



ПОЛТАВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

КРИЗОВІ СТАНИ ТА ЇХ ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ.

**Гострі реакції на стрес,
посттравматичний стресовий розлад, розлади
адаптації,
стійкі зміни особистості після перенесеної
катастрофічної події**

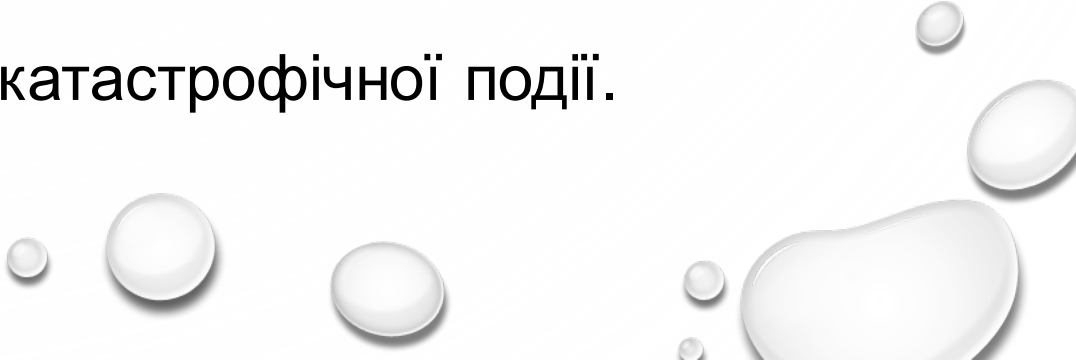
д.мед.н., професор Васильєва Ганна Юріївна

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології



Надзвичайні події справляють потужний вплив на стан психічного здоров'я людей, які постраждали від них, або брали участь у ліквідації їхніх наслідків.

Часто такий вплив сягає патогенного рівня і стає причиною формування цілої низки психічних та поведінкових розладів, до яких, зокрема, відносяться:

- гострі реакції на стрес,
 - посттравматичний стресовий розлад,
 - розлади адаптації,
 - стійкі зміни особистості після перенесеної катастрофічної події.
- 

КОДИ СТАНУ АБО ЗАХВОРЮВАННЯ ВІДПОВІДНО ДО МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ 10-ГО ПЕРЕГЛЯДУ (МКХ-10):

Гостра реакція на стрес (F43.0).

Посттравматичний стресовий розлад (F43.1).

Розлади адаптації (F43.2):

- Короткочасна депресивна реакція (F43.20).
- Пролонгована депресивна реакція (F43.21).
- Змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22).
- З переважанням емоційних порушень (F43.23).
- З переважанням порушень поведінки (F43.24).
- Змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25).
- Інші реакції на важкий стрес (F43.8).
- Реакція на важкий стрес, неуточнена (F43.9).

КОДИ СТАНУ АБО ЗАХВОРЮВАННЯ ВІДПОВІДНО ДО DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM)-V:

- Гострий стресовий розлад (308.3).
- Посттравматичний стресовий розлад (309.81).

ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС (F43.0)

— тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів;

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (F43.1)

визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні подію чи ситуацію, винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

БАЗОВІ СИМПТОМИ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ПТСР:

- **повторне переживання** — нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі як підвищене потовиділення, прискорене серцебиття та паніка при нагадуванні про травматичну подію;
- **уникнення і емоційне заціпеніння** — уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; відчуття відстороненості від інших;
- **надмірне збудження** — безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

Основна відмінність між ГСР (308.3) і ПТСР (309.81) за DSM-V — це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події.

ГСР діагностують у період від 2 днів до 1 міс після травматичного інциденту, а ПТСР — не раніше ніж через місяць.

ПТСР виникає після ГСР Або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 міс або зрідка — до декількох років.

Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше 3 міс, а хронічний — при збереженні симптомів протягом 3 міс і більше. у випадках, коли початок симптомів відмічають через 6 міс після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом.

ПТСР має хвилеподібний перебіг. у більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після катастрофи і трансформується в хронічну зміну особистості (F62.0).

ДІАГНОСТИКА

Алгоритм діагностики ГСР та ПТСР на вторинній (спеціалізованій) та третинній (високоспеціалізованій) ланці медичній допомозі

Надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам із ГСР та ПТСР передбачає використання високотехнологічних методів клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження (клінічні консилиуми, розбори, технології телемедицини), нейровізуалізації (магнітно-резонансна томографія — МРТ, комп'ютерна томографія — КТ), нейрофізіологічного (електроенцефалографія — ЕЕГ, сонографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження.

У процесі діагностики береться до уваги все, що стосується історії травми, історії попередньої травми, власне травматичної події, психічного стану в минулому, до травми, і поточного (психічний стан в минулому є особливо важливим у випадках, коли травматичні події включають у себе сексуальне або фізичне насильство у минулому), наявності та періодичності симптомів ПТСР, а також будь-яких супутніх захворювань (включаючи вживання алкоголю, наркотиків та інших психоактивних речовин).

Особливу увагу приділяють питанням фізичного здоров'я. Це питання, пов'язані з ушкодженнями, що виникають внаслідок травматичного інциденту і призводять до зміни ставлення до здоров'я після події, з супутніми патологіями або проблемами, що розвиваються, зі здоров'ям і можливими препаратами, які були призначені для вирішення проблем зі здоров'ям.

Також оцінюються інші характеристики якості життя, такі як фізичне здоров'я, сімейне та професійне становище, правовий та фінансовий стан.

ГСР ТА ПТСР ХАРАКТЕРИЗУЮТЬСЯ ЧОТИРМА ТИПАМИ СИМПТОМІВ:

- Симптоми повторного переживання травматичної події, такі як нав'язливі спогади чи сни;
- Симптоми уникання, такі як уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних з травматичною подією;
- Симптоми заціпеніння, такі як відчуття відстороненості від інших;
- Симптоми підвищеної збудливості, такі як поганий сон, дратівливість і надмірна настороженість.

Є дві ключові відмінності між ГСР та ПТСР.

По-перше, на відміну від ПТСР, при ГСР особливий акцент ставиться на наявності симптомів дисоціації, а саме відчутті відстороненості та приголомшеності, деперсоналізації і дереалізації.

Друга відмінність полягає у тривалості симптомів; ГСР діагностують у період від 2 днів до 1 міс після впливу травматичної події, в той час як ПТСР — протягом як мінімум 1 міс після травматичної події.

ДІАГНОСТИКА ГСР ТА ПТСР ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ВІДПОВІДНО ДО КРИТЕРІЇВ МКХ-10 (РУБРИКА F4).

Діагностичний алгоритм включає також виділення контингенту осіб, які зазнали впливу травматичних подій, мають симптоми дистресу та відповідають іншим рубрикам МКХ-10, такими як:

- Проблеми, пов'язані з фізичними факторами зовнішнього середовища (z58).
- Проблеми, пов'язані з труднощами підтримки нормального способу життя (z73).
- Особисті потрясіння, перенесені у дитинстві (z61.7).
- Стресовий стан, що не класифікується в інших рубриках (z73.3).
- Зникнення або смерть члена сім'ї (z63.4).
- Жертва злочину або тероризму (z65.4).
- Жертва стихійного лиха, військових та інших ворожих подій (z65.5).

Комплекс терапевтичних заходів включає травмофокусовані впливи, які є пріоритетними, фармакотерапію, психосоціальну реабілітацію та інші фізичні методи.

Дорослі з ГСР та ПТСР мають бути забезпечені психотерапевтичним та психокорекційним травмофокусованим втручанням з використанням травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і десенсибілізації та переробки руху очей (ДПРО), що включають експозицію та когнітивне реструктурування.

Травмофокусована КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГСР — 5–10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР — 8–12 сеансів залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді (для пацієнтів із коморбідною патологією, тривалою та повторною травмою з нестійким терапевтичним альянсом можуть знадобитися додаткові сеанси).

Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, нефокусованих на травмі (стрес-менеджмент), та фармакотерапії.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИЙ ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ МЕТОДИ

Обов'язкові

Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу.

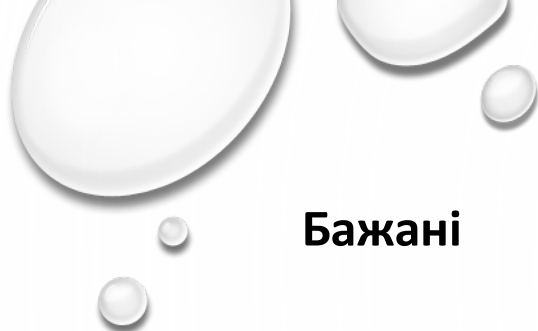
1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-V.

2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, специфіки життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховують психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному аспекті, соматичні захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у тому числі зловживання неспсихотропними препаратами); наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори.

3. Оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад насильство або спроби самогубства), поведінка (наприклад агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та адиктивної поведінки.

4. Здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та ін.).

5. Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, адиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями).



Бажані

Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю та опитувальника симптомів ПТСР (PTSD, CheckList-PCL).



ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ МЕТОД

Обсяг психодіагностичного обстеження визначається його метою: встановлення діагнозу (оцінка симптомів, синдромів); оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи; визначення мішеней психокорекції/психотерапії та ресурсів особистості.

Діагностику і втручання слід розглядати в контексті часу, що минув з моменту травматичної події.

Обов'язкові

- 1. Шкала клінічної діагностики (clinical-administered PTSD scale-caps-5).
- 2. Контрольний список ПТСР для DSM-V (PCL-5).
- 3. Контрольний список життєвих подій для DSM-V (LEC-5).

Бажані

За наявності відповідних симптомів

- 1. Госпітальна шкала тривоги і депресії.
- 2. Шкала депресії гамільтона (НАМ-D).
- 3. Шкала тривоги гамільтона (НАМ-A).
- 4. Пітсбурзький опитувальник якості сну.

• ***Для визначення мішеней психотерапії/психокорекції***

- 1. Опитувальник якості життя (FS-36 тощо).
 - 2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R).
 - 3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim (в адаптації Л.І. Васермана).
- 

МЕТОДИ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ТА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ

Дані дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики.

Здійснюються за необхідності верифікації органічного ураження головного мозку з метою проведення диференційної діагностики або встановлення наявності коморбідної патології органічного походження — черепно-мозкової травми, нейроінфекції).

1. ЕЕГ.

2. КТ або МРТ.

ЛІКУВАННЯ

Допомога надається мультидисциплінарною командою за участю лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога, психолога, практичного психолога та інших відповідних фахівців. До цього процесу залучаються волонтери, ветерани-комбатанти, соціальні працівники, члени родин пацієнтів та представники громадських організацій.

Не слід надавати перевагу фармакологічним засобам перед травмофокусованою терапією, але їх застосування може розглядатися в тому випадку, коли людина не готова чи не бажає залучатися або не має доступу до отримання лікування за допомогою травмофокусованої терапії, якщо такі особи мають додаткові проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія, або вони не досягли покращення внаслідок застосування травмофокусованої терапії. У разі використання фармакологічних засобів перевагу необхідно надавати селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну.

Лікування антидепресантами (ад) має розглядатися як доповнення до психотерапії та психокорекції у дорослих, в яких основні симптоми птср є тяжкими і перешкоджають отримати користь від психотерапевтичного та психокорекційного втручання.

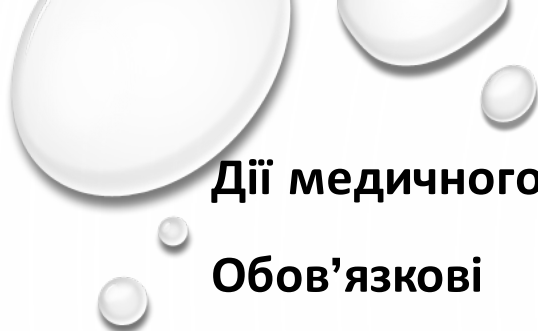
Лікування антидепресантами (АД) має розглядатися як доповнення до психотерапії та психокорекції у дорослих, в яких основні симптоми ПТСР є тяжкими і перешкоджають отримати користь від психотерапевтичного та психокорекційного втручання.

Лікарям-психіатрам у своїх оцінках слід звернути увагу на наявність та вираженість супутніх захворювань з метою врахування їх можливого впливу на процес і результати лікування.

Заходи з реабілітації, що сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, слід регулярно призначати на перших етапах лікування, а не відкладати до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан.

Така реабілітація має передбачати психоосвіту не тільки самої особи із птср, а й членів її родини, а також максимальну можливу соціальну та професійну підтримку для збереження оптимальної трудової та/або освітньої продуктивності.

Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування, неефективність наданої первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування у закладах охорони здоров'я (зоз), що надають вторинну медичну допомогу.



Дії медичного працівника

Обов'язкові

1. Психосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції.
2. Травмофокусованої КПТ.
3. ДПРО.
4. Встановлення терапевтичного альянсу.

Бажані

1. Стрес-менеджмент.
 2. Сімейна психотерапія.
- 

Травмофокусовану КПТ проводять індивідуально, для пацієнтів з ГСР — 5–10 сеансів, для пацієнтів із ПТСР — 8–12 сеансів залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді.

Кількість сеансів може бути збільшена (сесійно по 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, з проблемами соціальної адаптації, залежно від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді.

Травмофокусовані втручання не мають починатися раніше ніж через 2 тиж після пережитої травми.

Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, не сфокусованих 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 мають 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

Фармакотерапію при ПТСР не слід розглядати як рутинну терапію першого ряду замість психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі.

Медикаментозне лікування не слід застосовувати для лікування гср і супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше 4 тиж) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути коригована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо за наявності надмірного збудження.

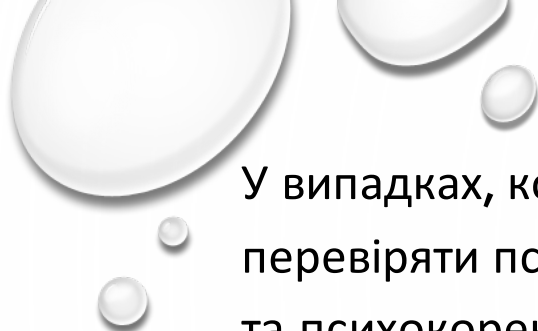
Лікування АД має розглядатися як терапія при ПТСР у дорослих у тому випадку, коли:

- 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 дисоціативних 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, слід розглядати питання про призначення АД (див. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)»).

У випадках, коли фармакологічне втручання розглядається як лікування для дорослих із птср, слід надавати перевагу селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну як терапії першої лінії, для яких пароксетин та сертралін мають значну доказову базу, або інгібіторам зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.

Інші ад нового покоління (зокрема міртазапін) і трициклічні ад слід розглядати як препарати другої лінії.



У випадках, коли приймається рішення застосовувати фармакотерапію, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини для того, щоб за необхідності почати допоміжну психотерапію та психокорекцію.

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

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

- У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування його слід проводити не менше 12 міс.

У разі виникнення ризику суїциду пацієнти повинні як мінімум 1 раз на тиждень відвідувати лікаря. Якщо немає суттєвого ризику самогубства, спочатку рекомендується звертатися до лікаря 1 раз на 2 тиж, а в разі позитивної динаміки через 3 міс після початку лікування — скоротити частоту відвідування.

Пацієнти з птср з коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями, які потребують застосування високотехнологічних медичних процедур високої складності, мають бути направлені у зоз, що надають третинну медичну допомогу.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ПТСР З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

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 з приводу ПТСР.

При поєднанні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно. При поєднанні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин компоненти терапії з приводу ПТСР, сфокусовані на травмі, не повинні застосовуватися, поки особа з ПТСР не продемонструє здатність контролювати розлад без застосування психоактивних речовин та відвідувати терапевтичні сеанси, не перебуваючи під впливом алкоголю або наркотиків. У контексті ПТСР і зловживання психотропними препаратами, коли приймається рішення першочергово лікувати залежність від психоактивних речовин, терапія має включати інформацію про ПТСР і стратегії боротьби з симптомами ПТСР, а також відомості про те, як людина може контролювати свою залежність. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (черепно-мозкова травма) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами).

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 з приводу ПТСР.

2. При поєднанні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно.

3. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (черепно-мозкова травма) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами).

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПСИХООСВІТА

Обов'язкові

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

Бажані

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

Із самого початку проведення лікування акцент має бути зроблено 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 із 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 3 міс і більше, необхідно розглядати психосоціальну реабілітацію як втручання для запобігання або зниження непрацездатності, пов'язаної з розладом.

Психосоціальну реабілітацію можна використовувати як додаткову терапію в поєднанні з психотерапією або фармакотерапією.

Заходи з реабілітації, які сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, слід регулярно призначати на перших етапах лікування, а не відкладати до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан.

ІНШІ ФІЗИЧНІ МЕТОДИ

Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів як самостійних методів лікування пацієнтів з ПТСР.

1. Лікувальна фізкультура.
2. Фізичні вправи (аеробні та анаеробні).
3. Голкорексфлексотерапія.
4. Транскраніальна магнітна стимуляція.

***Щиро дякую за Ваш
час
та увагу!***



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