyond harmonisation. *British Journal of Psychiatry*, 195, 379–381.
71. Frances, A. (2009). Advice to DSM-V: Integrate with ICD-11. *Psychiatric Times*, 26, 1–2.
72. Bisson, J. I. (2013). What happened to harmonisation of the PTSD diagnosis?: The divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22, 205–207.
73. Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, T. R. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13(3), 132–156.
74. Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., et al. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383–395.

75. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Washington, DC: National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs.
76. Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2001). *Reconstructing trauma memories: A prospective study of "amnesic" trauma survivors*. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 277–282.
77. Rona, R. J., Jones, M., Iversen, A., Hull, L., Greenberg, N., Fear, N. T., et al. (2009). *The impact of posttraumatic stress disorder on impairment in the UK military at the time of the Iraq war*. *Journal of Psychiatric Research*, 43(6), 649–655
78. Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). *Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis*. *European Journal of Psychotraumatology*, 5.
79. Frost, R., Hyland, P., McCarthy, A., Halpin, R., Shevlin, M., & Murphy, J. (2019). *the complexity of trauma exposure and response: Profiling PTSD and CPTSD among a refugee sample*. *Psychological Trauma: theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 165–175.
80. Knefel, M., Tran, U. S., & Lueger-Schuster, B. (2016). *the association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective*. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 70–78.
81. Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., et al. (2018). *The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138, 536–546.
82. Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2018). *A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 complex PTSD using the International Trauma Questionnaire*. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, Article 1419749.
83. Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., et al. (2019). *ICD-11 PTSD and complex PTSD in the United States: A population-based study*. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833–842.
84. Roberts, N., Cloitre, M., Bisson, J. I., & Brewin, C. (2018). *PTSD and Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11*. Unpublished interview.
85. Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., et al. (2003). *The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics*. *Primary Care Psychiatry*, 9(1), 9–14.
86. Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., et al. (2002). *Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder*. *British Journal of Psychiatry*, 181, 158–162.
87. Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). *Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder*. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459–473.
88. Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., et al. (1997). *Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder*. *Psychological Medicine*, 27(1), 153–160
89. de Bont, P. A. J. M., van den Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., et al. (2015). *Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders*. *British Journal of Psychiatry*, 206(5), 408–416
90. van Dam, D., Ehring, T., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. G. (2010). *Validation of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder screening questionnaire (PC-PTSD) in civilian substance use disorder patients*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(2), 105–113.
91. Price, M., Szafranski, D. D., van Stolk-Cooke, K., & Gros, D. F. (2016). *Investigation of abbreviated 4 and 8 item versions of the PTSD Checklist 5*. *Psychiatry Research*, 239, 124–130.
92. Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., et al. (2017). *A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD*. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15.

93. Litvin, J. M., Kaminski, P. L., & Riggs, S. A. (2017). The Complex Trauma Inventory: A self-report measure of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 30(6), 602–613.
94. Posttraumatische Belastungsstörung S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) 2019
95. Dow, B. L., Kenardy, J. A., Le Brocq, R. M., & Long, D. A. (2012). The utility of the Children's Revised Impact of Event Scale in screening for concurrent PTSD following admission to intensive care. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 602–605
96. McDonald, S. D., & Calhoun, P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD Checklist: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 976–987.
97. Dekkers, A. M. M., Olff, M., & Näring, G. W. B. (2010). Identifying persons at risk for PTSD after trauma with TSQ in the Netherlands. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 20–25.
98. Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Lompson, M., Scragg, P., et al. (2010). Outreach and screening following the 2005 London bombings: Usage and outcomes. *Psychological Medicine*, 40(12), 2049–2057.
99. Gouweloos-Trines, J., te Brake, H., Sijbrandij, M., Boelen, P. A., Brewin, C. R., & Kleber, R. J. (2019). Evaluating a psychosocial support program for survivors of an airplane crash: Screening for PTSD and depression and assessment of self-reported treatment needs. *European Journal of Psychotraumatology*, 10
100. Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., & Scragg, P. (2010). Diagnostic accuracy of the Trauma Screening Questionnaire after the 2005 London bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 393–398.
101. Magruder, K. M., McLaughlin, K. A., & Elmore Borbon, D. L. (2017). Trauma is a public health issue. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), Article 1375338.
102. Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000560.
103. Holmes, A., Hodgins, G., Adey, S., Menzel, S., Danne, P., Kossmann, T., et al. (2007). Trial of interpersonal counselling after major physical trauma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(11), 926–933.
104. Brom, D., Kleber, R., & Hofman, M. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 131–140.
105. Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Laudén, A., Snir, Y., et al. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 773–780.
106. Rothbaum, B., Kearns, M., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K., et al. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry*, 72(11), 957–963.
107. Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., et al. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother–infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behavior and Development*, 37(4), 624–631.
108. Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., et al. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: A randomised, controlled trial. *Critical Care*, 14(5), R168.
109. Zatzick, D., Roy-Byrne, P., Russo, J. E., Rivara, F. P., Koike, A., Jurkovich, G. J., et al. (2001). Collaborative interventions for physically injured trauma survivors: A pilot randomized effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry*, 23(3), 114–123
110. Brunet, A., Des Groseilliers, I. B., Cordova, M. J., & Ruzek, J. I. (2013). Randomized controlled trial of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21572.

111. Mouthaan, J., Sijbrandij, M., de Vries, G.-J., Reitsma, J. B., van de Schoot, R., Goslings, J. C., et al. (2013). Internet-based early intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injury patients: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15-8
112. Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. New York: Guilford Press.
113. Gutner, C. A., Suvak, M., Sloan, D. M., & Resick, P. A. (2016). Does timing matter?: Examining the impact of session timing on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(12).
114. Dickstein, B. D., Walter, K. H., Schumm, J. A., & Chard, K. M. (2013). Comparing response to cognitive processing therapy in military veterans with subthreshold and threshold posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 1–7.
115. Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research Therapy*, 50, 381–386.
116. Jobes, D. A., Comtois, K. A., Gutierrez, P. M., Brenner, L. A., Huh, D., Chalker, G., et al. (2017). A randomized controlled trial of the collaborative assessment and management of suicidality versus enhanced care as usual with suicidal soldiers. *Psychiatry*, 80, 339–356.
117. van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining the potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3
118. Killeen, T., Hien, D., Campbell, A., Brown, C., Hansen, C., & Jiang, H. (2008). Adverse events in an integrated trauma-focused intervention for women in community substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 304–311.
119. Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25–38.
120. Simpson, T. L., Lehavot, K., & Petrakis, I. L. (2017). No wrong doors: Findings from a critical review of behavioral randomized clinical trials for individuals with co-occurring alcohol/drug problems and posttraumatic stress disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41, 681–702.
121. Ouimette, P., Coolhart, D., Funderburk, J. S., Wade, M., & Brown, P. J. (2007). Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. *Addiction Behavior*, 32, 1719–1727
122. Ouimette, P., Moos, R. H., & Finney, J. W. (2003). PTSD treatment and 5-year remission among patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 410–414.
123. Read, J. P., Brown, P. J., & Kahler, C. W. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. *Addiction Behavior*, 29, 1665–1672.
124. Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. New York: Guilford Press
125. Hays, R. D., Merz, J. F., & Nicholas, R. (1995). Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 27, 277–280..
126. Tiet, Q. Q., Finney, J. W., & Moos, R. H. (2008). Screening psychiatric patients for illicit drug use disorders and problems. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 578–591
127. Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 965–971.
128. Murray, H., Merritt, C., & Grey, N. (2015). Returning to the scene of the trauma in PTSD treatment why, how and when? *Cognitive Behaviour therapist*, 8, e26.
129. Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D., & Orsillo, S. (1999). The Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303–314.

130. Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., et al. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotionfocused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 171, 294–304.
131. Murray, H., El-Leithy, S., & Billings, J. (2017). Intensive cognitive therapy for post-traumatic stress disorder in routine clinical practice: A matched comparison audit. *British Journal of Clinical Psychology*, 56, 476–478.
132. Ehlers, A., Wild, J., Stott, R., Warnock-Parkes, E., Grey, N., & Clark, D. M. (2020). Efficient use of therapist time in the treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial of brief self-study assisted and standard weekly cognitive therapy for PTSD. Manuscript submitted for publication
133. Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behaviour therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
134. Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims*. Newbury Park, CA: SAGE.
135. Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Psychology*, 14, 159–183.
136. Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223.
137. Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
138. Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 231–239
139. Baddeley, A. (2012). Working memory: theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63, 1–29.
140. Landin-Romero, R., Nova, P., Vicens, V., McKenna, P. J., Santed, A., Pomarol-Clotet, E., et al. (2013). EMDR therapy modulates the default mode network in a subsyndromal, traumatized bipolar patient. *Neuropsychobiology*, 67, 181–184.
151. Schubert, S. J., Lee, C. W., de Araujo, G., Butler, S. R., Taylor, G., & Drummond, P. (2016). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to treat symptoms following trauma in Timor Leste. *Journal of Traumatic Stress*, 29, 141–148.
152. Sack, M., Hofmann, A., Wizelman, L., & Lempa, W. (2008). Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 239–246.
153. Elofsson, U. O. E., von Scheele, B., Theorell, T., & Sondergaard, H. P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 622–634.
154. Pagani, M., Hogberg, G., Salmaso, D., Nardo, D., Sundin, O., Johnson, C., et al. (2007). Effects of EMDR psychotherapy on 99mTc-HMPAO distribution in occupation-related post-traumatic stress disorder. *Nuclear Medicine Communications*, 28, 757–765.
155. Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61–75.
156. Suzuki, A., Josselyn, S. A., Frankland, P. W., Masushige, S., Silva, A. J., & Kida, S. (2004). Memory reconsolidation and extinction have distinct temporal and biochemical signatures. *Journal of Neuroscience*, 24, 4787–4795.
157. Bossini, L., Santarnecchi, E., Casolaro, I., Koukouna, D., Caterini, C., Cecchini, F., et al. (2017). Morphovolumetric changes after EMDR treatment in drug-naïve PTSD patients. *Rivista di Psichiatria*, 52(1), 24–31.
158. Laugharne, J., Kullack, C., Lee, C. W., McGuire, T., Brockman, S., Drummond, P. D., et al. (2016). Amygdala volumetric change following psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 28(4), 312–318.
159. Boukezzzi, S., El Khoury-Malhame, M., Auzias, G., Reynaud, E., Rousseau, P. F., Richard, E., et al. (2017). Grey matter density changes of structures involved in post-traumatic stress disorder (PTSD) after recovery following eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 266, 146–152.

160. Lansing, K., Amen, D. G., Hanks, C., & Rudy, L. (2005). High resolution brain SPECT imaging and EMDR in police officers with PTSD. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, 526–532.
161. Pagani, M., DiLorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., et al. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring—An EEG study. *PLOS ONE*, 7(9), e45753.
162. Rousseau, P.-F., El Khoury-Malhame, M., Reynaud, E., Boukezzi, S., Cancel, A., Zendjidjian, X., et al. (2019). Fear extinction learning improvement in PTSD after EMDR therapy: An fMRI study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1–11.
163. Baek, J., Lee, S., Cho, T., Kim, S. W., Kim, M., Yoon, Y., et al. (2019). Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature*, 556, 339–343.
164. Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1465–1487.
165. Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317–334.
166. Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1047–1056.
167. Boterhoven de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., Voncken, M. J., Meewisse, M., Van Es, S. M., et al. (2017). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing for treatment of adults with childhood trauma-related post-traumatic stress disorder: IREM study design.
168. Russell, M. C., & Figley, C. R. (2013). *Treating traumatic stress disorders in military personnel: An EMDR practitioner's guide*. New York: Routledge. *BMC Psychiatry*, 17(1), 165.
169. Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17(2), 221–229.
170. Parker, A., Buckley, S., & Dagnall, N. (2009). Reduced misinformation effects following saccadic bilateral eye movements. *Brain and Cognition*, 69, 89–97.
171. Lee, C. W., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(2), 97–107.
172. Marcus, S. V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy Research Practice and Training*, 34, 307–315.
173. Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (2004). three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management*, 11, 195–208.
174. Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317–334.
175. Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnack, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3–24.
176. Boterhoven de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., Voncken, M. J., Meewisse, M., Van Es, S. M., et al. (2017). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing for treatment of adults with childhood trauma-related post-traumatic stress disorder: IREM study design. *BMC Psychiatry*, 17(1), 165.
177. Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1465–1487.
178. Adler-Tapia, R., & Settle, C. (2017). *EMDR and the art of psychotherapy with children: Treatment manual and text* (2nd ed.). New York: Springer.

179. Gomez, A. (2013). *EMDR therapy and adjunct approaches with children: Complex trauma, attachment, and dissociation*. New York: Springer.
180. Wesselmann, D., Schweitzer, C., & Armstrong, S. (2014). *Integrative team treatment for attachment trauma in children: Family therapy and EMDR*. New York: Norton.
181. Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnack, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3–24.
182. Hurley, E. C. (2018). Effective treatment of veterans with PTSD: Comparison between intensive daily and weekly EMDR approaches. *Frontiers in Psychology*, 9, 1458.
183. Russell, M. C., & Figley, C. R. (2013). *Treating traumatic stress disorders in military personnel: An EMDR practitioner's guide*. New York: Routledge.
184. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., et al. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychologist Review*, 29, 695–706.
185. Russell, M. C. (2008). Treating traumatic amputation-related phantom limb pain: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) within the armed services. *Clinical Case Studies*, 7, 136–153.
186. Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*, 9(1), 76–82.
187. Rostaminejad, A., Behnammoghadam, M., Rostaminejad, M., Behnammoghadam, Z., & Bashti, S. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing on the phantom limb pain of patients with amputations within a 24-month follow-up. *International Journal of Rehabilitation Research*, 40, 209–214.
188. Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Gulen, B., et al. (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 46(12), 2583–2593.
189. Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief-treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99–112.
190. de Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (2011). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy (CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in disaster exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 5694–5704.
191. Schubert, S. J., Lee, C. W., de Araujo, G., Butler, S. R., Taylor, G., & Drummond, P. (2016). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to treat symptoms following trauma in Timor Leste. *Journal of Traumatic Stress*, 29, 141–148.
192. Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A postdisaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12(2), 121–129.
193. van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Noordhof, A., & Emmelkamp, P. M. (2011). Catch me if you can: Do the five-factor model personality traits moderate dropout and acute treatment response in post-traumatic stress disorder patients? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(6), 386–388.
194. Pineles, S. L., Shipherd, J. C., Mostoufi, S. M., Abramovitz, S. M., & Yovel, I. (2009). Attentional biases in PTSD: More evidence for interference. *Behaviour Research and therapy*, 47(12), 1050–1057.
195. El Khoury-Malhame, M., Lanteaume, L., Beetz, E. M., Roques, J., Reynaud, E., Samuelian, J. C., et al. (2011). Attentional bias in post-traumatic stress disorder diminishes after symptom amelioration. *Behaviour Research and therapy*, 49, 796–801.
196. Marshall, R. D., Beebe, K. L., Oldham, M., & Zaninelli, R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: A fixed-dose, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1982–1988.
197. Martenyi, F., Brown, E. B., & Caldwell, C. D. (2007). Failed efficacy of fluoxetine in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 166–170.

198. Guo, T., Xiang, Y., Xiao, L., Hu, C., Chiu, H., Ungvari, G., et al. (2015). Measurement-based care versus standard care for major depression: A randomized controlled trial with blind raters. *American Journal of Psychiatry*, 172, 1004–1013.
199. Bisson, J. I., Baker, A., Dekker, W., & Hoskins, M. D. (2020). Evidence-based prescribing for posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 216(3), 125–126.
200. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Muir Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71.
201. Villarreal, G., Hamner, M., Canive, J., Robert, S., Calais, A. L., Durklaski, V., et al. (2016). Efficacy of quetiapine monotherapy in posttraumatic stress disorder: A randomized, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 173, 1205–1212.
202. Cipriani, A., Williams, T., Nikolakopoulou, A., Salanti, G., Chaimani, A., Ipser, J., et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic
203. Blier, P., Ward, H. E., Tremblay, P., Laberge, L., Hebert, C., & Bergeron, R. (2010). Combination of antidepressant medications from treatment initiation for major depressive disorder: A doubleblind randomized study. *American Journal of Psychiatry*, 167, 281–288.
204. Kessler, D. S., MacNeill, S. J., Tallon, D., Lewis, G., Peters, T. J., Hollingworth, W., et al. (2018). Mirtazapine added to SSRIs or SNRIs for treatment resistant depression in primary care: Phase III randomised placebo-controlled trial. *British Medical Journal*, 363, k4218.
205. Berlin, H. A. (2007). Antiepileptic drugs for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9, 291–300
206. Lewin, J., & Sumners, D. (1992). Successful treatment of episodic dyscontrol with carbamazepine. *British Journal of Psychiatry*, 161, 261–262.
207. Lipper, S., Davidson, J., Grady, T. A., Edinger, J. D., Hammett, E. B., Mahorney, S. L., et al. (1987). Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics*, 27, 849–854
208. HoskinsM, Sinnerton, R, Bridges, J .Slater, (2020)Drug-assisted therapies for PTSD: A systematic review and meta-analysis . Manuscript submitted for publication
209. Lee, D.J.,Schnitzlein, C.W. Wolf at all (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for PTSD: Systematic review and meta-analyses to determine first line treatment. *Depression and Anxiety* , 33(9), 792-806
210. Davidson, J.Pearlstein, T. Lønborg, P, Brady, K.T. Rothbaum, B, Bell, J, et al(2001) Efficacy of sertraline in preventing relapse, of PTSD: Results of a28 week double-blind placebo controlled study . *American Journal of Psychiatry*, 158 (12)1974-1981
211. Brunet. A. Saumier D, Liu A, Streiner at all (2018)Reduction of PTSD symptoms with pre reactivation propranolol therapie : randomized control trial. *American Journal of Psychiatry* 175(5.), 427-433
212. Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Traumaexposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 209–216.
213. Gunaratnam, S., & Alisic, E. (2017). Epidemiology of trauma and trauma-related disorders in children and adolescents. In M. A. Landoh, M. Cloitre, & V. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 29–47). Cham, Switzerland: Springer
214. Saunders, B. E., & Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of traumatic experiences in childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 167–184.
215. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):577.
216. Landolt MA, Schnyder U, Maier T, Schoenbucher V, Mohler-Kuo M. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *J Trauma Stress*. 2013;26(2):209–16. 109
217. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(8):815-830.e14.

218. Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;204(05):335–40.
219. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(1):46–59.
220. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(8):815–830.e14.
221. Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., et al. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry*, 6(3), 247–256.
222. Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 209–216.
223. McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A., et al. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 815–830.
224. Owens, J. A., Fernando, S., & McGuinn, M. (2005). Sleep disturbance and injury risk in young children. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 18–31.
225. Morrongiello, B. A., & House, K. (2004). Measuring parent attributes and supervision behaviors relevant to child injury risk: Examining the usefulness of questionnaire measures. *Injury Prevention*, 10, 114–118.
226. Schwebel, D. C., & Gaines, J. (2007). Pediatric unintentional injury: Behavioral risk factors and implications for prevention. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(3), 245–254.
227. Irie, F., Lang, J., Kaltner, M., Le Brocque, R., & Kenardy, J. (2012). Effects of gender, indigenous status and remoteness to health services on the occurrence of assault-related injuries in children and adolescents. *Injury*, 43, 1873–1880.
228. Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581–2590.
229. Saß H, Houben I, American Psychiatric Association, Herausgeber. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-IV*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2001.
230. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(9):899–906.
231. Osofsky JD, Osofsky HJ, Weems CF, King LS, Hansel TC. Trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among youth exposed to both natural and technological disasters. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(12):1347–55.
232. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl*. 2010;34(11):813–22.
233. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–58.
234. Teicher MH, Samson JA. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013;170(10):1114–33.
235. Wang C-W, Chan CLW, Ho RTH. Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: A systematic review of epidemiological studies across 1987–2011. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(11):1697–720.

236. Scheeringa MS, Zeanah CH. Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following hurricane Katrina. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37(3):508–18.
237. Landolt M. *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen.* 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2012.
238. Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, Yule W, Dalgleish T. Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35(2):191–201.
239. Schreier H, Ladakakos C, Morabito D, Chapman L, Knudson MM. Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: A longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. *J Trauma.* 2005;58(2):353–63.
240. Stover CS, Hahn H, Im JJY, Berkowitz S. Agreement of parent and child reports of trauma exposure and symptoms in the early aftermath of a traumatic event. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2010;2(3):159–68.
241. Steil R, Rosner R. *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe; 2009.
242. Saß H, American Psychiatric Association, Herausgeber. *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR.* Göttingen: Hogrefe; 2003.
243. Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA, Amaya-Jackson L, Guthrie D. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year old children: A randomized clinical trial: TF-CBT for young children with PTSD. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52(8):853–60.
244. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(5):56170.
245. Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA. PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depress Anxiety.* 2011;28(9):770–82
246. Kassam-Adams, N., Palmieri, P. A., Rork, K., Delahanty, D. L., Kenardy, J., Kohser, K. L., et al. (2012). Acute stress symptoms in children: Results from an international data archive. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 51, 812–820
247. Meiser-Stedman, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Smith, P., & Dalgleish, T. (2017). Acute stress disorder and the transition to posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Prevalence, course, prognosis, diagnostic suitability, and risk markers. *Depression and Anxiety,* 34(4), 348–355.
248. Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Cohen, J., & Lieberman, A. (2012). DSM-V diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: Developmental considerations. *Psychiatry,* 75, 242–265.
249. Dillen, L., Fontaine, J. R., & Verhofstadt-Deneve, L. (2009). Confirming the distinctiveness of complicated grief from depression and anxiety among adolescents. *Death Studies,* 33, 437–461.
250. Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, M. K., & Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 46, 493–499.
251. Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Walker Payne, M., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry,* 68, 911–919
252. Whitson, M. K., & Connell, C. M. (2016). The relation of exposure to traumatic events and longitudinal mental health outcomes for children enrolled in systems of care: Results from a national system of care evaluation. *American Journal of Community Psychology,* 57, 380–390
253. Li, L., Lin, X., Chi, P., Heath, M. A., Fang, X., Du, H., et al. (2016). Maltreatment and emotional and behavioral problems in Chinese children with and without oppositional defiant disorder: The mediating role of the parent–child relationship. *Journal of Interpersonal Violence,* 31(18), 2915–2939

254. Reigstad, B., & Kvernmo, S. (2016). Concurrent adversities among adolescents with conduct problems: The NAAHS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 1429–1438.
255. Hunt, T. K., Slack, K. S., & Berger, L. M. (2017). Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse and Neglect*, 67, 391–402.
256. Cisler, J. M., Begle, A. M., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Danielson, C. K., Saunders, B. E., et al. (2012). Exposure to interpersonal violence and risk for PTSD, depression, delinquency, and binge drinking among adolescents: Data from the NSA-R. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 33–40.
257. Jones, D. J., Runyan, D. K., Lewis, T., Litrownik, A. J., Black, M. M., Wiley, T., et al. (2010). Trajectories of childhood sexual abuse and early adolescent HIV/AIDS risk behaviors: The role of other maltreatment, witnessed violence, and child gender. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(5), 667–680.
258. Yoon, S., Kobulsky, J. M., Yoon, D., & Kim, W. (2017). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent substance use: The roles of posttraumatic stress symptoms and mother–child relationships. *Children and Youth Services Review*, 82, 271–279.
259. Proctor, L. J., Lewis, T., Roesch, S., Lompsom, R., Litrownik, A. J., English, D., et al. (2017). Child maltreatment and age of alcohol and marijuana initiation in high-risk youth. *Addictive Behaviors*, 75, 64–69.
260. Stensland, S. Ø., Dyb, G., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., & Zwart, J.-A. (2013). Potentially traumatic interpersonal events, psychological distress and recurrent headache in a population-based cohort of adolescents: The HUNT study. *BMJ Open*, 3, e002997.
261. Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: State of the research and future research directions. *Current Psychiatry Reports*, 19, 45.
262. Oh, D. L., Jerman, P., Marques, S. S., Koita, K., Boparai, S. K. P., Harris, N. B., et al. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics*, 18, 83.
263. Stensland, S. Ø., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2015). Interpersonal violence and overweight in adolescents: the HUNT Study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 18–26.
264. McLaughlin, K. A., Basu, A., Walsh, K., Slopen, N., Sumner, J. A., Koenen, K. C., et al. (2016). Childhood exposure to violence and chronic physical conditions in a national sample of US adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 78(9), 1072–1083.
265. Dirkzwager, A. J., Kerssens, J. J., & Yzermans, C. J. (2006). Health problems in children and adolescents before and after a man-made disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 94–103.
266. Dorn, T., Yzermans, J. C., Spreeuwenberg, P. M., Schilder, A., & van der Zee, J. (2008). A cohort study of the long-term impact of a fire disaster on the physical and mental health of adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 239–24.
267. Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33–46.
268. Hensley, L., & Varela, R. E. (2008). PTSD symptoms and somatic complaints following Hurricane Katrina: The roles of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 542–552.
269. Perfect, M. M., Turley, M. R., Carlson, J. S., Yohanna, J., & Saint Gilles, M. P. (2016). School-related outcomes of traumatic event exposure and traumatic stress symptoms in students: A systematic review of research from 1990 to 2015. *School Mental Health*, 8, 7–43.
270. Veltman, M. W., & Browne, K. D. (2001). Three decades of child maltreatment research: Implications for the school years. *Trauma, Violence, and Abuse*, 2, 215–239.
271. Hoffman-Plotkin, D., & Twentyman, C. T. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, 55, 794–802.

272. Strøm, I. F., Schultz, J.-H., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). School performance after experiencing trauma: A longitudinal study of school functioning in survivors of the Utøya shootings in 2011. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 31359.
273. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31(1), 7–26
274. Arata, C. M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 135–164.
275. Strøm, I. F., Kristian Hjemdal, O., Myhre, M. C., Wentzel-Larsen, T., & Løresen, S. (2017). The social context of violence: A study of repeated victimization in adolescents and young adults. *Journal of Interpersonal Violence*.
276. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E, Goldbeck L. Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer; 2009.
277. Foa EB, McLean CP, Capaldi S, Rosenfield D. Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310(24):2650.
278. Zandberg L, Kaczurkin AN, McLean CP, Rescorla L, Yadin E, Foa EB. Treatment of adolescent PTSD: The impact of prolonged exposure versus client-centered therapy on co-occurring emotional and behavioral problems: Treatment of adolescent PTSD. *J Trauma Stress*. 2016;29(6):507–14.
279. Matulis S, Resick PA, Rosner R, Steil R. Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from posttraumatic stress disorder after childhood sexual or physical abuse: A pilot study. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2014;17(2):173–90.
280. Rosner R, König H-H, Neuner F, Schmidt U, Steil R. Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents and young adults with PTSD symptoms after physical and sexual abuse: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15(1). doi: 10.1186/1745-6215-15-195
281. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Leicester (UK): Gaskell; 2005
282. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007;190(2):97–104.
283. Foa EB, Gillihan SJ, Bryant RA. Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: Lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychol Sci Public Interest*. 2013;14(2):65–111.
284. Perrin S, Leigh E, Smith P, Yule W, Ehlers A, Clark DM. Cognitive therapy for PTSD in children and adolescents. In: Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U, Herausgeber. Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents. Cham: Springer International Publishing; 2017. S. 187–207. doi: 10.1007/978-3-31946138-0_9
285. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative Exposure Therapy for children and adolescents (KIDNET). In: Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U, Herausgeber. Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents. Cham: Springer International Publishing; 2017. S. 227–50. doi: 10.1007/978-3-319-46138-0_11
286. Marsac, M. L., Donlon, K. A., Winston, F. K., & Kassam-Adams, N. (2013). Child coping, parent coping assistance, and post-traumatic stress following paediatric physical injury. *Child: Care, Health and Development*, 39, 171–177
287. Cohen, J.A., Mannarino, A.P. and Deblinger, E. (2017) Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. 2nd Edition, The Guilford Press, New York, 356 p.
288. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):811–9.
289. Yasinski C, Hayes AM, Ready CB, Cummings JA, Berman IS, McCauley T, Webb C, Deblinger E. *J Consult Clin Psychol*. 2016 Dec;84(12):1066-1077. doi: 10.1037/ccp0000147. Epub 2016 Sep 12. PMID: 27618641

290. Anke Ehlers , David M Clark Posttraumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments. *Nord J Psychiatry*. Author manuscript; available in PMC: 2011 Mar 17. Published in final edited form as: *Nord J Psychiatry*. 2008;62(Suppl 47):11–18. doi: 10.1080/08039480802315608
291. Meiser-Stedman, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Smith, P., & Dalgleish, T. (2017). Acute stress disorder and the transition to posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Prevalence, course, prognosis, diagnostic suitability, and risk markers. *Depression and Anxiety*, 34(4), 348–355.
292. American Psychological Association. (2017). Clinical practice guideline for the treatment of PTSD for adults. Retrieved from www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf.
293. Effective treatments for PTSD : practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies / edited by David Forbes, Jonathan I. Bisson, Candice M. Monson, Lucy Berliner. Description: Third edition. | New York : The Guilford Press, [2020] | Chapter 12
294. Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 231–2
295. Rodenburg R., Benjamin A., de Roos C., Meijer A. M., Stams G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 29, 599–606. 10.1016/j.cpr.2009.06.008 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
296. de Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (2011). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy (CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in disaster exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 5694–5704
297. *J Child Psychol Psychiatry* 2017 Nov;58(11):1219-1228. doi: 10.1111/jcpp.12768. Epub 2017 Jun 28. Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial
Carlijn de Roos 1, Saskia van der Oord 2 3, Bonne Zijlstra 4, Sacha Lucassen 5, Sean Perrin 6, Paul Emmelkamp 7 8, Ad de Jongh 9 10
298. de Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (2011). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy (CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in disaster exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 5694–5704
299. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Feb;24(2):227-36. doi: 10.1007/s00787-014-0572-5. Epub 2014 Jun 26. Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial Julia Diehle 1, Brent C Opmeer, Frits Boer, Anthony P Mannarino, Ramón J L Lindauer
300. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):811–9. 113
301. Robb AS, Cueva JE, Sporn J, Yang R, Vanderburg DG. Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20(6):463–71.
302. Robert R, Blakeney PE, Villarreal C, Rosenberg L, Meyer WJ. Imipramine treatment in pediatric burn patients with symptoms of acute stress disorder: A pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(7):873–82.
303. Robert R, Tcheung WJ, Rosenberg L, Rosenberg M, Mitchell C, Villarreal C, et al. Treating thermally injured children suffering symptoms of acute stress with imipramine and fluoxetine: A randomized, double-blind study. *Burns*. 2008;34(7):919–28.
304. Steiner H, Saxena KS, Carrion V, Khanzode LA, Silverman M, Chang K. Divalproex sodium for the treatment of PTSD and conduct disorder in youth: A pilot randomized controlled clinical trial. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2007;38(3):183–93.
305. Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Common Mental*

- Disorders Group, Herausgeber. Cochrane Database Syst Rev. 2010. doi: 10.1002/14651858.CD007316.pub2
306. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson RS, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Adolesc PSYCHIATRY*. 2010;49(4):17.
307. Scheeringa MS, Weems CF. Randomized placebo-controlled D-cycloserine with cognitive behavior therapy for pediatric posttraumatic stress. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2014;24(2):69–77.
308. Habetha S, Herausgeber. Deutsche Traumafolgekostenstudie: kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr? Kiel: Schmidt & Klaunig; 2012.
309. Harik J. Shared Decision-making for PTSD. *PTSD Research Quarterly*. 2018;29(1):9.
310. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of PTSD. APA; 2017.
311. Kliem S, Kröger C, Sarmadi NB, Kosfelder J. Wie werden Verbesserungen nach Typ-II-Traumata infolge unterschiedlicher traumabearbeitender Interventionen eingeschätzt?: Eine Re-Analyse der Umfrage unter psychotraumatologisch erfahrenen Psychologischen Psychotherapeuten. *Z Für Klin Psychol Psychother*. 2012;41(1):30–7.
312. Kröger C, Kliem S, Bayat Sarmadi N, Kosfelder J. Versorgungsrealität bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung: Eine Umfrage unter psychotraumatologisch erfahrenen Psychologischen Psychotherapeuten. *Z Für Klin Psychol Psychother*. 2010;39(2):116–27.
313. Rosner R, Henkel C, Ginkel K, Mestel R. Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen?: Die Bedeutung von Stabilisierung und Konfrontation für die Behandlung traumatisierter Frauen. *Z Für Psychiatr Psychol Psychother*. 2010;58(2):127–35.
314. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Positionspapier zur psychosomatischen Grundversorgung in der Allgemeinmedizin. 2014. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Psychosomatische_Grundversorgung_final.pdf
315. Reddemann O. Psychotrauma, (post)traumatischer Stress und Traumafolgestörungen in der hausärztlichen Versorgung. *Ärztliche Psychotherapie*. 2016;4(11).
316. Kantor V, Knefel M, Lueger-Schuster B. Investigating institutional abuse survivors' help-seeking attitudes with the Inventory of Attitudes towards seeking mental health services. *Eur J Psychotraumatology*. 2017;8(1):1377528.
317. Koenen KC, Goodwin R, Struening E, Hellman F, Guardino M. Posttraumatic stress disorder and treatment seeking in a national screening sample. *J Trauma Stress*. 2003;16(1):5–16.
318. Ghafoori B, Barragan B, Palinkas L. Mental health service use among trauma-exposed adults: A mixed-methods study. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(3):239–46.
319. ten Have M, de Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(2):153–63.
320. Elhai JD, Ford JD. Utilization of mental health services after disasters. In: Neria Y, Galea S, Norris F, Herausgeber. *Mental health and disaster*. New York: Cambridge University Press; 2009. S. 366–84.
321. Julian D Ford 1, Damion J Grasso 2, Jon D Elhai 3, Christine A Courtois 4,5 Posttraumatic Stress Disorder. 2015 Aug 7:503–546. doi: 10.1016/B978-0-12-801288-8.00011-X
322. Alcantara C., Casement M.D., Lewis-Fernandez R. Conditional risk for PTSD among Latinos: A systematic review of racial/ethnic differences and sociocultural explanations. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(1):107–119. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.005. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.005> [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
323. C'De Baca J., Castillo D., Qualls C. Ethnic differences in symptoms among female veterans diagnosed with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2012;25(3):353–357. doi: 10.1002/jts.21709. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21709> [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

324. Ghafoori B., Barragan B., Tohidian N., Palinkas L. Racial and ethnic differences in symptom severity of PTSD, GAD, and depression in trauma-exposed, urban, treatment-seeking adults. *Journal of Traumatic Stress*. 2012;25(1):106–110. doi: 10.1002/jts.21663. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21663> [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
325. Ruglass L.M., Hien D.A., Hu M.C., Campbell A.N., Caldeira N.A., Miele G.M. Racial/ethnic match and treatment outcomes for women with PTSD and substance use disorders receiving community-based treatment. *Community Mental Health Journal*. 2014;50(7):811–822. doi: 10.1007/s10597-014-9732-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-014-9732-9> [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
326. Carter R.T., Forsyth J.M. A guide to the forensic assessment of race-based traumatic stress reactions. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2009;37(1):28–40. [PubMed] [Google Scholar]
327. Miller G.H. The trauma of insidious racism. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2009;37(1):41–44. <http://dx.doi.org/37/1/41> [PubMed] [Google Scholar]
328. Finkelhor D. *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people*. Oxford University Press; New York, NY: 2014. [Google Scholar]
329. Henderson S., editor. *Child and adolescent psychiatry clinicals of North America*. Elsevier; New York: 2008. *Child and adolescent mental health*. [Google Scholar]
330. Weine S. Refugees. In: Reyes G., Elhai J.D., Ford J.D., editors. *Encyclopedia of psychological trauma*. Wiley; Hoboken, NJ: 2008. pp. 571–574. [Google Scholar]
331. Cusack K., Jonas D. E., Forneris C. A., Wines C., Sonis J., Middleton J. C., Feltner C., Brownley K. A., Olmsted K. R., Greenblatt A., Weil A., Gaynes B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128–141
332. Lely J. C., Smid G. E., Jongedijk R. A. W., Knipscheer J., Kleber R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: A review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1550344.
333. Brown G., Marshall M., Bower P., Woodham A., Waheed W. (2014). Barriers to recruiting ethnic minorities to mental health research: A systematic review. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(1), 36–48. (Brown et al., 2014)
334. Bernal G., Jimenez-Chafey M. I., Domenech Rodríguez M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361.
335. Das-Munshi J., Bhugra D., Crawford M. J. (2018). Ethnic minority inequalities in access to treatments for schizophrenia and schizoaffective disorders: Findings from a nationally representative cross-sectional study. *BMC Medicine*, 16(1), 1–10.
336. Hussain B., Hui A., Timmons S., Nkhoma K. (2022). Ethnic mental health inequalities and mental health policies in England 1999–2020. *Journal of Public Mental Health*, 21(2), 162–173.
337. Bhui K., Bhugra D. (2004). Communication with patients from other cultures: The place of explanatory models. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(6), 474–478.
338. Anik E., West R. M., Cardno A. G., Mir G. (2021). Culturally adapted psychotherapies for depressed adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 278, 296–310.
339. Hall G. C. N., Ibaraki A. Y., Huang E. R., Marti C. N., Stice E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, 47(6), 993–1014.
340. Rathod S., Gega L., Degnan A., Pikard J., Khan T., Husain N., Munshi T., Naeem F. (2018). The current status of culturally adapted mental health interventions: A practice-focused review of meta-analyses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 165–178. athod et al., 2018
341. Ennis N., Shorer S., Shoval-Zuckerman Y., Freedman S., Monson C. M., Dekel R. (2020). Treating posttraumatic stress disorder across cultures: A systematic review of cultural adaptations of trauma-focused cognitive behavioral therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 587–611

342. Menon S., Katona C., Glover N. (2023). The effectiveness and acceptability of culturally adapted cognitive behavioural therapy for traumatised refugees and asylum seekers: A systematic review. *Mental Health Science*, 2(4), e85
343. Goninon E. J., Kannis-Dymand L., Sonderegger R., Mugisha D., Lovell G. P. (2021). Successfully treating refugees' post-traumatic stress symptoms in a Ugandan settlement with group cognitive behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(1), 35–49.
344. Hammad J., El-Guenuni A., Bouzir I., El-Guenuni F. (2020). The Hand of Hope: A coproduced culturally appropriate therapeutic intervention for Muslim communities affected by the Grenfell Tower fire. *Journal of Muslim Mental Health*, 14(2), 15–62.
345. Latif M., Husain M. I., Gul M., Naz S., Irfan M., Aslam M., Awan F., Sharif A., Rathod S., Farooq S., Ayub M., Naeem F. (2021). Culturally adapted trauma-focused CBT-based guided self-help (CatCBT GSH) for female victims of domestic violence in Pakistan: Feasibility randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(1), 50–61.
346. Vera M., Obén A., Juarbe D., Hernández N., Kichic R., Hembree E. A. (2022). A randomized clinical trial of prolonged exposure and applied relaxation for the treatment of Latinos with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 593–604
347. Bremner, J. D., Mishra, S., Campanella, C., Shah, M., Kashner, N., Evans, S., et al. (2017). A pilot study of the effects of mindfulness-based stress reduction on post-traumatic stress disorder symptoms and brain response to traumatic reminders of combat in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 157
348. Crawford, J. N., Talkovsky, A. M., Bormann, J. E., & Lang, A. J. (2019). Targeting hyperarousal: Mantram repetition program for PTSD in US veterans. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1665768.
349. Davis, L. L., Whetsell, C., Hamner, M. B., Carmody, J., Rothbaum, B. O., Allen, R. S., et al. (2018). A multisite randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Research and Clinical Practice*.
347. Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
348. Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). New York: Guilford Press.
349. The application of virtual reality to the treatment of PTSD following the WTC attack. Difede J, Cukor J, Patt I, Giosan C, Hoffman H. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Jul;1071:500-1. doi: 10.1196/annals.1364.052.PMID: 16891607
350. *Front Psychol*. 2019 Feb 8;10:176. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00176. eCollection 2019. Attitudes Toward and Familiarity With Virtual Reality Therapy Among Practicing Cognitive Behavior Therapists: A Cross-Sectional Survey Study in the Era of Consumer VR Platforms
Philip Lindner, Alexander Miloff, Elin Zetterlund, Lena Reuterskiöld, Gerhard Andersson Per Carlbring
351. *Eur J Psychotraumatol*. 2019 Aug 19;10(1):1654782. doi: 10.1080/20008198.2019.1654782. eCollection 2019. Virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a meta-analysis
Oswald D Kothgassner, Andreas Goreis, Johanna X Kafka, Rahel L Van Eickels, Paul L Plener, Anna Felinhofer
352. *J. Affect Disor*. 2019 Oct 1;257:698-709. doi: 10.1016/j.jad.2019.07.086. Epub 2019 Jul 30. The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis
Wenrui Deng, Die Hu, Sheng Xu, Xiaoyu Liu, Jingwen Zhao et al.
353. *Behav Res Ther* Nov;74:18-24. doi: 10.1016/j.brat.2015.08.010. Epub 2015 Aug 31. Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments
Nexhmedin Morina, Hiske Ijntema, Katharina Meyerbröker, Paul M G Emmelkamp

354. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008 Sep;39(3):250-61. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.07.007. Epub 2007 Jul 25. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: a meta-analysis , Thomas D Parsons, Albert A Rizzo
355. *J Clin Psychiatry*. 2001 Aug;62(8):617-22. doi: 10.4088/jcp.v62n0808.Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder
B O Rothbaum, L F Hodges, D Ready, K Graap, R D Alarcon
356. *PLoS One*. 2012;7(12):e48469. doi: 10.1371/journal.pone.0048469. Epub 2012 Dec 27. Efficacy of virtual reality exposure therapy in the treatment of PTSD: a systematic review
Raquel Gonçalves , Ana Lúcia Pedrozo, Evandro Silva Freire Coutinho, Ivan Figueira, Paula Ventura
357. Thales Marcon Almeida , Ursula Raianny Lacerda da Silva 2, Jeully Pereira Pires 2, Isaac Neri Borges 2, Clara Rosa Muniz Martins 2, Quirino Cordeiro 1, Ricardo R Uchida
J.ClinNeuropsychiatry.2024 Feb;21(1):22–31. doi: 10.36131/cnfioritieditore20240102)
358. Autry, A. E., Adachi, M., Nosyreva, E., Na, E. S., Los, M. F., Cheng, P. F., Kavalali, E. T., & Monteggia, L. M. (2011). NMDA receptor blockade at rest triggers rapid behavioural antidepressant responses. *Nature*, 475(7354), 91–95.
359. Li, N., Liu, R. J., Dwyer, J. M., Banasr, M., Lee, B., Son, H., Li, X. Y., Aghajanian, G., & Duman, R. S. (2011). Glutamate N-methyl-D-aspartate receptor antagonists rapidly reverse behavioral and synaptic deficits caused by chronic stress exposure. *Biological psychiatry*, 69(8), 754–761.
360. Krystal, J. H., Sanacora, G., & Duman, R. S. (2013). Rapid-acting glutamatergic antidepressants: the path to ketamine and beyond. *Biological psychiatry*, 73(12), 1133–1141.
361. Pradhan, B., Wainer, I., Moaddel, R., Torjman, M., Goldberg, M., Sabia, M., Parikh, T., & Pumariega, A. J. (2017). Trauma Interventions using Mindfulness Based Extinction and Reconsolidation (TIMBER) psychotherapy prolong the therapeutic effects of single ketamine infusion on post-traumatic stress disorder and comorbid depression: a pilot randomized, placebo-controlled, crossover clinical trial. *Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases*, 2(3)
362. Shiroma, P. R., Thuras, P., Wels, J., Erbes, C., Kehle-Forbes, S., & Polusny, M. (2020). A Proof-of-Concept Study of Subanesthetic Intravenous Ketamine Combined With Prolonged Exposure Therapy Among Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(6), 2013406
363. Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Suh, E. J., Amsel, L., & Marshall, R. D. (2012). Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. *The American journal of psychiatry*, 169(1), 80–88.
364. Dore, J., Turnipseed, B., Dwyer, S., Turnipseed, A., Andries, J., Ascani, G., Monnette, C., Huidekoper, A., Strauss, N., & Wolfson, P. (2019). Ketamine Assisted Psychotherapy (KAP): Patient Demographics, Clinical Data and Outcomes in Three Large Practices Administering Ketamine with Psychotherapy. *Journal of psychoactive drugs*, 51(2), 189–198.
365. Harpaz-Rotem I. (2022). Combining neurobiology and new learning: ketamine and prolonged exposure: a potential rapid treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD).
366. Albuquerque, T. R., Macedo, L. F. R., Delmondes, G. A., Rolim Neto, M. L., Almeida, T. M., Uchida, R. R., Cordeiro, Q., Lisboa, K. W. S. C., & Menezes, I. R. A. (2022). Evidence for the beneficial effect of ketamine in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of cerebral blood flow and metabolism: official journal of the International Society of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, 42(12), 2175–2187
367. Seal, K. H., Maguen, S., Cohen, B., Gima, K. S., Metzler, T. J., Ren, L., Bertenthal, D., & Marmar, C. R. (2010). VA mental health services utilization in Iraq and Afghanistan veterans in the first year of receiving new mental health diagnoses. *Journal of traumatic stress*, 23(1), 5–16.
368. Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 26(3), 299–309.

369. Hartberg, J., Garrett-Walcott, S., & De Gioannis, A. (2018). Impact of oral ketamine augmentation on hospital admissions in treatment-resistant depression and PTSD: a retrospective study. *Psychopharmacology*, 235(2), 393–398.
370. Krystal, J. H., Abdallah, C. G., Averill, L. A., Kelmendi, B., Harpaz-Rotem, I., Sanacora, G., Southwick, S. M., & Duman, R. S. (2017). Synaptic Loss and the Pathophysiology of PTSD: Implications for Ketamine as a Prototype Novel Therapeutic. *Current psychiatry reports*, 19(10), 74.
371. Popoli, M., Yan, Z., McEwen, B. S., & Sanacora, G. (2011). The stressed synapse: the impact of stress and glucocorticoids on glutamate transmission. *Nature reviews. Neuroscience*, 13(1), 22–37.
372. Wrocklage, K. M., Averill, L. A., Cobb Scott, J., Averill, C. L., Schweinsburg, B., Trejo, M., Roy, A., Weisser, V., Kelly, C., Martini, B., Harpaz-Rotem, I., Southwick, S. M., Krystal, J. H., & Abdallah, C. G. (2017). Cortical thickness reduction in combat exposed U.S. veterans with and without PTSD. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 27(5), 515–525.
373. Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(2), 169–177.
374. Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2007). Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health*, 15(2), 81–87.
375. Olff, M. (2015). Mobile mental health: A challenging research agenda. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27882
376. Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319–328.
377. Lewis, C., Pearce, J., & Bisson, J. (2012). Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 15–21.
378. Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2015). Therapist-supported Internet cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *BJPsych Advances*, 21(5), 290.
379. Schlegl, S., Bürger, C., Schmidt, L., Herbst, N., & Voderholzer, U. (2015). The potential of technology based psychological interventions for anorexia and bulimia nervosa: A systematic review and recommendations for future research. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3).
380. Lewis, C., Roberts, N., Bethell, A., Robertson, L., & Bisson, J. (2018). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12, Article No. CD011710.