

Сучасні перспективи терапії пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом

За матеріалами Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасний науково-практичний досвід у кардіології та психотерапії» (5 травня 2023 р.)

Повномасштабна війна в Україні несе невимовні страждання народу України, руйнуючи не тільки інфраструктуру країни, але й психологічний добробут громадян, залишаючи глибокі рани в душах тих, хто переживає цю страшну реальність. Серед наслідків психологічного травмування – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який пронизує життя жертв, спричиняючи серйозні наслідки. Пропонуємо до вашої уваги огляд доповіді завідувача кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету НМУ ім. Богомольця, лікаря-психіатра вищої категорії, президента Всеукраїнської асоціації психосоматичної медицини, д.мед.н., професора О.С. Чабана, яка присвячена дослідженню ПТСР у жертв війни в Україні та підходам до лікування для полегшення цих страждань.



О.С. Чабан

Нині понад 90% українців мають принаймні один із симптомів тривожних розладів, а понад 50% перебувають у зоні ризику розвитку труднощів, пов'язаних із психічним здоров'ям. За оцінками фахівців, близько 40-50% громадян потребуватимуть психологічної допомоги та психосоціальної підтримки різного ступеня інтенсивності. Згідно з аудитом ресурсів системи надання послуг у сфері психічного здоров'я, рівень споживання антидепресантів (АД) за 2022 р. досяг свого піку, а на безрецептурні заспокійливі засоби українці щомісяця витрачають близько 300 млн грн. За розрахунками МОЗ України, у повоєнний час із психологічними проблемами стикнуться понад 15,7 млн українців, 3,5 млн осіб потребуватимуть терапії та супроводу медичних фахівців – лікарів-психіатрів, а приблизно 800 тис. українців – фармакологічного супроводу.

Посттравматичний стресовий розлад

За Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду, ПТСР може розвинути після впливу надзвичайно загрозливої або страхітливої події, або серії подій.

Йому притаманні такі критерії:

1. Повторне переживання травматичної події або подій у сьогоденні у вигляді

яскравих нав'язливих спогадів, флешбеків або кошмарів, що, як правило, супроводжується сильними негативними емоціями, страхом чи жахом, а також сильними фізичними відчуттями.

2. Уникнення думок і спогадів про подію або події, чи уникнення діяльності, ситуацій, або людей, які нагадують про них.

3. Стійкі уявлення про підвищену поточну загрозу, наприклад, ознаки гіпернастороженості або підвищена реакція переляку на стимули, як-от несподівані шуми (підвищений рефлекс чотиригорбикової пластинки, або старт-рефлекс).

Клінічні критерії ПТСР

Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів 5-го перегляду (DSM-5) пропонує список певних критеріїв для встановлення діагнозу посттравматичного розладу. Ці діагностичні критерії стосуються дорослих, підлітків і дітей віком від 6 років (APA, 2013).

А. Вплив фактичної смерті або загрози смерті, серйозних поранень або сексуального насильства одним (або кількома) з таких способів:

1. Безпосередньо пережити травматичну подію.
2. Стати свідком подій з іншими.

3. Дізнатися, що травматична подія сталася з близьким членом родини або близьким другом. У разі смерті або загрози смерті члена сім'ї чи друга подія має бути насильницькою чи випадковою.

4. Мати неодноразовий або надзвичайний контакт із неприємними деталями травматичної події (як-от співробітники служб першої допомоги, які збирають людські останки; працівники поліції, які неодноразово стикаються з подробицями жорстокого поводження з дітьми).

В. Наявність одного (або більше) із симптомів вторгнення, пов'язаних із травматичною подією, що виникають після того, як вона відбулася:

1. Повторювані, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію. У дітей віком від 6 років може виникати повторювана гра, у якій виражаються аспекти травматичної події.

2. Повторювані тривожні сни, зміст та/або вплив яких пов'язаний із травматичними подіями. У дітей можуть бути страшні сни з упізнаного змісту.

3. Дисоціативні реакції (наприклад, спогади), за яких людина відчуває або діє так, ніби травматична подія повторюється. Такі реакції можуть виникати безперервно, причому найбільш екстремальним проявом є повна втрата усвідомлення теперішнього оточення. У дітей під час гри може відбутися відтворення травми.

4. Інтенсивний або тривалий психологічний стрес у разі впливу внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспект травматичної події.

5. Виразні фізіологічні реакції на внутрішні або зовнішні сигнали, які символізують або нагадують аспект травматичної події.

С. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травматичною подією, яке розпочалося з того моменту, як відбулася подія, що підтверджується одним або обома з критеріїв:

1. Уникнення або намагання уникнути тривожних спогадів, думок або почуттів про травматичні події (або тісно пов'язаних із ними).

2. Уникнення або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, об'єктів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки чи почуття щодо травматичної події чи тісно пов'язаних з ними.

Д. Негативні зміни в пізнанні та настрої, пов'язані з травматичною подією, що почалися або погіршилися після того, як подія відбулася, що підтверджується двома (або більше) з таких критеріїв:

1. Нездатність пригадати важливий аспект травматичної події (як правило, через дисоціативну амнезію, а не через інші чинники, як-от травма голови, алкоголь або наркотики).

2. Стійкі й перебільшені негативні переконання чи очікування щодо себе, інших чи світу (наприклад, «я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ повністю небезпечний»).

3. Стійкі, викривлені уявлення про причину або наслідки травматичної події, які змушують звинувачувати себе або інших.

4. Стійкий негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, провина або сором).

5. Помітно знижена зацікавленість або участь у значущій діяльності.

6. Почуття відстороненості або відчуженості від інших.

7. Постійна нездатність переживати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення або почуття любові).

Е. Помітні зміни збудження та реактивності, пов'язані з травматичною подією, які почалися або погіршилися після цієї події, що підтверджується двома (або більше) із таких критеріїв:

1. Роздратованість і спалахи гніву (із незначною провокацією або без неї), як правило, спрямовуються на людей або предмети.

2. Безрозсудна або саморуйнівна поведінка.

3. Гіперпильність.

4. Перебільшена реакція лякливості.

5. Проблеми з концентрацією уваги.

6. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням або збереженням сну, або неспокойний сон).

Ф. Тривалість порушення (критерії В, С, D і Е) понад місяць.

Г. Розлад спричиняє клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

Н. Порушення не пов'язане з фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліків, алкоголю) або іншим медичним станом.

Варіанти перебігу ПТСР

Умовно більш безпечні варіанти ПТСР: ПТСР парціальний; початок допомоги в межах перших днів – до місяця; ПТСР у пацієнта з хорошою зовнішньою соціально-психологічною амортизацією; ПТСР у дорослого без проблем з іншими соматичними чи психічними розладами; некомплексний ПТСР.

Умовно небезпечні варіанти перебігу: ПТСР комплексний; початок допомоги через кілька місяців; ПТСР у пацієнта з поганою зовнішньою соціально-психологічною амортизацією; поєднання ПТСР у дорослого з такими соматичними чи психічними розладами, як алекситимія, психічна анестезія, дисоціативні ознаки (деперсоналізація чи дереалізація), травми, зокрема мозкові («м'як» травми), постопераційний фантомний біль.

Для діагностики ПТСР можна використовувати такі опитувальники: ПТСР тест для DSM-5 (The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 [Weathers et al., 2013]), тест на ПСТР для цивільного населення (PTSD Checklist – Civilian Version, PCL-5 [Bezsheiko et al., 2016]), опитувальник щодо ПТСР (Breslau et al., 2004).

Критерії вибору антидепресанту

Препарати першої лінії – АД нового покоління завдяки їхній кращій безпеці та переносимості порівняно з препаратами першого покоління. Усі АД незначно різняться між собою за тимолептичною ефективністю, тому лише ефективність не може бути критерієм вибору терапії. Критерії вибору АД: ефективність, характер побічних реакцій, простота застосування, наявність коморбідних станів і вартість. За зміни АД слід брати до уваги побічні реакції, ефект відміни, потенційні взаємодії ліків і швидкість зміни.

Підсумовуючи, професор О.С. Чабан зазначив, що на вітчизняному фармринку є доступний АД Гіацинтія® (есциталопрам; виробник АТ «Київський вітамінний завод»), це препарат першої лінії. Його застосовують за депресивного розладу, депресивного синдрому, тривожного розладу, тривожно-депресивного синдрому, обсессивно-компульсивного розладу. Терапевтична доза – 10-20 мг. Рекомендоване титрування: починати з 5 мг раз на добу вранці, через тиждень – 10 мг раз на добу вранці. Початок відповіді найімовірніший через 2-3 тижні. Питання щодо зміни дози слід вирішувати через місяць застосування. У разі припинення лікування дозу слід поступово знижувати впродовж 1-2 тиж., щоб уникнути можливих симптомів відміни. Для запобігання серотоніновому синдрому слід зменшити дозу, але не скасовувати препарат.

Підготував **Денис Соколовський**

Відкрий спокій

Гіацинтія
Лікування тривожних розладів

20 мг (10 мг)
30 таблеток, вкритих повільною оболонкою, по 20 мг (10 мг)

Гіацинтія
Лікування тривожних розладів

30 таблеток, вкритих повільною оболонкою, по 10 мг

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якісно без компромісів

Регістраційне посвідчення МОЗ України ІА/17455/01/01 та ІА/17455/01/02 від 30.05.2019
Інформація про лікарський засіб, призначена для розповсюдження серед медичних і фармацевтичних працівників на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.