

doctorsan.ru
psyandneuro.ru

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СТРЕССОВОГО РАСТРОЙСТВА И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА



Представляем вашему вниманию обзорный перевод
«Клинических рекомендаций по лечению
острого стрессового расстройства
и посттравматического стрессового расстройства»
Американской психиатрической ассоциации,
подготовленный совместными
усилиями научного интернет-портала
«Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии
«Доктор САН» (Санкт-Петербург)

**Американская Психиатрическая Ассоциация
Организационный комитет по практическим рекомендациям**

John S. McIntyre, M.D., Chair
Sara C. Charles, M.D., Vice-Chair

Daniel J. Anzia, M.D.
Ian A. Cook, M.D.
Molly T. Finnerty, M.D.
Bradley R. Johnson, M.D.
James E. Ninninger, M.D.
Paul Summergrad, M.D.
Sherwyn M. Woods, M.D., Ph.D.
Joel Yager, M.D.

Area and Component Liaisons
Robert Pyles, M.D. (Area I)
C. Deborah Cross, M.D. (Area II)
Roger Peele, M.D. (Area III)
Daniel J. Anzia, M.D. (Area IV)
John P. D. Shemo, M.D. (Area V)
Lawrence Lurie, M.D. (Area VI)
R. Dale Walker, M.D. (Area VII)
Mary Ann Barnovitz, M.D.
Sheila Hafter Gray, M.D.
Sunil Saxena, M.D.
Tina Tonnu, M.D.

Medical Editors, Quick Reference Guides
Michael B. First, M.D.
Laura J. Fochtmann, M.D.

Staff
Robert Kunkle, M.A., Senior Program Manager
Amy B. Albert, B.A., Assistant Project Manager
Claudia Hart, Director, Department of Quality Improvement
and Psychiatric Services
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., Director, Division of Research

А. Первоначальная оценка состояния

1. Клинический подход к пациенту

Выясните, что произошло и что можно сделать.

- Время и характер начального обследования зависит от вида травматического события (е.g. сексуальное насилие или природное бедствие) и масштабом вреда, нанесенного этим событием.
- В случае крупномасштабной катастрофы нужно отделить лиц с наибольшим риском психиатрических последствий, среди которых острое стрессовое расстройство (ОСР) или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).
- Если ресурсов из-за масштабности катастрофы не хватает, первыми должны быть осмотрены лица, пострадавшие больше всех.

Убедитесь в том, что удовлетворены потребности в медицинской помощи, отдыхе, пище, боль от полученных травм ослаблена, а также позаботьтесь о безопасности.

Имейте в виду, что при сортировке пострадавших или в отделении неотложной помощи глубокий разбор травматического события и переживаний пациента может усилить дистресс, однако это может потребоваться из соображений безопасности и по медицинским причинам.

Ориентируйтесь на индивидуальные потребности и возможности (е.g. преждевременный разбор недавних смертельно опасных событий может привести к тому что некоторые люди откажутся от медицинской помощи, в то время как для других глубокий разбор будет полезен).

2. Оценка степени травмы и постановка диагноза

→ Выясните, имел ли место травматичный опыт (обязательно для диагноза ОСТР или ПТСР).

→ Разберитесь, как пациент прореагировал на травматичное событие и какова была природа самого события.

→ Помните об ограничениях при постановке диагноза.

- Диссоциативные симптомы могут мешать пациентам вспоминать чувство страха, беспомощности или ужаса.
- Первоначальное обследование может проходить при сортировке жертв, сразу после травмы и до того, как проявятся все симптомы.

→ Когда станет ясно, что пациент способен пройти более подробное обследование, составьте подробную картину произошедшего и выясните, какой была первая реакция пациента.

→ Соберите информацию о всех травмах (включая возраст пациента на тот момент и продолжительность травматического опыта) и факторах или мероприятиях, которые могли усилить или ослабить реакцию на травму.

→ Вместе с беседой используйте опросники для самооценки.



→ Проведите полное психиатрическое обследование.

- Оцените симптомы ОСР и ПТСР, включая диссоциативные симптомы, повторение переживаний, избегание/блокировка эмоций, гипервозбуждение, отметьте время, когда появились эти симптомы. ПТСР диагностируется если симптомы остаются через 30 дней после травматического события; если симптомы присутствуют менее 30 дней и есть диссоциативные симптомы, можно ставить диагноз ОСР.
- Оцените уровень безопасности, включая риск суицида и нанесения вреда другим людям.
- Определите уровень функционирования (социальное, профессиональное, межличностное, уход за собой).
- Определите доступность основных ресурсов (е.g. безопасное место проживания, социальная поддержка, дружеская помощь, еда, одежда).
- Продиагностируйте коморбидные физические или психиатрические расстройства, в том числе депрессию, алкоголизм и наркоманию, инфекции, передающиеся половым путем.
- Оцените личные качества, такие как способность справляться со стрессом, жизнестойкость, межличностные отношения/привязанности.
- Оцените поведенческие риски, такие как отказ от лечения и импульсивность.
- Оцените влияние таких факторов стресса как бедность, расставание, тяжелая утрата.
- Оцените психосоциальную ситуацию, включая трудоустроенность, страдание от непрекращающегося насилия, обязанности родителя или опекуна.

→ Поставьте дифференциальный диагноз и определите являются ли симптомы результатом физических или психологических эффектов травматического события (е.g. тревожность как результат гемодинамического компромисса, гипервентиляции, соматических проявлений психологического дистресса).

В. Психиатрическая помощь

1. Оцените уровень безопасности пациента, в том числе риск суицида.

2. Определитесь с условиями лечения.

Условия лечения должны быть наименее ограничивающими и в то же время наиболее безопасными и эффективными. При выборе условий лечения учтите:

- тяжесть симптомов;
- коморбидные физические и психиатрические диагнозы;
- суицидальные и гомоцидальные идеи, планы, намерения;
- уровень функционирования и доступность систем социальной поддержки;
- личная безопасность пациента;
- возможность позаботиться о себе;
- возможность снабжать врача надежной информацией о своем состоянии;
- желание участвовать в лечении и готовность доверять врачам.

В большинстве случаев подходит амбулаторное лечение, но некоторым пациентам рекомендовано лечение в стационаре:

- пациенты с коморбидными психиатрическими или другими заболеваниями
- пациенты с суицидальными и гомоцидальными идеями, планами, намерениями
- тяжело больные, которые не смогут получить поддержку вне стационара

3. Установите и поддерживайте терапевтический альянс.

- Проводите диагностику и лечение тактично, в удобной обстановке, располагающей к развитию доверия.
- Узнайте чего больше всего боится пациент, когда погружается в неприятные травматичные воспоминания.
- Помните, что само лечение может восприниматься как угроза и навязчивое вмешательство.
- Примите во внимание беспокойства пациента и его предпочтения.

4. Координируйте процесс лечения.

Один из членов команды (например, психиатр) должен взять на себя полную ответственность за лечение.

Установите четкое разделение ролей, определите план на случай кризиса и поддерживайте коммуникацию между специалистами, вовлеченными в процесс лечения.

5. Отслеживайте ответ на лечение.

- Следите за появлением деструктивных импульсов у пациента по отношению к самому себе и другим.
- Если риск опасного поведения растет, госпитализируйте пациента или перейдите к более интенсивному лечению.
- Определите, не появились ли новые симптомы, нет ли значительного ухудшения в функциональном статусе, не прошло ли много времени без улучшений.

6. Обучайте пациента.

- Расскажите о природе ОСТ и ПТСР, их лечении, а также о широком спектре нормальных реакций на стресс.
- Проясните, что симптомы могут обостриться при новом контакте с травматичным стимулом, восприятии какой-либо ситуации небезопасной или в результате бытового насилия.
- Постоянное повышение компетенции рекомендуется лицам, чья профессия связана с травматичными событиями (e.g. военные, полицейские, пожарные, работники скорой медицинской помощи, журналисты).

7. Позаботьтесь о приверженности лечению.

- Укрепляйте приверженность медикаментозному лечению, делая акцент на следующих моментах:
- когда и как часто надо принимать лекарства;
 - ожидаемое время наступления терапевтического эффекта;
 - необходимость принимать лекарства даже после того, как самочувствие улучшилось;
 - необходимость получить консультацию врача перед снижением дозы или прекращении приема лекарства, во избежание синдрома отмены или рецидива;
 - что нужно предпринять если возникли проблемы или вопросы.

8. Помогите адаптироваться к психо-социальным эффектам этого расстройства.

→ Помогите пациенту разобраться с вопросами, которые могут возникать в разных сферах жизни, в том числе в семейных и социальных отношениях, бытовых условиях, соматическом здоровье, учебе и на работе.

9. Следите за физическим здоровьем и функциональными нарушениями.

→ Отслеживайте наличие, тип и тяжесть медицинских симптомов.

→ Оценивайте уровень функционирования.

С. Принципы выбора лечения

1. Цели лечения

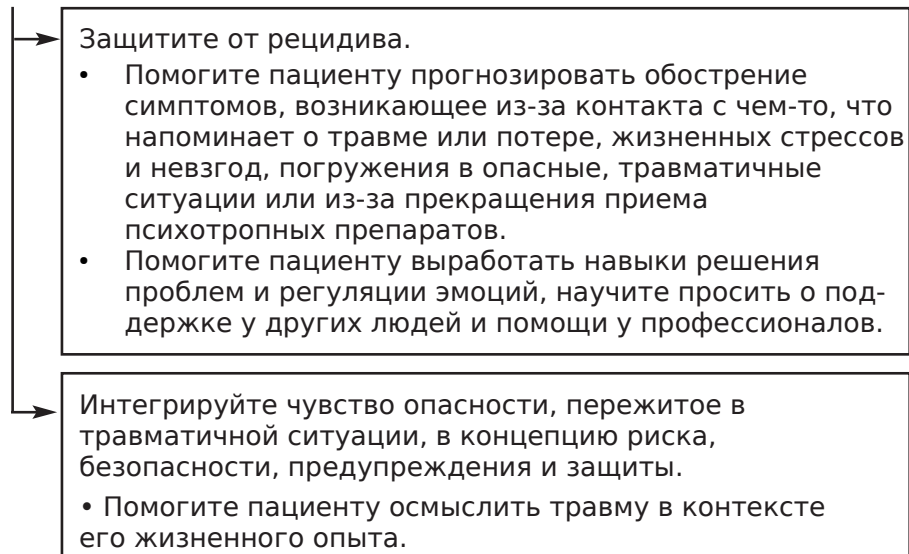
Ослабить симптомы ОСТР и ПТСР.

- Помочь пациенту справиться с дистрессом, связанным с воспоминаниями о травматичном опыте и со временем ослабить этот дистресс.
- Помочь остановить навязчивое возвращение к травматичному опыту, ослабить психологические и физиологические реакции на то, что напоминает об этом опыте.
- Уменьшить проявления связанного с травмой избегающего поведения, ослабить ночные кошмары и нарушения сна.
- Избавиться от тревог, связанных со страхом повторения травматичного события.
- Освободиться от ограничений в обычной жизни, мешающих нормально функционировать, влияющих на принятие решений и способствующих рискованному поведению.

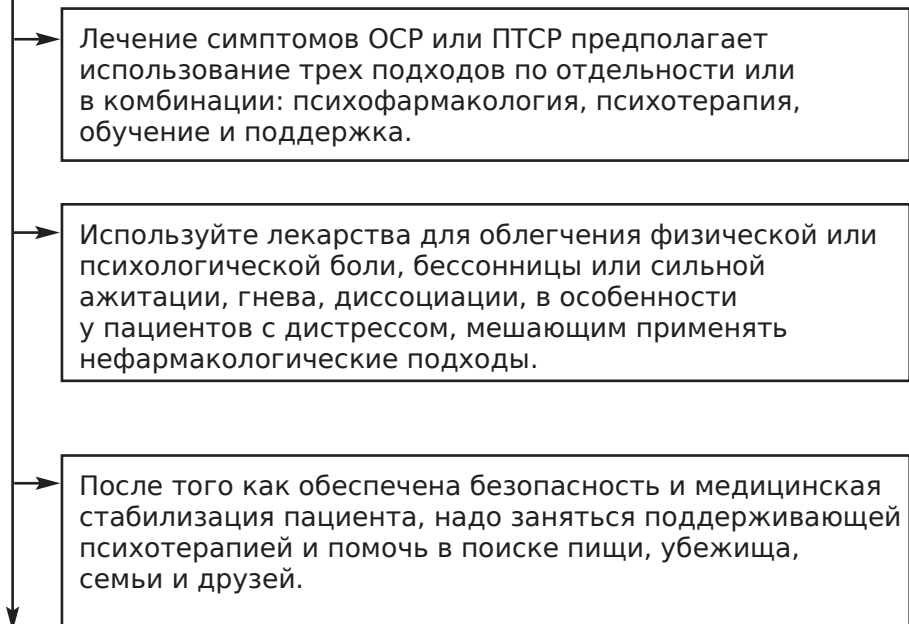
Предотвратить или вылечить связанные с травмой коморбидные состояния.

Повысить адаптивность и восстановить чувство безопасности и доверия.

- Содействуйте развитию стрессоустойчивости и помогайте пациенту справляться со стрессами и невзгодами, связанными с травмой.
- Помогите выработать стратегии для восстановления нормального процесса развития.
- Не допускайте генерализации чувства опасности, пережитого в травматичной ситуации.



2. Выбор начального лечения



2. Выбор начального лечения (продолжение)

→ Примите во внимание

- возраст и пол;
- коморбидные соматические или психические заболевания;
- склонность к агрессии или самоповреждению;
- давность травматичного события;
- тяжесть и тип симптомов;
- наиболее беспокоящие симптомы
- межличностные, семейные трудности или проблемы на работе;
- психологические слабости, в том числе возникшие в результате предшествовавших травм;
- предпочтения пациента.

→ Постарайтесь свести к минимуму риск дополнительной травмы и дальнейшего развития ПТСР, организовав активное лечение депрессии с помощью психотерапии, антидепрессантов или того и другого вместе.

3. Помощь пациентам, не ответившим на начальное лечение

→ Систематически исследуйте факторы, которые могли помешать выздоровлению:

- особенности начального плана лечения, в том числе его цели и обоснование;
- восприятие пациентом эффекта от лечения;
- приверженность плану лечения;
- причины отсутствия приверженности лечению;
- возможное существование других психологических расстройств или личностных черт, мешающих лечению.

→ Одна из стратегий заключается в усилении начального лечения, путем добавлением фармакотерапии к психотерапии, психотерапии к фармакотерапии или терапии пар к индивидуальной психотерапии.

→ Сначала извлеките все возможное из средств с наилучшей доказательной базой, а потом переходите к новым методам.

→ В некоторых случаях выбранное изначально лечение нужно прекратить и перейти к другой стратегии, например, если сильная тревожность не позволяет пациенту участвовать в экспозиционной терапии.

4. Национальные и культурные факторы

→ Примите важность социальных и культурных факторов и не отчуждайте пациента от его семьи и сообщества.

→ Примите во внимание значение симптомов в культуре пациента, а также культурные ценности пациента и его семьи.

→ Учтите, что культурный контекст и взгляды пациента могут влиять на симптоматику и ответ на лечение.

→ Помните, что культурные факторы могут влиять на решение пациента принимать лекарства и на его приверженность лечению.

→ Выбирая препарат, помните о том, что генетический полиморфизм цитохрома P450 встречается с различной частотой в разных этнических группах.

Д. Стратегии лечения

1. Психофармакология

→ Не существует эффективных препаратов для профилактики ОСР и ПТСР у лиц из группы риска.

→ При ОСР разумно использовать **СИОЗС** и другие антидепрессанты.

→ При ПТСР в качестве лечения первой линии **СИОЗС** рекомендуются потому что они:

- воздействуют на все три кластера симптомов ПТСР (т.е. повторение переживаний, избегание/блокировка эмоций и гипервозбуждение).
- эффективно лечат психические расстройства, которые часто сопутствуют ПТСР (е.g. депрессия, паническое расстройство, социофобия и ОКР).
- могут облегчать симптомы (суицидальное, импульсивное и агрессивное поведение), которые часто осложняют лечение ПТСР.
- обладают сравнительно небольшим количеством побочных эффектов.

→ **Трициклические антидепрессанты** и **ИМАО** тоже могут быть полезны. Эффективность других антидепрессантов имеет минимум доказательств (е.g. венлафаксин, мirtазапин, бупропион).

→ **Для снижения тревожности и улучшения сна применяются бензодиазепины.**

- Эффективность для предотвращения ПТСР или при лечении основных симптомов ПТСР не доказана.
- В связи с аддитивным потенциалом при применении лицами с коморбидной наркоманией, бензодиазепины нужно назначать с особенной осторожностью.
- Есть данные о том, что после прекращения приема бензодиазепинов симптомы ухудшаются.

→ **Антиконвульсанты** (е.g. дивалпрокс, карбамазепин, топирамат, ламотриджин) могут помочь с симптомом повторения травматических переживаний.

→ **Антипсихотики второго поколения** (е.g. оланзапин, кветиапин, рисперидон) могут помочь некоторым пациентам и тем, у кого есть коморбидные психотические расстройства или в тех случаях, когда лечение первой линии не привело к эффективному контролю над симптомами.

→ **Агонисты α_2 -адренорецепторов и блокаторы β -адренорецепторов** могут быть полезны при лечении некоторых симптомов у отдельных пациентов.

2. Психотерапия

→ **Когнитивная и поведенческая терапия**

- Нацелена на исправление нарушенного процесса оценки ситуации (е.g. с помощью повторяющихся экспозиций или техник, делающих акцент на процессе обработки информации, но без экспозиций) с целью десенситизировать связанные с травмой ситуации.
- Может ускорить выздоровление и предотвратить ПТСР, если терапия начинается через 2-3 недели после травматического события.

2. Психотерапия (продолжение)

Десенсибилизация и переработка движением глаз

- Включает экспозиционную терапию (с множественными короткими, прерывистыми погружениями в травматические ситуации), движение глаз, воспоминание и вербализация воспоминаний о травматических событиях.
- Продемонстрировала эффективность сравнимую с другими формами когнитивной и поведенческой терапии.

Психодинамическая психотерапия

- Акцентируется на значении травмы для пациента в контексте предшествовавших психологических конфликтов, опыта развития и отношений.
- Акцентируется на эффекте травматического опыта, произведенном на отношение к самому себе, самооценку, ощущение безопасности и целостности, функцию самонаблюдения.

Психологический дебрифинг

- Помогает разобраться в травматичном опыте, ходе развития ПТСР и эмоциях, связанных с недавно пережитой травмой.
- Нет доказательств того, что психологический дебрифинг предотвращает ПТСР или улучшает социальное и профессиональное функционирование.
- Может стать причиной усиления симптомов, особенно когда практикуется в группе незнакомых людей с отличающимися травмами, или когда проводится сразу после травматического события до того, как была обеспечена безопасность и ослаблено возбуждение.

→ **Обучение и поддержка**

- Обучение и поддержка на ранних стадиях лечения уменьшают психологические последствия массового насилия или природной катастрофы.
- Если нет доступа к экспертной помощи, многим людям будут полезны просветительские материалы, обучающие, как эффективно справиться с суб-синдромными последствиями травматичного опыта.
- Для лиц с остро переживаемой травмой незамедлительные мероприятия по поддержке и обучению полезны, потому что они вовлекают в процесс лечения и могут облегчить начало психотерапии и психофармакологического лечения.
- Призыв, обращенный к сильно травмированным людям, в первую очередь положиться на собственные силы, уже существующие ресурсы для поддержки и на собственную разумность может уменьшить потребность в дальнейших мероприятиях.

→ **Стресс-прививочная терапия, образная репетиция, продолжительные экспозиции** могут быть полезными при лечении ПТСР и таких симптомов как тревожность и избегание.

→ **Терапия, центрированная на настоящем моменте, и травма-фокусированная терапия** могут ослабить симптомы ПТСР.