



Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц пожилого возраста

Наиболее известная форма посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) встречается у ветеранов, участвовавших в боевых действиях. В пожилом возрасте состояние может рецидивировать или ухудшаться в условиях возникновения других стрессовых ситуаций, в том числе при соматических заболеваниях и медикаментозных вмешательствах. В статье J. Moye и S.J. Rouse « Posttraumatic stress in older adults: when medical diagnoses or treatments cause traumatic stress», опубликованной в журнале *Psychiatric Clinics of North America* (2015; 38 (1): 45-57), внимание сосредоточено на различных проблемах, связанных с симптомами ПТСР, которые возникают при серьезной соматической патологии у лиц пожилого возраста.

В последней редакции DSM критерии ПТСР включают шесть компонентов (табл. 1) (APA, 2013). Кроме того, отмечено, что с риском развития ПТСР и симптомами этого расстройства ассоциируются многие состояния.

Медицинские вмешательства как фактор риска

Согласно данным различных исследований, риск развития ПТСР, ассоциированного с медицинскими интервенциями, с возрастом повышается (Boer et al., 2008; Man Cheung et al., 2009; Whitehead et al., 2006; Wilder Schaaf et al., 2013; French-Rosas et al., 2011).

Масштаб проблемы

ПТСР, вызванное медицинскими вмешательствами, отрицательно влияет на пациента, его семью и накладывает бремя на систему здравоохранения. Лица с ПТСР и сопутствующей депрессией тяжелее переносят расстройство, в частности, имеющиеся у них симптомы повышают уровень смертности (Chan et al., 2011; Edmondson et al., 2011). Члены семьи и медицинский персонал могут испытывать эмоциональную холодность, раздражительность, агрессию со стороны

Состояния, связанные с ПТСР вследствие медицинских вмешательств, и распространенность ПТСР

Заболевания, угрожающие жизни

Рак, 0-35% (Kangas et al., 2002)

Рассеянный склероз, 16-75% (Chalfant et al., 2004)

Медицинские состояния

Инфаркт миокарда, 5-42% (O'Reilly et al., 2004; Wilder Schaaf, 2013; Chung et al., 2008)

Инсульт, 8-9% (Sembi et al., 1998)

Делирий, 19-22% (Dimartini et al., 2007)

Падения, 17-35% (Man Cheung et al., 2009)

Хирургические вмешательства

Сердечно-сосудистые, 17-20%

(Parmigiani et al., 2013; Rothenhausler, Stepan, 2010)

Интраоперационные пробуждения, 2-71% (Bruchas et al., 2011; Mashour et al., 2009)

Медицинские условия

Отделения интенсивной помощи, 10-28% (Davydow et al., 2008)

Отделения длительного ухода, 9-22% (Carlson et al., 2008)

Факторы риска ПТСР, связанного с медицинскими вмешательствами

*Травмы или негативные стрессоры в анамнезе
Ранее существовавшее психическое расстройство
Высокая подверженность травмам (например, долгое пребывание в условиях отделения интенсивной помощи, длительное лечение рака)
Утрата нормального физического функционирования в результате соматического заболевания
Боль*

пациентов с ПТСР, а также психологический дистресс (So, La Guardia, 2011; Bunzel et al., 2008). Следует отметить, что больные пожилого возраста с ПТСР чаще обращаются в учреждения первичной помощи, но не всегда получают показанное им психиатрическое лечение (Van Zelst et al., 2006).

Диагностические стандарты и трудности Проблемы при исключении альтернативных диагнозов

Несмотря на то что тревога и депрессия могут часто сопутствовать серьезным соматическим заболеваниям, ПТСР можно с ними дифференцировать, особенно если пациент описывает пережитую травму (критерий А), навязчивые мысли, воспоминания и сновидения о случившемся (критерий Б). Избегание является основным компонентом ПТСР, особенно если пациент часто сталкивается с тем, что напоминает о травме (например, приходится продолжать возвращаться в медицинское учреждение, где был установлен диагноз или проводились медицинские процедуры), или если даже его внешний вид ежедневно напоминает об этом (например, отсутствие груди). Кроме того, клиницисты должны быть крайне бдительны в связи с тем, что иногда присутствуют симптомы ПТСР, которые не удовлетворяют критериям этого расстройства, но все-таки вызывают клинически значимый дистресс или ухудшение функционирования.

Сопутствующие состояния

Достаточно часто депрессия, биполярное расстройство и деменция могут сопутствовать ПТСР (Ginzburg, 2006; Sajatovic et al., 2006). Помимо этого, есть данные, что ПТСР повышает риск развития деменции (Qureshi et al., 2010; Kristine Yaffe et al., 2010). Хотя сложные медицинские вмешательства также иногда могут приводить к развитию ПТСР, пациенты пожилого возраста с данным расстройством часто имеют такие проблемы со здоровьем, как гастрит, стенокардия и артрит (Pietrzak et al., 2012). В дополнение, такие социальные перемены, как выход на пенсию и утрата близких могут ассоциироваться с усилением мыслей о ранее пережитых военных действиях (Davison et al., 2006).

Клинические данные

Источники

Беседа с пациентом и сведения, полученные от родственников и медицинского персонала, представляют собой ключевые источники данных о ПТСР. Пациенты

Таблица 1. Диагностические критерии для ПТСР

Критерии	Описание
(А) Перенесенное событие	Событие, которое было угрозой или причиной смерти, серьезной травмой или сексуальным насилием: <ul style="list-style-type: none"> • непосредственно пережитое травмирующее событие; • лично увиденное травмирующее событие, которое случилось с другими; • услышанное сообщение о травмирующем событии, произошедшем с близким членом семьи или другом; • неоднократно непосредственно пережитая или экстремальная экспозиция отвратительным подробностям травмирующего события
(Б) Повторяющиеся переживания	Спонтанные воспоминания о травмирующем событии, повторяющиеся болезненные сновидения, диссоциативные реакции, интенсивный и длительный психологический дистресс или психологическая реакция на напоминания
(В) Избегание	Избегание болезненных воспоминаний, мыслей, чувств или внешних напоминаний о событии
(Г) Отрицательные установки и настроение	Стойкие искаженные негативные убеждения о себе, других, мире или о причинах/последствиях травмирующего события, стойкое отрицательное эмоциональное состояние, снижение интереса, оторванность/отстраненность от других, стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции, вспомнить ключевые аспекты травмирующего события
(Д) Возбудимость	Раздражительность/гнев, рискованное или самодеструктивное поведение, повышенная бдительность, преувеличенная настороженность, проблемы с концентрацией внимания или сном
(Е) Продолжительность	Более одного месяца
(Ж) Ухудшение функционирования	Клинически значимый дистресс или ухудшение в социальной, профессиональной либо других важных сферах функционирования

в основном осознают наличие проблемы и часто не говорят другим о своих симптомах. Персонал зачастую распознает внешние проявления, которые проявляются в виде гнева и ажитации.

Осмотр

Клиническое интервью, сосредоточенное на симптомах ПТСР, является основой осмотра таких пациентов. Большинство вопросов должны касаться произошедшего и влияния соматического заболевания, поскольку часто симптомы ПТСР остаются не выявленными. Следует начать с простого расспроса о недавно перенесенных болезнях. Например: «Были ли вы недавно госпитализированы для проведения хирургического вмешательства на сердце? Как вы это переживали? Некоторым людям доставляют беспокойство плохие воспоминания или сновидения, связанные с операцией на сердце и выздоровлением после нее. Что вас беспокоило? Произошло ли что-то такое, о чем бы вы хотели поговорить? Есть ли у вас вопросы, касающиеся вашей операции и пребывания в больнице?».

Таблица 2. Оценочные шкалы

Шкала	Количество пунктов	Описание
Скрининг ПТСР в условиях первичной помощи (Prins et al., 2004)	4	Создана для скрининга ПТСР в условиях первичной помощи или других медицинских учреждений, содержит вводное предложение для оценки ответов респондента о травмирующих событиях
Перечень стрессоров, специальная версия (Weathers et al., 1993)	17	Оценивается тяжесть 17 симптомов ПТСР, связанных с пережитыми стрессовыми ситуациями
Пересмотренная шкала влияния событий (Weiss, Marmar, 1996)	22	Оценивается тяжесть дистресса, вызванного травмирующими событиями

Рекомендуемые оценочные шкалы

Для диагностики ПТСР могут использоваться многочисленные анкеты и методики. Приведенные в таблице 2 инструменты валидизированы для использования у пожилых и могут быть избраны индивидуально для конкретного пациента. Для шкалы «Перечень симптомов посттравматического стрессового расстройства» у лиц пожилого возраста рекомендуется снизить порог отсечения до 42 баллов (а не 50 баллов) (Thorpe et al., 2011; Cook et al., 2003).

Терапевтические вмешательства

Лечение ПТСР у пожилых пациентов, в частности вызванного медицинскими вмешательствами, к сожалению, имеет недостаточную доказательную базу. Несмотря на достигнутые результаты в разработке протоколов диагностики и терапии, подобный прогресс не касается пациентов пожилого возраста (Cook et al., 2005). Поэтому принятие клинических решений должно основываться на данных литературы у взрослых более молодого возраста, поддерживаемых клиническим опытом.

Многие ветераны пожилого возраста знакомы с практикой лечения боевого ПТСР в условиях лечебных учреждений. Во многих доступных исследованиях фармакотерапии изучали ПТСР, связанное с боевой или сексуальной травмой. Однако приобретенный опыт показал, что у пациентов пожилого возраста на фоне тяжелых соматических заболеваний могут вновь возникать симптомы ПТСР или рецидивировать симптомы ранее имевшегося расстройства, и применение одинаковых подходов к лечению может оказаться эффективным.

Психофармакологическое лечение

Целями фармакологического лечения должны быть отдельные основные симптомы ПТСР. Кроме того, следует учитывать сопутствующие заболевания, пользу и риск применения медикаментов. Поскольку пациент ощущает угрозу, сильный страх является триггером обычной реакции «борьба или бегство» наряду с симптомами ночных кошмаров, бессонницей, подавленного и тревожного настроения и повышенной возбудимостью, которые, как предполагается, возникают в миндалевом головном мозге. Психофармакотерапия при ПТСР сосредоточена на восстановлении баланса до естественного торможения реакций мозга. К настоящему времени FDA одобрила только два медикамента для лечения ПТСР – селективные ингибиторы обратного захвата

серотонина (СИОЗС) пароксетин и сертралин. На сегодняшний день продолжают исследования с целью определить, являются ли эти медикаменты лучшим доступным выбором для терапии симптомов ПТСР. Однако прежде всего следует обсудить применение препаратов группы бензодиазепинов, которые широко назначаются при ПТСР в условиях медицинских учреждений.

Бензодиазепины

Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) является тормозным нейротрансмиттером, и, активируемая бензодиазепинами, уменьшает возбуждение нейронов и ослабляет тревогу. Многие клиницисты незамедлительно прописывают эти препараты, не опасаясь за их побочные действия. Следует отметить, что бензодиазепины могут быть эффективными при лечении симптомов тревожных расстройств, включая ПТСР, и обычно они безопасно используются. Однако в группе геронтологических пациентов существует множество причин, почему их применение строго регулируется. Даже бензодиазепины с коротким периодом полувыведения (например, алпразолам и лоразепам) должны осторожно применяться у пожилых по причине увеличения периода полувыведения, обусловленного замедлением печеночного метаболизма и уменьшением почечного клиренса (Salzman, 2005).

Помимо этого, такие сопутствующие соматические заболевания, как рак, болезни печени, почек, деменция и сердечно-сосудистые патологии повышают риск побочных эффектов, среди которых нарушения походки, падения, спутанность сознания, психомоторная заторможенность и намеренное или неосознанное чрезмерное употребление препаратов. Кроме того, может возрастать вероятность возникновения автомобильных аварий и других несчастных случаев. Риски зависимости, толерантности, делирия и симптомов отмены также должны быть учтены. Таким образом, учитывая вышесказанное, бензодиазепины не следует рассматривать как препараты первого выбора для лечения ПТСР, а применять в качестве средств резерва.

Фармакологическая коррекция симптомов ПТСР

Сон

Пациенты часто сообщают, что бессонница является наиболее болезненным симптомом ПТСР. Более того, недостаточный сон может обострять другие симптомы расстройства. По этой причине лечение бессонницы считается одной из первоочередных задач клинициста (Vajro et al., 2011). Нарушения сна при ПТСР предположительно

Таблица 3. Медикаменты для лечения ПТСР

Медикамент	Мишень	Побочные действия	Комментарии
Первая линия лечения			
Празозин в дозе 1-6 мг перорально перед сном; титровать по 1 мг еженедельно до достижения эффекта или появления побочных действий	Повышенная возбудимость, ночные кошмары, фрагментированный сон	Ортостатическая гипотензия, головокружение, головная боль, брадикардия, приапизм, если принимается с тразодоном	Могут потребоваться малые дозы (1-3 мг), титровать с осторожностью. Следует рассмотреть замену антигипертензивных средств на празозин. Необходим мониторинг АД или падений
Тразодон в дозе 12,5-100 мг перорально перед сном; титровать по 12,5-25 мг еженедельно		Такие как у празозина, а также седация	Воздействует на рецепторы серотонина и гистамина, блокирует α -адренергические рецепторы. Следует избегать агрессивных доз
СИОЗС в порядке выбора			
Эсциталопрам в дозе 5-10 мг перорально ежедневно	Повышенная возбудимость, повторяющиеся воспоминания, подавленное настроение, нарушения сна	Сексуальные побочные эффекты, снижение концентрации натрия (редко); обычно хорошо переносится (редко вызывает желудочно-кишечные симптомы)	Наиболее эффективный СИОЗС, активный энантиомер циталопрама. Риск пролонгации QT ниже при приеме дозы 5-10 мг/сут по сравнению с эквивалентной дозой циталопрама (20-40 мг). Обычно хорошо переносится
Сертралин в дозе 12,5-100 мг перорально ежедневно; титровать по 12,5 мг еженедельно		Диарея/тошнота, седация, сексуальные побочные эффекты, гипонатриемия (редко)	Более эффективен у женщин. Если желудочно-кишечные симптомы не проходят, следует рассмотреть замену медикамента. Если на протяжении дня возникает седация, необходимо рассмотреть переход к приему препарата перед сном
Флуоксетин в дозе 5-40 мг перорально ежедневно; титровать по 5 мг раз в две недели		Диарея/тошнота, ухудшение сна, потенцирует действие антикоагулянтов	Многие лекарственные взаимодействия обусловлены системой энзимов CYP450. Продолжительный период полувыведения. Обычно неэффективен у пожилых пациентов с ПТСР
ИОЗСН как следующая линия лечения в порядке выбора			
Венлафаксин SA в дозе 37,5-150 мг перорально ежедневно; титровать по 37,5 мг каждые 7-14 дней до достижения эффекта	Подавленное настроение, избегание, не приносит пользы при бессоннице и повышенной возбудимости	Может усиливать повышенную возбудимость по причине адренергической активации, гипертензия, мониторинг функций печени	Имеет смысл рассмотреть вторую линию лечения, если прием СИОЗС был безуспешным. Форма SA обычно лучше переносится. При синдроме рикошета необходимо постепенно снижать дозу, если препарат неэффективен
Миртазапин в дозе 7,5-30 мг перед сном; титровать по 7,5 мг еженедельно	Повышенная возбудимость, тревога, подавленное настроение, трудности с засыпанием	Ортостатическая гипотензия, головокружение, увеличение массы тела, лейкопения (редко)	Хороший выбор для пациентов с кахексией, если они способны принять наличие риска гипотензии
Бупропион SR в дозе 100-300 мг перорально ежедневно; начинать со 100 мг/сут на протяжении 7 дней, увеличить до 100 мг два раза в день	Усталость, подавленное настроение, избегание	Может усиливать повышенную возбудимость, ухудшать сон	Может использоваться с тразодоном или празозином. Нет сексуальных побочных эффектов, что может быть преимуществом для некоторых пациентов. Необходимо больше исследований при ПТСР

Примечания: ИОЗСН – ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина; SA – поддерживаемое действие; SR – поддерживаемое высвобождение; CYP450 – цитохром P450.

связаны с повышенной возбудимостью и усилением адренергической активности, которая ведет к развитию таких симптомов, как ночные кошмары, трудности с засыпанием и частые пробуждения. Уменьшить ночные кошмары и улучшить качество сна можно попробовать с помощью двух медикаментов – празозина и тразодона (Stahl, 2009).

В популяции пациентов пожилого возраста празозин (антагонист α_1 -адренергических рецепторов, проникающий через гематоэнцефалический барьер) является достаточно эффективным, но может вызывать ортостатическую гипотензию, головокружение и приапизм. Именно поэтому важен тщательный мониторинг больных. Риски могут быть минимизированы путем назначения препарата в начальных низких дозах и медленной титрации. Тразодон в минимальных дозах (воздействует на 5HT_{2A}-, α_1 - и H₁-рецепторы) является альтернативой празозину

и может сокращать период наступления сна. Однако по причине влияния на α_1 -рецепторы прием препарата может ассоциироваться с ортостатической гипотензией и приапизмом, особенно в комбинации с празозином, поэтому пациенты должны находиться под пристальным контролем врача. Другие медикаменты, используемые при нарушениях сна, включают трициклические антидепрессанты или атипичные антипсихотики с седативным действием (кветиапин). Однако необходимо индивидуально рассматривать риски и пользу при назначении этих лекарственных средств пациентам пожилого возраста.

Симптомы повышенной возбудимости, избегания и повторные переживания

Если празозин и/или тразодон неэффективны для лечения всех симптомов ПТСР, необходимо рассмотреть

возможность использования СИОЗС. Целесообразно отметить, что выбор антидепрессанта является критически важным. Пациенты пожилого возраста часто не придерживаются приема медикаментов по ряду причин, включая побочные действия, стоимость, страх зависимости и недостаточное понимание важности приема (Vik et al., 2004). Клинический ответ улучшает прием, поэтому с пациентами необходимо обсуждать пользу и риски при применении препаратов, учитывая противоречивые убеждения и предубеждения больных. Благодаря открытой коммуникации о нежелательных эффектах антидепрессантов, можно улучшить знания пациента о медикаменте в целом, ожидания от терапии и соблюдение приема.

Психотические симптомы

Некоторые гериатрические пациенты испытывают психотические симптомы, связанные с ПТСР. Согласно имеющимся данным, такое, вероятно, встречается в случаях, когда ПТСР сопутствует деменция, которая может выявить скрытое на протяжении предыдущих десятилетий ПТСР. Кветиапин, рисперидон и арипипразол в низких дозах могут быть эффективными для ослабления проявившихся психотических симптомов. Польза этих медикаментов должна быть взвешена с рисками таких побочных эффектов, как увеличение массы тела, метаболический синдром и сердечно-сосудистые осложнения.

Следует отметить, что лечение важно начинать с малых доз препаратов, медленно продолжая титрацию до достижения терапевтической дозы, что обычно способствует лучшей переносимости. Однако важно то, что чрезмерная осторожность иногда приводит к невозможности достичь терапевтической дозы медикамента и ограничивает пользу лечения. Также пациент нередко теряет уверенность в успешности терапии, что в конечном итоге подталкивает его к несоблюдению приема. Так, информированность больного о том, что симптомы могут рецидивировать на протяжении шести недель, последовательность в приеме и контакт с клиницистом важны для достижения лучших результатов. Если первый медикамент обеспечил лишь частичный ответ, рекомендуется рассмотреть увеличение дозы, добавление второго или переход к другому препарату (табл. 3).

Нефармакологическое лечение

Жизненный контекст

Работа с пожилыми ветеранами, страдающими ПТСР, показывает, что в этом возрасте симптомы часто рецидивируют. Кроме того, принятие решения пациентом рассказать о военной травме ограничивается тем, что она произошла 40-60 лет назад и сопутствовала человеку всю последующую жизнь. Поэтому в настоящее время он уязвим для множества факторов, таких как хронические заболевания и снижение когнитивных функций. В исследовании J. Моуе и S.J. Rouse пожилых ветеранов, перенесших рак, наблюдались различия в подходах к лечению симптомов ПТСР, возникающих после катастрофических медицинских событий и военной или сексуальной травмы. Было выявлено, что ветераны в возрасте 55-65 лет, вероятно, чаще испытывают ПТСР, связанный

с постановкой диагноза и лечением рака, чем таковые более пожилого возраста. Помимо этого, наличие симптомов боевого ПТСР повышает риск расстройства, ассоциированного с раком (Моуе et al., 2011). В дополнение, у ветеранов в возрасте 75-85 лет реже развивается ПТСР в связи с медицинскими вмешательствами, что может быть обусловлено приобретенной устойчивостью перед другими проблемами, относящимися к здоровью в пожилом возрасте. Такие контекстуальные факторы влияют на выбор подхода к лечению симптомов ПТСР, возникающих вследствие серьезных соматических заболеваний, в данной группе пациентов.

Роль рассказа о травме

Психофармакологическое лечение и психотерапия могут быть использованы для определенных целевых групп симптомов ПТСР, в частности повторяющихся переживаний, отсутствия эмоций и повышенной возбудимости. Часто отправной точкой для таких психотерапевтических подходов, как экспозиционная терапия и когнитивная терапия, является рассказ пациента о травме, что позволяет ему «прийти в себя». Так, повествование о травме может повлиять на следующие моменты. Во-первых, поскольку процессы памяти во время травмирующего события нарушены, рассказ позволяет больному реконструировать набор фрагментарных воспоминаний в последовательную историю, имеющую смысл. Во-вторых, это десенсибилизирует психологические и физиологические реакции на воспоминания, поскольку проясняется реакция страха на условные стимулы, и пациент тратит меньше энергии на уклонение от трудностей, сопровождающие процесс избегания. Кроме того, процесс рассказа больного позволяет другому человеку преодолеть тяжелую изоляцию, которая часто сопутствует травмирующим переживаниям. В отличие от рассказа о боевой травме, при травме, которая является медицинской по своей природе, фрагментация обычно меньшая, чем при боевой или сексуальной, а трудности и изоляция – большие.

Уменьшение изоляции

Терапевтический процесс прояснения и рассказа о стрессовом и травмирующем медицинском опыте представляется полезным для смягчения пронизывающих воспоминаний и сновидений, а также симптомов бесчувственности при ПТСР, в частности отстраненности от других. Необходимо отметить, что медперсонал может привыкать, а иногда быть нечувствительным к реакциям пациентов на повторное выполнение процедур, которые из-за признательности за лечение неохотно высказывают жалобы. По этой причине больные могут ощущать себя одинокими. Например, некоторые ветераны сообщали о своих впечатлениях по поводу лечения урологического рака такими процедурами, как облучение простаты и контрольная цистоскопия. Переживания были сопряжены с моментами глубокого замешательства, страха или боли. При этом они были более тяжелыми у переживших боевую или сексуальную травму (Hilgeman et al., 2012). Очень важно стимулировать ветеранов к способности поделиться своим опытом лечения расстройства.

В данном случае групповые встречи значительно уменьшают изоляцию и позволяют наладить отношения с другими ветеранами помимо группы.

Ведение симптомов повышенной возбудимости

Купировать симптомы повышенной возбудимости при ПТСР можно с помощью индивидуальной или групповой психотерапии. Например, многие пациенты, перенесшие лечение по поводу рака, проявляют тревогу и возбуждение перед прохождением контрольных обследований. Как отмечалось ранее, такие переживания более тяжелые у тех, кто перенес боевую травму. Следовательно, как индивидуальная, так и групповая психотерапия полезны при обсуждении с больным предстоящих медицинских назначений и процедур, чтобы убедить его не избегать их, а развить стратегии нормализации и управления возникающим чувством тревоги.

Ведение пациентов с беспокойством

Существует ряд различий в психотерапевтическом лечении симптомов ПТСР, возникших в условиях боевых действий и при угрожающих медицинских состояниях. Терапия симптомов боевого ПТСР сосредоточена на пережитой боевой травме и том, как она повлияла на жизнь пациента. Необходимо подчеркнуть, что лечение симптомов медицинского ПТСР может быть в меньшей степени ретроспективным, включающим менее реконструктивный рассказ, но проспективным, рассматривающим ведение заболевания в будущем. Например, во многих случаях основным психологическим компонентом является страх рецидива (Moore et al., 2014). В исследовании J. Moore и S.J. Rouse было выявлено, что пациенты, перенесшие рак, переживают значимо большее беспокойство и тревогу за бремя заболевания для семьи (например: «Кто позаботится о моей семье, если я умру?»), а также о продолжительных побочных последствиях лечения (например: «Когда я стану чувствовать себя лучше?») и задают экзистенциальные вопросы (например: «Правильно ли, что я потратил столько времени?»). Поэтому психотерапевтическое лечение ПТСР, связанного с онкологическими заболеваниями, включает стратегии ведения пациентов с беспокойством, например с помощью техник осознания или принятия.

Важным компонентом лечения ПТСР у пожилых ветеранов является работа с сильными сторонами личности, например устойчивостью, развившейся после травм в прошлом. Так, согласно данным Bluvstein et al. (2013), восприятие пациентом позитивных убеждений может опосредовать взаимосвязь между симптомами ПТСР и положительными результатами для психического здоровья операции на сердце.

Роль ранних интервенций

ПТСР, развившееся в результате медицинской травмы, случается в условиях системы здравоохранения, что обеспечивает возможность проведения медицинскими работниками ранних интервенций. Несмотря на то что ранний психотерапевтический анализ травмы не рекомендуется, подходы, используемые в настоящее время, подразумевают комбинирование ранних вмешательств

в условиях стационара, поддерживаемых фармакотерапией и психотерапией через несколько недель после выписки (Rose et al., 2002). Это так называемое совместное поэтапное оказание помощи, ограничивающееся симптомами ПТСР (Zatzick et al., 2004). Хотя эффективностью данного подхода у взрослых пожилого возраста еще не изучалась, подобные стратегии с применением ранних интервенций, включающих медикаменты или психотерапию в острой стадии травмы, считаются многообещающими (Schelling et al., 2006; Rothbaum et al., 2008; Kearns et al., 2011). Также одной из частых проблем для лиц пожилого возраста являются падения. С ними может быть связано развитие в последующем симптомов ПТСР и страха падений (Man Cheung et al., 2009). Поэтому скрининг и ранние вмешательства в условиях отделений неотложной помощи или больницы потенциально могут сократить чрезмерную болезненность, обусловленную ограничением активности, хотя эти результаты нуждаются в изучении.

Изучение потребностей с целью улучшения системы здравоохранения

Несмотря на то что в литературе очень много сообщений о ПТСР, связанном с серьезными медицинскими диагнозами и терапией, а заслуживающие внимания данные касаются лечения ПТСР вследствие боевой или сексуальной травмы, теоретических исследований было проведено недостаточно. Кроме того, мало изучены результаты лечения ПТСР в целом и ПТСР, ассоциированного с медицинскими вмешательствами у пациентов пожилого возраста. Следовательно, необходимо провести рандомизированные испытания, посвященные как фармакологическим, так и психотерапевтическим подходам для редукции симптомов ПТСР. Это должны быть качественные исследования, систематически описывающие развитие симптомов ПТСР после несчастных случаев, аварий и медицинских вмешательств в пожилом возрасте. Более того, важно изучить роль команды медицинских работников в распознавании, ранних интервенциях и ситуациях, когда медицинские вмешательства и оказание помощи могут травмировать пациентов, а также превентивных мероприятий.

Выводы

Большинство пациентов пожилого возраста адаптируются вскоре после постановки катастрофического диагноза или лечения, но у многих могут развиваться симптомы ПТСР. Однако ПТСР, связанное с медицинскими интервенциями, часто не выявляется, а специалисты могут не осознавать, что серьезные проблемы со здоровьем могут привести к возникновению симптомов ПТСР. К сожалению, эта проблема на сегодняшний день изучена недостаточно, но существующие медикаментозные и немедикаментозные подходы к лечению ПТСР могут быть экстраполированы из литературы, касающейся терапии взрослых более молодого возраста. Таким образом, необходимо проведение дальнейших исследований, посвященных ПТСР в пожилом возрасте.

Подготовил Станислав Костюченко