



ПОЛТАВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Лікування ПТСР. Основні методи корекції ПТСР

д.мед.н., професор Васильєва Ганна Юріївна
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Своєчасна адекватна медична допомога при ПТСР в більшості випадках дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, поліпшити якість життя, соціальні функції пацієнта, в т.ч., трудову діяльність, зменшити економічні витрати сім'ї та суспільства в цілому.

Система лікувально-реабілітаційних заходів для потерпілих повинна мати комплексний характер з включенням психотерапії та медикаментозної терапії. Початок терапевтичного втручання повинен бути, по можливості, максимально раннім, слідкувати за дією стресу і мати тривалий характер.

ЛІКУВАННЯ

Доведено, що своєчасна адекватна медична допомога при ПТСР у більшості випадків дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, поліпшити якість життя, соціальні функції пацієнта, в т.ч. трудову діяльність, зменшити економічні витрати сім'ї та суспільства в цілому

Обов'язкові дії:

1. Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей розвитку, клінічних симптомів і лікування ПТСР.
2. Надати інформацію щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР.
3. Надати позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінів.
4. Надати інформацію про необхідність виконання лікарських рекомендацій.
5. Надати рекомендації щодо необхідності дотримання вимог здорового способу життя, проведення заходів психологічної та соціальної реабілітації.
6. Надати інформацію щодо можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги.
7. Запропонувати пацієнту використання психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо).

Обов'язкові дії

(продовження):

8. Надати рекомендації щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування пацієнтам із ПТСР, які відчувають клінічно значущі симптоми: хронічний біль, безсоння, тривога.
9. Відповісти на запитання пацієнта.
10. Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.
11. Проводити моніторинг та лікування пацієнтів, які відмовились від консультації спеціаліста психіатричного профілю.
12. За можливості — залучати членів сім'ї пацієнта до обговорення та планування лікування.
13. Із самого початку лікування необхідно зосередити увагу пацієнта на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Інформувати пацієнта про потенційні переваги психосоціальної реабілітації та давати практичні поради про те, як отримати доступ до відповідної інформації та послуг. Сприяти духовній та соціальній підтримці.

Фармакотерапія

1. Лікування ПТСР медикаментозними препаратами не повинно використовуватися в якості обов'язкового першочергового лікування для дорослих.
2. У випадках, коли спостерігається значне порушення сну, як доповнення до немедикаментозних методів призначаються снодійні коротким курсом (до 10 днів). Перевагу мають небензодіазепінові препарати. У разі довготривалого розладу сну розглянути питання про призначення АД.
3. Препарати з групи селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну (CІЗЗС) є препаратами першого ряду для лікування пацієнтів з ПТСР.
4. Вибір АД має бути індивідуальним, базуватися на аналізі клінічного стану пацієнта: характер симптомів, побажання пацієнта і вартості препаратів. Препарати з найбільшою доказовою базою: пароксетин, сертралін.
5. Провести роз'яснення щодо відсутності звикання та виникнення залежності при лікуванні АД.
6. Надати інформацію щодо відстроченого ефекту початку дії препарату, тривалості курсу лікування, дотримання режиму лікування, симптомів відміни.
7. Надати інформацію щодо потенційної побічної дії препаратів.
8. Пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначаються АД з групи CІЗЗС довготривало.
10. Фармакотерапія супутніх захворювань проводиться згідно з відповідними медикотехнологічними документами.

Моніторинг пацієнтів, яким призначено АД:

1. Всім пацієнтам встановлюється дата контрольного огляду через 2 тижні після призначення терапії АД, після цього— кожні 2-4тижні вперші 3 місяці лікування.
2. При позитивному ефекті лікування подальші контрольні огляди можливо проводити через більш тривалі проміжки часу.
3. Пацієнтам, молодшим за 30 років, призначається дата контрольного огляду не пізніше ніж через 1 тиждень після призначення терапії АД (у зв'язку з високим ризиком суїциду в цій віковій групі).
4. Рекомендується встановити регулярний телефонний контакт із пацієнтом (лікарський або сестринський — за наявності відповідної підготовки медичної сестри).
5. З пацієнтами, які не з'явилися на повторний огляд, встановлюється активний зв'язок.
6. Під час огляду та при телефонному контакті проводиться контроль прихильності до лікування, підтримка мотивації та надання рекомендацій.
7. Відміна АД по закінченні курсу лікування проводиться поступово — зменшення дози впродовж 4 тижнів, при виникненні симптомів відміни — впродовж більш тривалого терміну.

Психотерапія та психокорекція

Обов'язкові:

1. Психосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції.
2. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) .
3. Десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО).
4. Встановлення терапевтичного альянсу.

Бажані:

1. Стрес-менеджмент.
2. Сімейна психотерапія

ТРАВМОФОКУСОВАНА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ

ТФ-КПТ проводиться *індивідуально*, для пацієнтів із ГРС — 5-10 сеансів, для пацієнтів із ПТСР — 8-12 сеансів, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена (сесійно по 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, із проблемами соціальної адаптації, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді.

Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше ніж через два тижні після пережитої травми.

Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції та фармакотерапію. Групова КПТ (травмофокусована або нетравмофокусована), короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені як додаткові, але не повинні розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії.

У випадках, коли проблеми зі сном не можуть бути врегульовані за допомогою запевнення та надання першої психологічної допомоги, для дорослих може бути доцільним додаткове застосування фармакотерапії.

Фармакотерапія

Фармакотерапія ПТСР не повинна розглядатися як рутинна терапія першого ряду замість психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі.

Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування гострих стресових розладів і супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше ніж 4 тижні) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо за наявності надмірного збудження.

Лікування АД має розглядатися як терапія ПТСР у дорослих у тому випадку, коли:

- пацієнт не бажає проходити лікування за допомогою психотерапії;
- пацієнт не досить стабільний для залучення до психотерапії (ауто/гетероагресивна поведінка);
- пацієнт не отримав задовільних результатів від лікування психотерапією;
- пацієнт має велику кількість диссоціативних симптомів, які можуть значно посилитися при застосуванні психотерапії.

Для осіб, в анамнезі яких були випадки депресії і які мали позитивну реакцію на лікування медикаментозними препаратами, повинно розглядатися питання про призначення АД.

ТЕРАПІЯ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ:

- ▶ Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (пароксетин та сертралін)
- ▶ Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.

ПРЕПАРАТИ ДРУГОЇ ЛІНІЇ:

- ▶ Міртазапін
- ▶ Трициклічні АД

У випадках, коли приймається рішення розпочати фармакотерапію, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб за необхідності застосувати допоміжну психотерапію та психокорекцію.

У випадках, коли симптоми **не реагують** адекватно на фармакотерапію, необхідно розглянути таке:

- а) збільшити дозування в межах дозволеної норми;
- б) перейти на альтернативні АД;
- в) додати атипові антипсихотики (рисперидон, оланзапін, кветіапін) як додатковий препарат;
- г) тільки в комбінованій терапії (не в монотерапії) відповідно до цільових симптомів додати протисудомні (топірамат, вальпроєва кислота, ламотриджин, прегабалін, буспірон, тразодон), але не бензодіазепіни;
- д) розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.

У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування воно повинно тривати не менше ніж 12 місяців.

У разі виникнення ризику суїциду пацієнти повинні, як мінімум, раз на тиждень відвідувати лікаря. Якщо немає суттєвого ризику самогубства, спочатку рекомендується відвідувати лікаря раз на два тижні, а в разі виникнення позитивної динаміки через три місяці після початку лікування рекомендується скоротити частоту відвідування.

Пацієнти з ПТСР із коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями, які потребують застосування високотехнологічних медичних процедур високої складності, мають бути скеровані до ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу.

Фармакотерапія ПТСР із коморбідною патологією

1. У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь у терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР.
2. При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно.
3. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами).

Психосоціальна реабілітація та психосвіта

Психосоціальна реабілітація може використовуватися як додаткова терапія в поєднанні з психотерапією або фармакотерапією.

Заходи з реабілітації, які сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатися на перших етапах лікування, а не відкладатись до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан

Обов'язкові:

1. Психоосвіта;
2. Тренінг соціальних навичок;
3. Тренінг розв'язання проблем (в тому числі для військових - пов'язаних з бойовим минулим).

Бажані:

Реабілітація має включати психоосвіту людини і членів сім'ї, максимізацію існуючої соціальної підтримки або створення нової, забезпечення отримання професійної підтримки для збереження оптимальних трудової/освітньої продуктивності.

З самого початку проведення лікування акцент має бути на заходах професійної, сімейної та соціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності /непрацездатності, пов'язаної з розладами, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

Якщо пацієнт з ПТСР не отримав користі/очікуваного результату від декількох курсів комплексного лікування, необхідно розглянути застосування заходів психосоціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності/непрацездатності, пов'язаної з ПТСР, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

У випадку, коли симптоми ПТСР не зникають протягом трьох і більше місяців, необхідно розглядати психосоціальну реабілітацію як втручання для запобігання або зниження непрацездатності, пов'язаної з розладом.

**Щиро дякую за Ваш
час
та увагу!**



**Бережіть себе
та своїх
близьких та
будьте
здорові!**