

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00734&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00734. Гостра реакція на стрес та посттравматичний стресовий розлад

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Посттравматичний стресовий розлад <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/60-posttravmatychnyi-stresovyi-rozlad>

Автор: Matti Ponteva

Редактор оригінального тексту: Sari Atula

Дата останнього оновлення: 2018-08-21

Основні положення

- Психологічні реакції на високотравматичні події зазвичай поділяються на дві категорії: стресові реакції і стресові розлади.
 - Стрессова реакція в принципі є нормальною реакцією на надмірно травматичну подію і не завжди вимагає медичної допомоги. Гостра стрессова реакція вже не є діагнозом, а замість цього розглядається як фактор, що впливає на стан здоров'я людини.
 - Стресовий розлад зазвичай вимагає медичного втручання.
- Розгляньте наявність можливого посттравматичного стрессового розладу, якщо пацієнт пережив надзвичайно стрессовий та психологічно травматичний інцидент або подію впродовж останніх шести місяців.

Епідеміологія

- Після великої катастрофи 50–90% тих, кого вона зачепила, матиме принаймні короткий стресовий шок, який зазвичай збігається з симптомами *гострої стресової реакції*. Симптоми в гострій фазі не обов'язково прогнозують розвиток тривалих розладів.
- За оцінками частота *посттравматичного стресового розладу* (ПТСР) впродовж життя становить 1–11%, залежно від досліджуваної групи та статі особи. Крім того, до 15% населення відчуватимуть більш легкі форми цього стану. Кількість уражених осіб може бути значно вищою у схильних популяціях.
- Стресові розлади виникають серед людей різного віку, включаючи дітей.
- Типовими причинами цього розладу є великі аварії, війни і тероризм, спостереження або насильство, а серед жінок - зґвалтування.
- Більшість пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом також мають один або два пов'язані з цим психічні розлади впродовж життя, як правило, алкоголізм або афективний розлад.

Гостра реакція на стрес

Симптоми

- Транзиторні фізичні та емоційні симптоми генералізованого тривожного розладу виникають відразу після пережитого сильного стресу, можливо, включаючи специфічні симптоми, пов'язані з настроєм і соціальною поведінкою, і полегшуються впродовж декількох днів після зменшення впливу.

Диференційна діагностика та дослідження

- Подібні гострі симптоми також можуть бути пов'язані з фізичною хворобою, отруєнням або ускладненням травми.
- Панічний розлад
- Діагностика заснована на спостереженні та вислуховуванні пацієнта.

Лікування

- У випадку важкого інциденту необхідно дотримуватися загальних настанов, наведених нижче.
- Гіпнотики або бензодіазепіни короткотривалої дії можуть призначатися впродовж декількох днів для лікування розладів сну і симптомів тривоги.

Гострий стресовий розлад (Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів (DSM-5))

Симптоми

- Симптоми такі ж, як і у випадку посттравматичного стресового розладу, але вони виникають через 2–28 днів після стресової події і, більше того, часто спостерігаються також дисоціативні симптоми.

Лікування

- Стабілізація інтенсивних стресових реакцій, пропозиція подальшого контакту та психосоціальної підтримки, а також допомога у вирішенні проблем
- У важких випадках антидепресанти та/або цілеспрямована когнітивно-поведінкова психотерапія можуть бути розпочаті, як при ПТСР.

Психологічна перша допомога та спостереження після важкого інциденту

Загальні настанови

- Безпосередність
- Негайність
- Очікуваність
- Простота

Настанови з надання першої психологічної допомоги

- Допомога людям задовольнити основні потреби (харчування, житло, невідкладна медична допомога)
- Вислухайте людей, які бажають поділитися своїм досвідом. Пам'ятайте, що немає «правильного» або «неправильного» способу відчувати або переживати події.
- Намагайтеся залишатися доброзичливими, співчутливими і реально оптимістичними, навіть якщо люди уперті або вимогливі.
- Дайте якомога точнішу інформацію щодо аварії або стихійного лиха, а також про проведення рятувальних операцій.
- Допоможіть людям зв'язатися з друзями та членами родини.
- Тримайте сім'ї разом, якщо це можливо.
- Дайте практичні поради, які спрямовують людей на допомогу.
- Заохочуйте і направляйте людей на задоволення їх власних потреб, якщо це можливо.
- Допоможіть людям зв'язатися з місцевими органами влади та організаціями.
- Нагадайте людям, що допомога й підтримка надходять (якщо знаєте, що це так).

Інструкції для лікарів

- Якщо можливо, розгляньте можливість політравм і зверніть увагу на фізичні або психічні захворювання, які були до катастрофи.
- Делегуйте психологічну першу допомогу підготовленим волонтерам рятувальної команди (пара-професійним працівникам) якомога більше.
- Перемістіть людей з важким стресовим шоком до спеціально для цього призначеного місця лікування, яке повинно обслуговуватися кризовою бригадою. Мета - виявити жертв, схильних до паніки, щоб уникнути її поширення.
- Якщо можливо, утримайтеся від використання психофармакологічних препаратів і не використовуйте спирт в лікувальних цілях.
- Дійте спокійно і будьте прикладом для інших.

Організація психологічного спостереження

- Організація медико-психологічного втручання, тобто психологічна підтримка, є обов'язком медичних працівників. Пара-професійні працівники можуть продовжувати надавати певну психологічну підтримку.
- З метою сприяння самостійному вирішенню проблем жертв, письмова та електронна інформація повинна бути у вільному доступі, повинні організуватися зустрічі та дискусії тощо.
- Особи з важкими симптомами, пов'язаними зі стресом, спочатку повинні направлятися на отримання допомоги до свого медичного центру або до бригади з ведення кризових ситуацій або подібних.
- Необхідно організувати сеанс зняття стресу для рятувального та медичного персоналу, який був залучений до напруженої рятувальної операції, як правило, в день інциденту або впродовж 24 годин. Демобілізація проводиться після повного завершення рятувальних робіт.
- Сеанс психологічного обговорення підсумків роботи може бути організований, за необхідності, для груп робочого персоналу (10-15 осіб на групу) через 1–5 днів після інциденту, особливо якщо одна й та ж група людей буде працювати разом у майбутньому. Обговорення підсумків роботи може покращити майбутню роботу групи.
- У деяких випадках підведення підсумків роботи може також бути корисним для однорідної групи жертв, наприклад, працівників промислового підприємства, які продовжуватимуть працювати разом після інциденту. Участь у психологічному обговоренні є повністю добровільною (якщо вона не є частиною професійних обов'язків людини).
- Сеанси групового обговорення не замінюють необхідність індивідуального кризового втручання, а також не існує доказів того, що психологічний аналіз є ефективним у запобіганні розвитку ПТСР.
- Обговорення підсумків не слід використовувати як психологічне спостереження після загальнопоширених тривожних подій, де адекватна інформація, консультації та можливість спілкування з професіоналом зазвичай розглядаються як належна підтримка жертв та їхніх сімей.
- Подальша терапія, в основному в групах, може бути запропонована у формі підтримки з боку однолітків, очолювана відповідним чином підготовленим працівником.

- Осіб, які потребують допомоги або іншої підтримки, що надається соціальними службами, слід направляти до відповідного персоналу.
- Організація реабілітації має бути розглянута на ранній стадії, якщо психосоціальні проблеми тривають. Спеціальна реабілітація з приводу ПТСР не завжди достатня.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): симптоми та діагностика

Симптоми

- Постійне переосмислення травматичної події
 - Періодичні тривожні спогади щодо події
 - Кошмари щодо події
 - Дисоціативні епізоди спогадів і відчуття пережитої події
 - Сильне страждання під час нагадування про травматичну подію
 - Фізіологічні реакції у випадку впливу подразників, що нагадують аспект травматичної події
- Уникнення подразників, пов'язаних з травмою, і “заціпеніння” загальної відповідної реакції
 - Зусилля спрямовані на уникнення думок, почуттів, дій, місць або людей, пов'язаних із травмою
 - Неможливість згадати важливі аспекти травми
 - Зменшення інтересу до значної діяльності, відчуття відстороненості, обмежений діапазон настроїв, відчуття зменшення майбутньої перспективи
- Стійкі симптоми емоційної сенсibiliзації та надмірного збудження
 - Труднощі з засинанням або стійкістю сну
 - Роздратованість або спалахи гніву
 - Труднощі концентрації
 - Гіпернастороженість
 - Перебільшена реакція на здригання
- До критеріїв DSM-5, прийнятих у 2013 році, також були введені негативні зміни в пізнанні та настрої як власна група симптомів.

- Діагноз ПТСР зазвичай можна розглядати, коли симптоми зберігаються впродовж 4 тижнів або довше. Затримка між травматичною подією і появою симптомів не повинна перевищувати 6 місяців, оскільки пізніше причинно-наслідковий зв'язок, як правило, викликає сумніви.
- Критерії діагнозу ПТСР вказують на те, що особа повинна була зазнати події або серії подій винятково загрозливого чи катастрофічного характеру. Діагноз розладу також призводить до суттєвого погіршення соціальних відносини, трудового життя або іншої важливої сфери функціонування.
- МКХ-11, випущена у 2018 році, включає тепер також складний ПТСР, який, на додаток до основних симптомів, описаних вище, включає також тривалі проблеми, пов'язані з травмою, особливо в емоційному житті та соціальних відносинах.

Диференційна діагностика

- Генералізований тривожний розлад без впливу попередньої травматичної події
- Панічний розлад
- Дисоціативний розлад
- Специфічна фобія
- Тривала депресивна реакція після травми
- Розлади адаптації та інші реакції на важкий стрес
- Рецидив психічного розладу після впливу стресу

Діагностичне обстеження

- Ретельне опитування пацієнта та детальний анамнез щодо симптомів, переважно за допомогою стандартизованих анкет
- Обстеження клінічним психологом
- Виключення фізичних причин вегетативної гіперактивності (наприклад, гіпертиреоз, фактори, що викликають надлишкову секрецію адреналіну, застосування стимуляторів)

Посттравматичний стресовий розлад: лікування

Психотерапія [доказ 06498 | C]

- Терапевтичний зв'язок з психотерапевтичним компонентом, запропонований наприклад, первинною медичною допомогою або службами гігієни праці; цей вид втручання передбачає моніторинг пацієнта та можливість спілкуватися із співробітниками, підготовленими у питаннях тактики ведення криз, ще до отримання допомоги професійно підготовленого психотерапевта.
- Підтримуюча контактна терапія, що проводиться лікарем первинної медичної допомоги, часто поєднується з фармакотерапією.
- У важких випадках раннє втручання з короткою когнітивно-поведінковою терапією/експозиційною терапією у відділенні психічного здоров'я або приватним терапевтом.
- Стаціонарний період досліджень та лікування у психіатричному відділенні загальної лікарні або у відкритому відділенні психіатричної лікарні для пацієнтів з поганою відповіддю на лікування або функціональні можливості яких значно погіршені.
- Якщо розлад триває більше трьох місяців, когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму, (див. [настанова 01018 | Когнітивна психотерапія]) або десенсибілізація та опрацювання рухами очей (EMDR) у відділенні психічного здоров'я або приватним терапевтом [доказ 04890 | C].

Фармакотерапія

- Для зниження початкового занепокоєння і поліпшення сну звичайні дози бензодіазепінів з суворю ретельністю можуть бути застосовані в початковій фазі з метою швидкого зменшення і відміни ліків. Бензодіазепіни не є корисними у разі тривалого застосування, а ризик розвитку залежності є особливо високим.
- Антидепресанти [доказ 02346 | C]. Пропонована послідовність:
 - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС); насамперед пароксетин або сертралін) [доказ 02346 | C]
 - інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (насамперед міртазапін або венлафаксин)
 - амітриптилін (якщо вищезазначені не підходять).

- Прийом ліків починають з невеликої початкової дози, яку поступово збільшують під час спостереження за пацієнтом щодо можливих побічних наслідків. Відповідні лікарські засоби зазвичай підбирають методом проб і помилок. У випадку ПТСР значну відповідь можна досягти за допомогою антидепресантів, навіть у тих випадках, коли у пацієнта немає явних симптомів депресії.
- У випадку тривалих порушень сну краще використовувати антидепресанти перед сном.
- Бета-блокатори (зокрема, пропранолол), клонідин або інші препарати, які знижують симпатичну активність, можуть бути випробувані на наявність симптомів вегетативного гіперзбудження.
- У випадку ПТСР необхідно мати на увазі схильність пацієнта до самолікування алкоголем.
- У стійких випадках поєднання психотерапії та фармакотерапії часто є корисним. Проте, психотерапія залишається лікуванням вибору.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00312\] Acute stress reaction an...](#)
- Клінічні рекомендації [\[пов'язані 00312\] Acute stress reaction an...](#)
- Література [\[пов'язані 00312\] Acute stress reaction an...](#)

Настанови

- [Настанова 01018](#). Когнітивна психотерапія.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06498](#). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder.
Дата оновлення: 2009-11-24
Рівень доказовості: C
Резюме: Psychological interventions are probably not beneficial in routine use following traumatic events. Multiple session interventions may have an adverse effect on some individuals.
- [Доказовий огляд 04890](#). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder.
Дата оновлення: 2014-04-03
Рівень доказовості: C
Резюме: Trauma-focused cognitive behavioural therapy/exposure therapy (TFCBT) and

eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) may be more effective treatments than waitlist/usual care in reducing symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD).

- [Доказовий огляд 02346](#). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder.
Дата оновлення: 2015-01-27
Рівень доказовості: C
Резюме: Pharmacotherapy, especially with SSRIs, may be effective in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). For prevention of PTSD, hydrocortisone and propranolol may be effective but there is no evidence for other medications in that indication.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00734 Ключ сортування: 035.036 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-08-21

Автор(и): Matti Ponteva Редактор(и): Sari Atula Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Psychiatry

Ключові слова індексу

mesh: Stress Disorders, Post-Traumatic mesh: Stress Disorders, Traumatic PTSD mesh: debriefing mesh: defusing
emergency psychotherapy mesh: first aid, psychological psychological first aid mesh: stress disorder
mesh: stress reaction mesh: stress situation mesh: Stress mesh: Accidents mesh: Antidepressive Agents
mesh: Anxiety Disorders mesh: Crisis Intervention mesh: Death mesh: death of a child mesh: Disasters
mesh: psychological shock mesh: psychic trauma mesh: Psychotherapy mesh: Sleep Disorders
mesh: Sleep Initiation and Maintenance Disorders mesh: Suicide mesh: traumatic crisis mesh: traumatic event icpc-2: P02
icpc-2: P82 speciality: Psychiatry