



## ПАМ'ЯТКА ФАХІВЦЮ З ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ «ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД»

ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКАРІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ)  
МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

### **Клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи**

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 MKX-10 та DSM-V.
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 плані, соматичні захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармаconoамнез (у т.ч. зловживання непсихотропними 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: суїциdalні 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 аддиктивної 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 інші).
5. Визначення коморбідності (з депресіями, біополярними розладами, розладами особистості, аддиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями).

*Бажано проведення 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: постановка діагнозу (оценка симптомів, синдромів); оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи; визначення мішеней психокорекції і ресурсів особистості. Діагностика і втручання повинні розглядатися в контексті часу, що пройшов з моменту травматичної події: **Обов'язкові:** Шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS-5); Контрольний список ПТСР для DSM-V(PCL-5); Контрольний список життєвих подій для DSM-V(LEC-5).

**За наявності відповідних симптомів:** Госпітальна шкала тривоги і депресії; Шкала депресії Гамільтонна (HAM-D); Шкала тривоги Гамільтонна (HAM-A); Пітсбургський 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 E. Heim (в адаптації Л. І. Васермана).

**Методи нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації :**(за необхідності верифікації органічного ураження головного мозку, проведення диференційної діагностики або наявності коморбідної патології органічного походження) 1. ЕЕГ; 2. КТ або МРТ.

### **Лікування.**

Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування, неефективність наданої первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування у ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу

**Психотерапія та психокорекція :** 1. Псиhoосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції; 2. ТФ-КПТ; 3. ДПРО; 4. Встановлення терапевтичного альянсу. Бажані: Стрес-менеджмент; Сімейна психотерапія.

ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГРС – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР – 8-12 сеансів, в залежності 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, з проблемами соціальної адаптації, в залежності 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 не травмофокусована), короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені в якості додаткових, 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 ПТСР** не повинна розглядатися як рутинна терапія першого ряду, замість психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі. Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування ГСР і супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше 4 тижнів) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо при наявності надмірного збудження.

**Лікування АД має розглядатися в якості терапії ПТСР у дорослих у тому випадку, коли:**

- пацієнт не бажає проходити лікування за допомогою психотерапії;
- пацієнт не досить стабільний для застосування до психотерапії (авто/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, повинно розглядатися питання про призначення АД. У випадках, коли фармакологічне втручання розглядається в якості лікування для дорослих з ПТСР, повинні вибиратися СІЗЗС як терапія першої лінії, для яких **пароксетин та сертрапіл** мають значну доказову базу, або інгібтори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.

Інші АД нового покоління (**зокрема, міртазапін**) і трициклічні АД слід розглядати як препарати другої лінії. Необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб при необхідності почати допоміжну психотерапію та психокорекцію.

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

- а) збільшити дозування в межах дозволеної норми;
- б) перейти на альтернативні АД;
- в) додати атипові антидепресиви (**рісперидон, оланzapін, кветіапін**) в якості додаткового препарату;
- г) тільки в комбінованій терапії (не в монотерапії) відповідно до цільових симптомів додати протисудомні (**топірамат, вальпроєва кислота, ламотріджин, прегабалін, бусپірон, тразодон**), але не бензодіазепіни.
- д) розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.

У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше 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 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.**

**Психосоціальна реабілітація** може використовуватися в якості додаткової терапії в поєднанні з психотерапією або фармакотерапією, що сприяє оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, призначаються на перших етапах лікування.

Реабілітація включає психоосвіту людини і членів сім'ї, максимізацію існуючої соціальної підтримки або створення нової, забезпечення отримання професійної підтримки для збереження оптимальних трудової/освітньої продуктивності та запобігання або зниження рівня інвалідності /непрацездатності, пов'язаної з розладами, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.

#### **Дислансерний нагляд**

Модель ступінчастого догляду спрямована на забезпечення моніторингу осіб, що отримують допомогу, відповідно до тяжкості та складності хворобливого стану. Даний підхід передбачає постійний моніторинг пацієнтів, які є найбільш проблемними, отримують більш інтенсивні втручання, мають підвищений ризик поганої психологічної адаптації.

Спостереження за станом пацієнта на етапі медикаментозної терапії проводиться щоденно впродовж перших двох тижнів, через день впродовж наступних двох тижнів (якщо немає іншої потреби більш інтенсивного спостереження, наприклад при відсутності терапевтичного ефекту, ускладненнях від терапії, коморбідних розладах та ін.), та один раз на тиждень після першого місяця терапії, якщо немає потреби в більш інтенсивному спостереженні. Пацієнтам із ПТСР рекомендовано нагляд (у консультативній або дислансерній групах).

При передачі відповідальності за продовження призначень у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, лікар загальної практики-сімейний лікар має отримати чітку рекомендацію щодо плану лікування, дозування ліків та очікуваної тривалості лікування.

**Інформаційний лист розроблено на підставі типових інструкцій щодо заповнення форм первинної медичної документації лікувально-профілактичних закладів.**

**Автори:** Кличко В.Л., Римша С.В., Муц О.М., Михалюк Я.Є., Лук'янович І.Л.

Підписано до друку: 20.03.2017р. тираж 50 екз.

За довідками звертатися: м.Вінниця, в.Пирогова, 109, ВОПНЛ ім.акад.О.І.Ющенка, Обласний Центр «Кризових станів для осіб з саморуйнівною поведінкою, жертв всіх форм насилля та для осіб, які постраждали внаслідок надзвичайних подій, стихійних лих, техногенних аварій та катастроф на території області», співпрацюючий з кафедрою психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО ВНМУ ім.М.І.Пирогова

Керівник Центру-лікар психіатр Михалюк Я.Є.

Тел.:0432-507-930; 093-920-41-86;096-538-60-51