



ПОЛТАВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Симптоми та основні методи корекції ПТСР. Лікування ПТСР.

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



ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)

— це специфічна клінічна форма порушення процесу посттравматичної стресової адаптації.

ПТСР віднесено до групи розладів, пов'язаних з порушенням адаптації та реакції на сильний стрес.

За даними Національного центра з вивчення ПТСР (National Center for PTSD), приблизно 7-8 серед кожних 100 людей хоча б один раз в житті мали ознаки ПТСР.

! Особливістю цього розладу є тенденція не тільки не зникати з часом, але ставати більш вираженим, а також проявлятися раптово на тлі загального благополуччя.

Посттравматичний синдром, «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «Combat stress»

- це важкий психічний стан, різновид тривожного розладу після психотравмуючих ситуацій, як, наприклад, військових дій, важкої фізичної травми, сексуального насильства, або загрози смерті, що виходять за межі звичайного людського досвіду і загрозливих фізичній цілісності суб'єкта або інших людей.

Відрізняється пролонгованим впливом, має латентний період, і проявляється в період від шести місяців до десяти років після перенесення. одноразової або повторюваної психологічної травми.

При ПТСР проявляється група **характерних симптомів**: **психопатологічні переживання, високий рівень тривожності, випадання пам'яті про травмуючі події, небажання згадувати такі події, або навпаки часте, повторне нагадування, уявлення і переживання травматичних, стресових ситуацій.**



Вивчення ПТСР почалося з клінічних спостережень і аналізу наслідків впливу на людину екстремальних факторів. Страх смерті є спусковим гачком для розвитку посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій.

Показники поширеності ПТСР у осіб, що пережили екстремальні ситуації коливаються від 10% (у свідків події) до 95% серед важко потерпілих (в тому числі з соматичними ушкодженнями).

За даними досліджень, проведених в США, серед ветеранів в'єтнамської війни, поширеність ПТСР склала 30%.

В осіб, які пережили нацистські концентраційні табори, стани, які зараз розглядаються як ПТСР, спостерігалися в 85-100% випадків.

У вітчизняній літературі показник поширеності ПТСР серед перенесли важкий стрес склав 50 - 80%. У популяції розлади у жінок зустрічаються більш ніж в два рази частіше (1,2%), ніж у чоловіків (0,5%).

1. «Модель хвороби» заснована на наявності довоєнного внутрішньоособистісного конфлікту, який активізується переживаннями війни і призводить до «травматичного неврозу»

(Кардинер А., 1961)

2. Відповідно до «моделі витривалості» вважається, що у людини, яка бере участь у військових діях, є якась межа здатності переносити ці військові дії. Після цього настає психологічна декомпенсація, тобто невроз стає нормою і має назву «бойового виснаження»

(Камерон, 1963)



3. «Моделі навколишнього середовища» виділяли різні зовнішні чинники, що впливають на виникнення ПТСР: фізичне виснаження, відірваність від сім'ї і близьких, недолік сну, важкий клімат і т.д. Вважалося, що їх комбінація і викликає психологічні порушення
(Уенстейн, 1947; Хансон, 1949; Еппел, 1966)

4. «Модель експериментального неврозу» аналогічна теорії І.П. Павлова з створенню штучного внутрішнього конфлікту, що призводить до «збивання» нервових процесів. У цій моделі бажання вижити вступає в протиріччя з бажанням виконати свій обов'язок
(Вільсон, 1960)



Аналіз емпіричного матеріалу, накопиченого після Другої світової війни (1939-1945 рр.), Війни у В'єтнамі (1964-1975 рр.), аварії на Чорнобильській АЕС (1986 рік), землетрусу у Вірменії (1988 р) про психопатологічні та особистісні розлади в учасників бойових дій.

Схожа симптоматика виявлялась в осіб, які постраждали в інших ситуаціях, близьких по тяжкості психогенного впливу.

У зв'язку з тим, що даний симптомокомплекс не відповідав ні одній з загальноприйнятих нозологічних форм у 1980 р. М. Горовіц пропонує виділити даний симптомокомплекс в як самостійну одиницю, назвавши **«ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ» (POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, PTSD)**.

Група авторів на чолі з М. Горовіцем розробляє діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американський класифікаторів психічних захворювань (DSM-III і DSM-III-R), а потім - і для МКБ-10.

ГРУПИ РИЗИКУ:

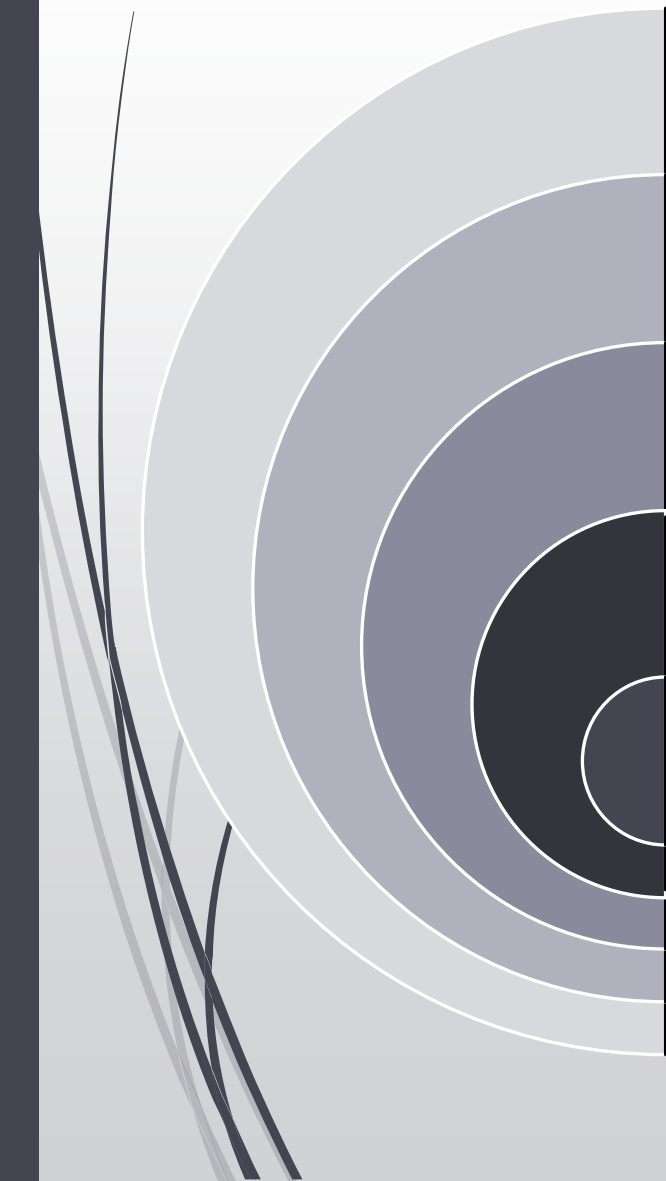
Учасники бойових дій;

Професійні рятувальники;

Біженці з зон локальних військових конфліктів;

Різні категорії постраждалих від НС та ЕС;

Жертви насильницьких дій.



СТАДІЇ ФОРМУВАННЯ ПІСЛЯСТРЕСОВИХ ПОРУШЕНЬ

Травматичний стрес
(під час критичного інциденту і після нього - До 2 діб)

Гострий стресовий розлад
(2х діб – до 4х тижнів)

Посттравматичний стресовий розлад
(від 4 тижнів)

Посттравматичний розлад особистості
(протягом всього життя)

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПТСР

Критерій А.

Людина будь-коли пережила травматичну подію, причому щодо цієї події обов'язково повинні виконуватися обидва наведених нижче пункти:

1. Людина була учасником, свідком, або ще якимось чином виявилася причетною до події (подій), які включають смерть або загрозу смерті, або загрозу серйозних ушкоджень і / або загрозу фізичної цілісності інших людей (або своєї власної);

2. В травматичній ситуації людина перенесла інтенсивний страх, безпорадність чи жах.

Критерій В.

Травматична подія постійно переживається одним (або більше) з наступних способів, причому для постановки діагнозу ПТСР досить наявності одного з цих симптомів:

1. Мимовільні нав'язливі спогади;

2. Постійно повторювані кошмари і сни про подію, при пробудженні викликають інтенсивні негативні переживання;

3. Ознаки дісоціативних станів, які проявляються в тому, що після травми людина періодично здійснює такі дії або відчуває такі відчуття, так якби травматична подія відбувалася знову. До них відносяться:

- відчуття «оживання» минулого у вигляді ілюзій і галюцинацій;

- «флешбек-ефекти»;

4. Драматичні нав'язливі спогади та інтенсивні важкі переживання, які були спровоковані будь-якою ситуацією, що нагадує про травматичні події або що символізує їх (річниця, фільми, пісні, розмови і т.п.);

5. Мимовільне підвищення психофізіологічної реактивності в ситуаціях, які символізують різні аспекти травматичної події або пов'язані з ним асоціативно (схожа місцевість, звуки, запахи, тип особи людини і т.п.).

Критерій С.

Чи не спостерігалось до травми постійне прагнення до уникнення і уникнення будь-яких чинників, пов'язаних з травмою (для постановки діагнозу ПТСР потрібна наявність щонайменше трьох з цих симптомів):

1. Наявність зусиль по уникненню будь-яких думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою;
2. Наявність зусиль по уникненню дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму;
3. Нездатність згадати про важливі аспекти травматичної ситуації;
4. Знижений інтерес до життя, втрата інтересу до значимих до травми занять;
5. Почуття відстороненості або віддаленості від інших людей;
6. Знижена вираженість позитивного афекту («numbing» - блокада позитивних емоційних реакцій, емоційне заціпеніння, «бездушність», наприклад, нездатність відчувати емоційно насичене почуття любові, що виявляється по відношенню до найближчих людей);
7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань з приводу кар'єри, одруження, дітей, довгого життя, очікування швидкої смерті, кінця світу, глобальної катастрофи).

Критерій D.

Постійні симптоми підвищеної психофізіологічної збудливості, що не спостерігалися до травми (для постановки діагнозу ПТСР потрібна наявність щонайменше двох симптомів):

1. Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження);
2. Підвищена, насилу контрольована дратівливість або вибухи гніву;
3. Труднощі із зосередженням уваги;
4. Підвищений рівень настороженості, стан «гіперпильність»;
5. Гіпертрофована, перебільшена реакція переляку на раптові подразники.

Критерій E.

Тривалість протікання розлади (одночасне прояв необхідного за критеріями B, C і D кількості симптомів) - більш ніж 1 місяць.

Критерій F.

Розлад викликає клінічно значиме важкий емоційний стан або виражені порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності.

Залежно від часу виникнення, тривалості перебігу виділяють наступні діагностичні форми посттравматичного стресового розладу:

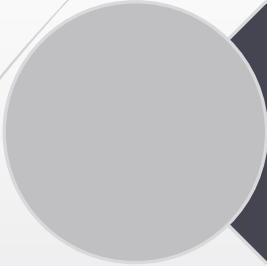
Гострий розлад: первинна маніфестація симптомів протягом перших 6-ти місяців після травми (але не раніше 1 місяця після події). При цьому тривалість поєднаних проявів всіх симптомів ПТСР - менше 6 місяців.

Хронічний розлад: тривалість виявлення симптомів - понад 6 місяців.

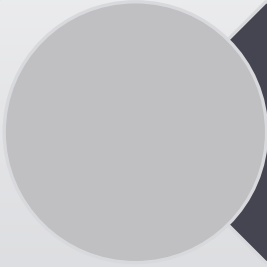
Відстрочений розлад: комплекс симптомів вперше з'являється не раніше, ніж через 6 місяців після стресової ситуації.



Для постановки діагнозу посттравматичного стресового розладу:



необхідно виявити
не менше трьох з перерахованих симптомів.



з симптомів підвищеної активації (инсомнія,
дратівливість, підвищена збудливість, посилений стартл-
рефлекс)
мають бути присутні принаймні два.



діагноз посттравматичного стресового розладу
встановлюється тільки в тому випадку, якщо відмічені
симптоми зберігаються не менше місяця

ПЕРВИННІ СИМПТОМИ ПТСР

У міжнародній класифікації психічних і поведінкових розладів, складеної Всесвітньою організацією охорони здоров'я, в симптоматичному комплексі **посттравматичного стресового розладу виділяють три групи симптомів:**

Група симптомів повторного переживання (або симптоми «вторгнення»);

Група симптомів уникнення;

Група симптомів фізіологічної гіперактивації (підвищеної збудливості).

ОСНОВНІ ПРОЯВИ ПТСР за МКХ-10:

1) Постійне повернення людини до переживань, пов'язаних з травмуючою подією:

- нав'язливі, постійно повторювані, зухвалі неприємні емоційні переживання, спогади про пережите;

- постійно повторювані сни і нічні кошмари, пов'язані з психотравмуючою подією (так званий "флешбек"-ефект);

- спалахи негативних емоційних станів, спровокованих якими-небудь подіями, що асоціюються з обставинами "події".

2) Стійке прагнення людини уникати усього, що хоча б віддалено може нагадувати йому про травму:

- прагнення уникати будь-яких думок або ситуацій, що будять спогади про травму;

- нездатність відтворити в пам'яті основні, важливі елементи ситуації, що травмувала;

- помітна втрата колишніх інтересів і захоплень;

- почуття відчуженості, відгороженості від навколишніх з формуванням своєрідного відходу від навколишнього реального світу;

- помітне зниження позитивних емоційних переживань;

- невпевненість у майбутньому;



3) Прояви підвищеної збудливості, яка була відсутня до травми:

- труднощі з засипанням або сном;
- підвищена дратівливість або вибухи гніву;
- утруднення при необхідності сконцентрувати увагу;
- гіпертрофована пильність і різкі реакції на раптові подразники;
- сомато-вегетативні розлади в ситуаціях, що нагадують психотравмуючу.

КРИТЕРІЇ ПТСР:

реакції мають тривати по меншій мірі протягом 1 міс. (гострий варіант ПТСР – до 3-х міс., хронічний – більше 3-х міс.)

До вторинних симптомів ПТСР, які спостерігаються у пацієнтів багато років, належать:

депресія;

тривога;

імпульсивна поведінка;

алкоголізм (токсикоманія);

соматичні проблеми;

порушення почуття часу;

порушення Его-функціонування.

Тривожний варіант ПТСР (найбільш класичний)

характеризується високим рівнем немотивованої тривоги, часто поєднаним з вегето-судинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображають події пережитої пацієнтом психотравмуючої ситуації.

Астенічний варіант ПТСР відзначається домінуючими ознаками почуття слабкості та млявості, зниженим фоном настрою на фоні байдужості до колишніх життєвих інтересів, а також проявами пасивності та ангедонії в поведінці.

Дисфоричний варіант ПТСР постає як постійне переживання внутрішньої невдоволеності, дратівливості на фоні пригніченого настрою, в поєднанні з високим рівнем агресивності та люті, спрямованих на оточуючих.



Соматоформний варіант ПТСР демонструє наявне витіснення психотравмуючих переживань у “тілесну сферу”, що виявляється у значній кількості скарг переважно соматичного характеру (кардіологічних, церебральних, гастроентерологічних тощо).

Іпохондричний варіант ПТСР характеризується більш вираженими соматичними скаргами в поєднанні з вегетосудинними пароксизмами на фоні депресивного афекту (недиференційована гіпотимія з чіткими тривожно-фобічними включеннями) з подальшим формуванням унікаючої поведінки.

Водночас, пацієнтам зі ***змішаним варіантом ПТСР*** притаманні психопатологічні порушення, характерні для різних клінічних варіантів розладу, з урахуванням домінування в клінічній картині ПТСР симптомів “занурення” в травматичне переживання, “уникнення” явищ, що асоціюють зі стресогенною ситуацією або “аморфних” проявів реагування

ТИПИ ПЕРЕБІГУ ПТСР:

Прогредієнтний тип перебігу ПТСР характеризується тим, що клінічна картина розладу представлена симптомами вторгнення, уникання і гіперактивації та протягом всього захворювання має незначні зміни за своїм змістом. В той же час інтенсивність і частота проявів даної симптоматики помітно зростає, приводячи до суттєвого обтяжування клінічної картини.

В першу чергу, зростає вираженість нав'язливих спогадів, думок і відчуттів.

Меншою мірою змінюється частота флешбек-феноменів.

Властиво посилення афективних порушень. Якщо на початкових етапах захворювання в клінічній картині переважає тривожна симптоматика, то надалі домінують симптоми депресивного регістру. Їх інтенсивність наростає від субдепресивного рівня до депресивного рівня помірного ступеня тяжкості. В структурі депресивного афекту поступово з'являються симптоми апатії і/або дисфорії.

Також у пацієнтів відзначається посилення симптоматики, яка відображає існуючі поведінкові порушення. З часом вони стають більш вираженими, помітно проявляються ознаки агресивності, а також симптоми, що характеризують поведінку уникання.

Все це призводить до зростання відчуженості і посилення соціальної ізоляції, зміцнення відчуття безперспективності майбутнього, а також зниження інтенсивності вищих емоцій.

Крім того, спостерігається посилення симптомів вегетативної гіперреактивності: прискорене серцебиття, гіпергідроз шкіри, посилення вазомоторних реакцій, а також диссомнічна симптоматика.



Стабільний тип перебігу характеризується тим, що клінічні ознаки психічного розладу за змістом та за інтенсивністю проявів не мають значущих коливань, тобто є постійними.

Вираженість симптомів вторгнення, уникання і гіперактивації залишається без помітних змін. Стійкими є нав'язливі думки і сновидіння, що відображають особливості травматичної події, а також прояви вегетативної гіперреактивності.

Флешбеки, хоча і виявляються дещо рідше, ніж інші симптоми вторгнення, проте їх інтенсивність також стабільна.

Афективні порушення у вигляді тривожної і депресивної симптоматики, так само як і прояви дратівливості і агресивності, є постійними і стабільними.

Помірними, але досить помітними, без ознак суттєвої динаміки є прояви соціальної ізоляції і дезадаптації у сфері професійних і міжособистісних відносин.

У деяких хворих спостерігаються помірні за інтенсивністю, але досить стійкі суїцидальні думки, які не переходять в суїцидальні наміри і дії.

Стабільний тип перебігу клінічної симптоматики протягом тривалого часу можна розглядати як **умовно позитивну прогностичну ознаку**.

Регредієнтний тип характеризується вираженою тенденцією до редукції симптоматики, що складає основу клінічної картини ПТСР, а також її інтенсивності.

У хворих з даним типом перебігу має місце редукція симптомів вторгнення, в першу чергу, флешбеків.

Саме зменшення їх інтенсивності призводить до зниження вираженості афективної симптоматики, проявів дезадаптивної поведінки і вегетативної гіперреактивності.

Відмічається зниження інтенсивності симптомів тривожного і депресивного регістру, зменшуються прояви агресивності і відчуженості, а також ознаки соціальної ізоляції.

У хворих з регредієнтним типом перебігу з'являється відчуття перспективи і змін на краще в майбутньому.

Суттєво піддаються редукції диссомнічні розлади, зменшуються дратівливість і спалахи гніву.

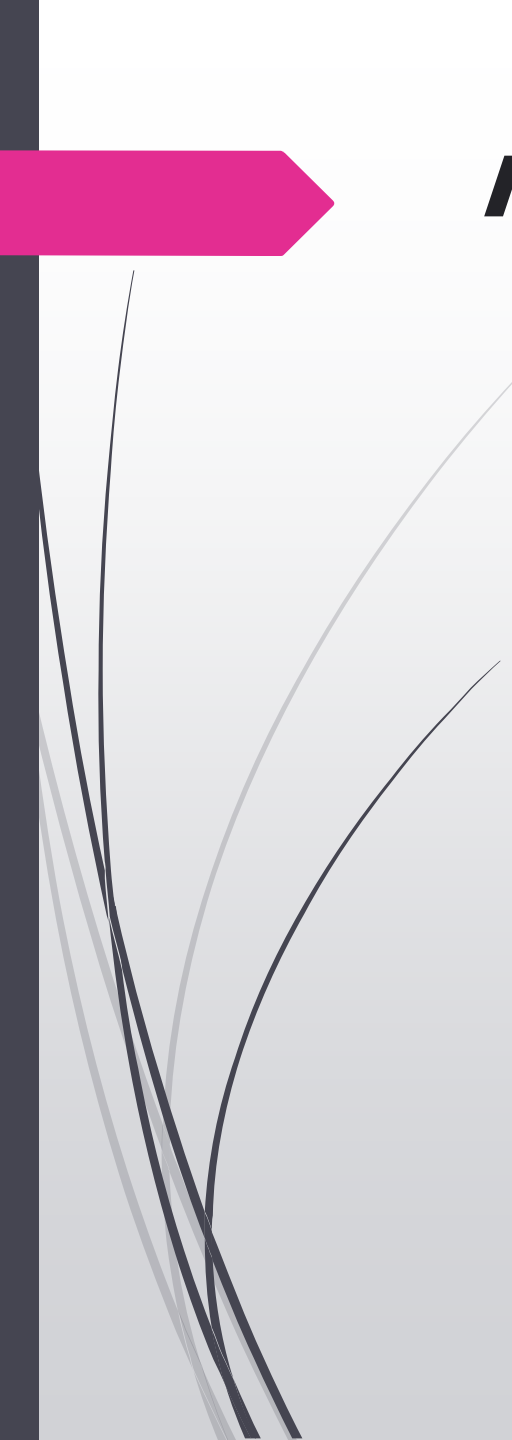
В клінічній картині пацієнтів з регредієнтним типом перебігу ПТСР спостерігається значуща позитивна динаміка у відповідь на застосування фармакотерапії і, особливо, психотерапії.

Це виявляється у підвищенні рівня міжособистісного, професійного і соціального функціонування, якості життя в цілому, що свідчить про сприятливий прогноз подальшого перебігу захворювання.

Ознаки несприятливого перебігу ПТСР

- ▶ стійкі суїцидальні думки і тенденції
- ▶ формування і розвиток коморбідної патології у вигляді різних форм хімічної залежності (переважно, алкоголізації), а також зловживання транквілізаторами або антидепресантами без формування клінічних ознак хімічної залежності.

Прогноз ефективності фармакотерапії і психотерапії у пацієнтів з прогредієнтним типом перебігу ПТСР найбільш несприятливий, відмічається відносна резистентність до різних форм терапії, що може бути негативною прогностичною ознакою розвитку соціально-психологічної і професійної дезадаптації, формування хронічних змін особистості (F 62.0).



ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПРОЯВІВ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

1. “Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)” (Бреслау та ін., 1999 р.)
2. Опитувальник респондента про стан здоров’я (RHQ-9) – шкала самооцінки депресії.
3. Опитувальник Міні-мульт.
4. Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП).
5. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД).
6. Анкета “Стрес-фактори”.
7. Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinicaladministered PTSD Scale - CAPS).
8. Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СБМДО).
9. Опитувальник травматичного стресу І.О.Котеньова .
10. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).
11. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Simptom Check List-90-r-Revised, Scl-90-R), в адаптації Н.В. Тарабриної .

СОТРАВМАТИЗАЦІЯ

Сотравматизація - це перенесення на себе симптомів психотравми, отриманої постраждалим, з аналогічними даної психотравме переживаннями і дестабілізацією в результаті цього, психологічного та соматичного здоров'я сотравмірованого члена сім'ї

(Кучер, 2004)

Перенапруження нервової системи в результаті постійної близькості травмовану людину у членів сім'ї проявляється через відчуття внутрішнього стомлення, моральної втоми, а при появі нервово-психічної нестійкості підвищується нервозність, стає мінливим настрій, можлива поява психосоматичних реакцій.



Симптоми сотравматизації можуть повторювати симптоматику ПТСР в менш вираженому ступені, їх можна розділити на **три групи**:

симптоми повторного переживання, що включають негативні сновидіння, повторювані гри (у дітей), сильний дистрес, спогади про почуті епізодах і нав'язливі думки про них;

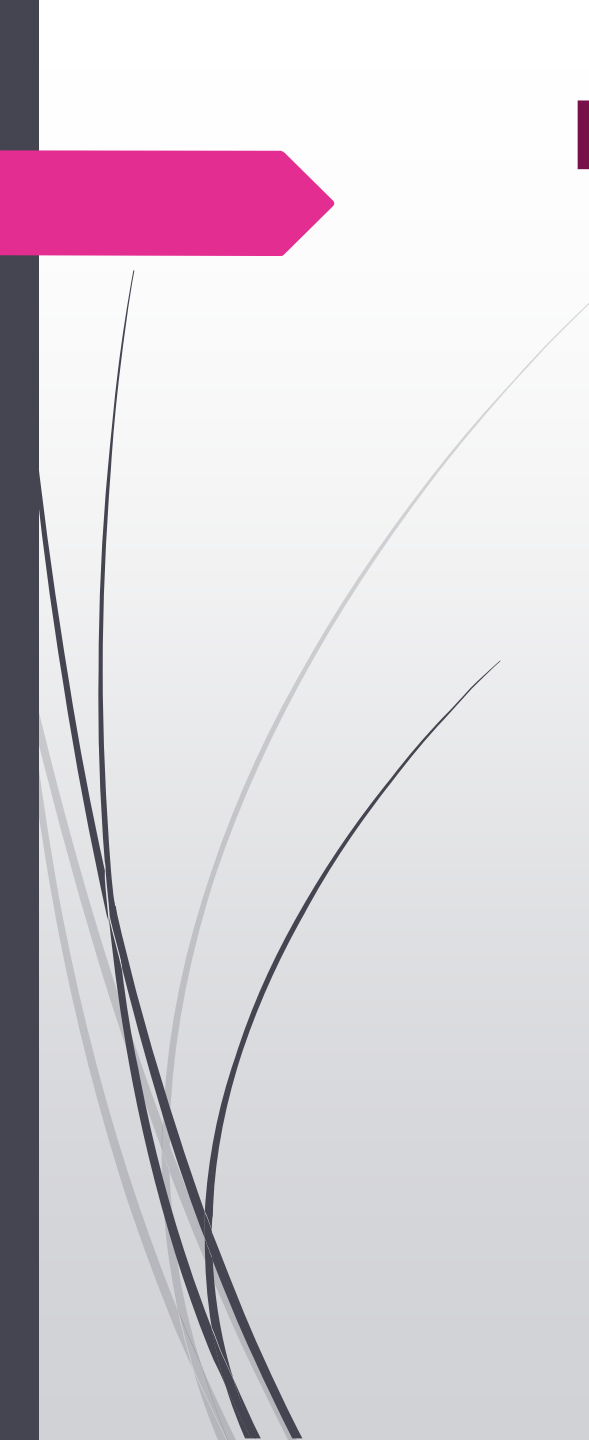
симптоми уникнення, що включають почуття відчуження, збіднення емоцій;

симптоми підвищеної збудливості, які проявляються в порушеннях сну, дратівливості, скруті концентрації уваги, тривожності, спалахи гніву.



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.



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.



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 відчують 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 (CІ33С) 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 CІ33С 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 2-4 тижні 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.

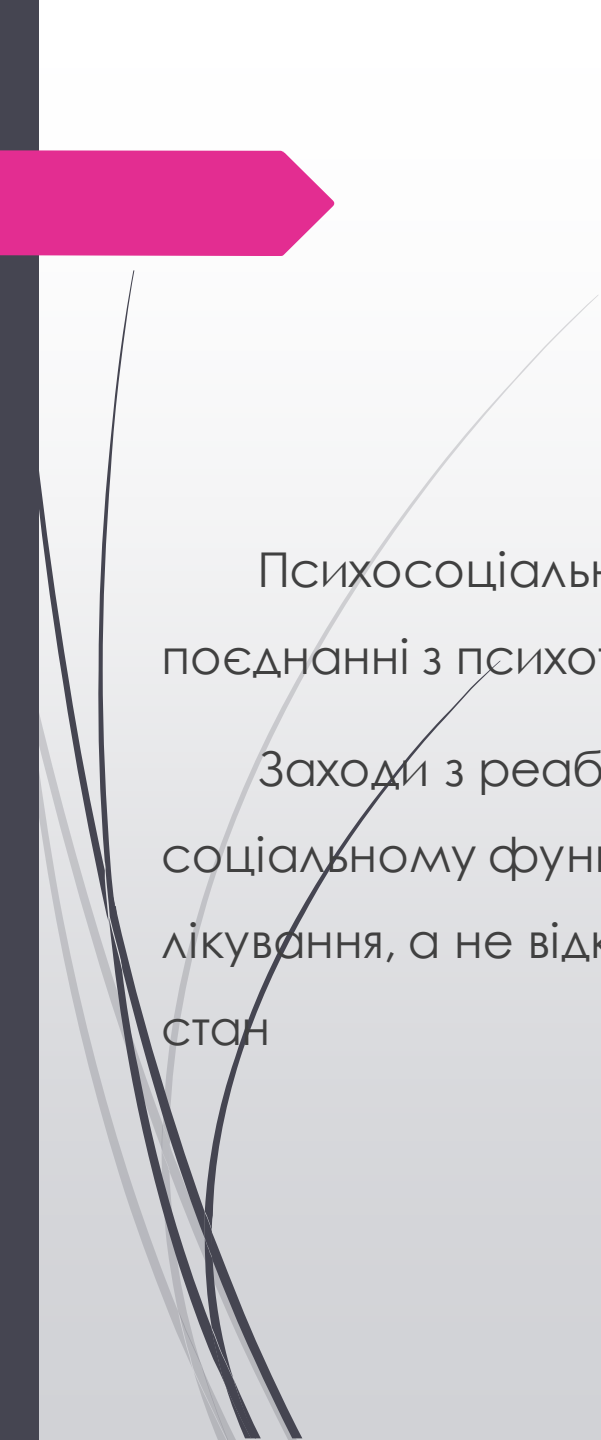
У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування воно повинно тривати не менше ніж 12 місяців.

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 психоосвіта

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

Бажані:

Реабілітація має включати психосвіту 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!**