

Протокол високоспеціалізованої медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі

Протокол ведення пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом для лікарів-психіатрів на третинній ланці.

Діагностика

Основою комплексної оцінки стану пацієнта є ретельний аналіз, що охоплює відповідну історію життя (у тому числі історію психотравми), сімейний стан, рівень соціального функціонування, професійної працездатності і психічний стан з урахуванням основних характеристик посттравматичного стресового розладу (ПТСР), коморбідної психічної патології, суїцидального ризику та якості життя.

Дії лікаря

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, сомнографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження.

Клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи

Рекомендується, щоб лікар-психіатр при оцінці ПТСР, супутніх захворювань та якості життя керувався доступними науково обґрунтованими методиками самозвіту та структурованими клінічними інтерв'ю.

Дії лікаря

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.

2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному аспектах, соматичні захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у тому числі зловживання неспиритними 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), поведінки (наприклад агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та адиктивної поведінки.

4. Використання структурованого клінічного інтерв'ю (SCID) та шкали клінічної діагностики (CAPS-5).

5. Проведення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, зтяжнена реакція суму та ін.).

6. Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, адиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями), чинників рецидивування патології, низької прихильності до терапії за наявності перерахованих вище ознак.

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.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Міссісіпська шкала ПТСР (цивільний або військовий варіант).

2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R).

3. Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R).

4. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D).

5. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A).

6. Методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» (С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер; в адаптації Т.А. Крюкової).

Бажани

1. Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory — TSI).

2. Тест життєстійкості S. Maddi в адаптації Д.А. Леонтьєва, Є.І. Рассказової.

3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim (в адаптації Л.І. Васермана);

4. Госпітальна шкала тривоги і депресії.

5. Тест вибору кольору Люшера.

6. Тест AuDIT.

7. Шкала рівня особистісної та реактивної тривожності (Спілбергер — Ханіна).

8. Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник MMPI-2 (Дж. Бучер, В. Далстром, Дж. Грехем, А. Телліджен та Б. Кеммер).

9. Опитувальник для діагностики п'яти факторів особистості (Дж. Ховард, П. Медін, Ж. Ховард; в адаптації Л.Ф. Бурлачука, Д.К. Корольова).

10. Набір нейропсихологічних тестів (за А.Р. Лурія).

11. Монреальська шкала оцінки когнитивних функцій (MoCA).

12. Пітсбурзький опитувальник якості сну.

13. Опитувальник якості життя FS-36 тощо.

Методи нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації

Здійснюються з метою диференційної діагностики та визначення тяжкості стану.

Бажани

Здійснюються за необхідності проведення диференційної діагностики з неврозоподібними станами органічного походження (черепно-мозкова травма, нейроінфекції).

1. МРТ.

2. КТ

3. ЕЕГ.

Лабораторні методи

За необхідності — імунологічні дослідження, рівень кортизолу, нейротрансмітерів.

Лікування

Психотерапія та психокорекція обов'язкові

1. Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (експозиція та когнітивне реструктурування).

2. Десенсибілізація та переробка руху очей.

Бажани

1. Стрес-менеджмент.

2. Рациональна терапія.

3. Сімейна психотерапія.

Фармакотерапія

При прийнятті рішення використовувати медикаментозне лікування необхідно застосовувати найкращу практику призначення препаратів, у тому числі надання інформації пацієнту до початку лікування, моніторинг та управління побічними ефек-

тами, моніторинг ризику суїциду і відповідну практику відміни або припинення лікування.

Роль лікаря в наданні інформації та підтримці є важливим компонентом управління процесом надання допомоги.

Обов'язкові

1. На початку терапії рекомендовано оцінити попередню терапію за адекватністю, дозуванням, тривалістю.

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

3. Для осіб, в анамнезі яких наявні випадки депресії та які мали позитивну реакцію на лікування медикаментозними препаратами, необхідно розглядати питання про призначення антидепресантів.

4. У випадках, коли супутні захворювання (наприклад депресія та тривожні розлади) виражені в досить тяжкій формі, для того щоб отримати користь від психотерапії та психокорекції, або у разі, якщо швидше усунення симптомів може мати значну клінічну перевагу, необхідно розглянути можливість застосування фармакотерапії, яка має достатню доказову базу для лікування таких захворювань. У випадку, коли пацієнт із ПТСР відповів на медикаментозне лікування, воно має тривати не менше 12 міс.

5. У випадках, коли фармакологічне втручання розглядається як лікування для дорослих із ПТСР, необхідно призначати селективні інгібітори зворотного захоплен-

ня серотоніну (сертралін та пароксетин належать до першої лінії терапії).

6. Інші антидепресанти нового покоління (зокрема міртазапін) слід розглядати як препарати другої лінії.

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

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

- підвищити дозування в межах дозволеної норми;
- перейти на альтернативні антидепресанти;
- призначити рисперидон або оланзапін як додатковий препарат;
- розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.

Фармакотерапія при ПТСР з коморбідною патологією

1. У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь пацієнта у терапії та/або є пов'язаною 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 (згід-

но з відповідними медико-технологічними документами).

Психосоціальна реабілітація та психоосвіта

Психосоціальну реабілітацію застосовують разом з іншими заходами. Метою такої реабілітації є скорочення термінів інтеграції в суспільство і поліпшення функціонування, а не зменшення вираженості симптомів.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Психоосвіта.

2. Тренінг емоційних реакцій та розв'язання проблем.

3. Тренінг розв'язання проблем, пов'язаних із бойовим минулим (для військових).

Бажані

1. Арт-терапія.

2. Музикотерапія.

Інші методи

Немає достатньо доказів щодо використання додаткових методів як самостійних методів лікування пацієнтів із ПТСР.

Бажані

1. Лікувальна фізкультура.

2. Фізичні вправи (аеробні та анаеробні).

3. Голкорексфлексотерапія.

4. Транскраніальна магнітна стимуляція.

Використана література

Міністерство охорони здоров'я України (2016) Наказ МОЗ України від 23.02.2016 р. № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі».