1) Коли ПЕТ (Письмова експозиційна терапія) є найбільш доцільним втручанням?

ПЕТ є оптимальним вибором у ситуаціях обмежених ресурсів, особливо часу, оскільки це короткотривале втручання (5 сесій по 45 хвилин). Завдяки простій та структурованій формі терапія може проводитися без потреби у тривалому спеціалізованому навчанні.

У власній практиці, де часові обмеження менш виражені, я особливо використовую ПЕТ із клієнтами, які мають помірний рівень симптоматики, або у випадках, коли письмова (а не усна) експозиція є більш прийнятною чи бажаною для пацієнта.

---

2) Як слід адаптувати ПЕТ, якщо анамнез клієнта є неповним або нечітким?

Дослідження свідчать, що пацієнти часто готові до роботи в експозиційно-орієнтованій терапії швидше, ніж це інколи припускають терапевти. Якщо пацієнт є психологічно стабільним (тобто відсутній серйозний ризик для безпеки) та готовий/здатний працювати з травматичним змістом і пов'язаними думками та емоціями, тривалий процес первинного обстеження не є необхідним.

Якщо пацієнт здатний визначити індексну травму, навіть за наявності фрагментарних або неповних спогадів, результати лікування зазвичай залишаються сприятливими.

---

3) Як клініцистам безпечно працювати з коморбідними або недіагностованими станами?

Якщо коморбідні стани не створюють гострого рівня ризику, безпечно зосередитися на роботі з травмою, особливо якщо саме ця проблема визначається пацієнтом як основна. Часто коморбідні стани є наслідком нелікованої травми або ПТСР.

Наприклад, тривалі труднощі з подоланням симптомів ПТСР можуть призвести до розвитку клінічної депресії. У таких випадках найбільш ефективним і доцільним підходом є робота з основною травмою/ПТСР.

---

4) Який рівень стабілізації або оцінки необхідний перед початком ПЕТ?

В умовах війни певний базовий рівень стресу є очікуваним. У межах стандартного клінічного первинного обстеження слід оцінити актуальні скарги, психологічний стан та можливі психічні розлади.

За відсутності суттєвих ризиків для себе чи інших — включно з гострим суїцидальним ризиком або неконтрольованими психотичними симптомами — і якщо пацієнт відчуває готовність до роботи, ПЕТ може бути розпочата. Після завершення 5-тижневого протоколу можна повторно оцінити необхідність подальшої роботи з іншими проблемами чи розладами.

---

5) Як клініцистам реагувати, якщо мотивація клієнта обмежується лише зменшенням симптомів («просто хочу трохи краще себе почувати»)?

Це не є проблемою. Варто пояснити пацієнту, що ПЕТ асоціюється зі значним зменшенням симптомів ПТСР та психологічного дистресу.

---

6) Чи може ПЕТ ефективно застосовуватися в гуманітарних умовах із високим навантаженням серед переміщених populations?

Оскільки ПЕТ є психотерапевтичним втручанням, необхідно враховувати базові умови, зокрема відносну безпеку пацієнта та можливість забезпечення конфіденційності. Водночас через свою простоту та обмежену тривалість цей підхід може бути більш доцільним, ніж інші методи, у менш ніж оптимальних умовах.

Особливо важливо, що через низьке навантаження на пацієнта (та відповідно нижчий рівень передчасного припинення лікування) ПЕТ може бути краще пристосованою до умов, де метою є саме травмофокусоване лікування.

Це, безумовно, передбачає використання загального клінічного судження щодо безпеки та доцільності лікування, зокрема у випадках суїцидального ризику, психозу, неконтрольованого вживання психоактивних речовин, тяжкої дисоціації або виражених когнітивних порушень.