

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ



Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2014 г.

Регистрационный № 133-1114

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ И СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С
ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Учреждение «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»,
Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

О.А. Котова, к.м.н., доцент И.А. Байкова, к.м.н., О.А. Теслова,
И.И. Гулевич

Гомель, 2014

Настоящая инструкция по применению (далее – инструкция) разработана с целью диагностики и мониторинга эмоциональных нарушений у пациентов со спинальной травмой (далее – СТ) и улучшения медико-психологической адаптации к травме.

Инструкция предназначена для:

врачей-психотерапевтов;

врачей-реабилитологов, врачей-неврологов, врачей-нейрохирургов, врачей-терапевтов стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих с пациентами с последствиями спинальной травмы в части первичного скрининга тревожно-депрессивных расстройств у данной категории пациентов.

Область применения: психотерапия, неврология, нейрохирургия, терапия, медицинская реабилитация.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ И МАТЕРИАЛОВ

Набор психодиагностических методик:

1. Шкала Монтгомери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) для оценки депрессии;
2. Тест тревожности Тейлора – для измерения уровня тревожности;
3. Шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS) – для прогнозирования суицида;
4. Симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Chek List-90-Revised) для оценки выраженности психопатологической симптоматики.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Выявление тревожно-депрессивных психических расстройств у пациентов с последствиями СТ.
2. Оценка ощущения безнадежности и степени суицидального риска лиц с последствиями СТ.
3. Коррекция психопатологических состояний тревожно-депрессивного спектра у пациентов с нарушениями функций спинного мозга.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

1. Грубые нарушения интеллекта, внимания, памяти.
2. Психотические расстройства, зависимость от психоактивных веществ.

3. Резко отрицательная установка пациента к психодиагностике.
 4. Низкая мотивация к психотерапии.
 5. Сопутствующие соматические заболевания в фазе обострения.
- Противопоказания пунктов 3-5 являются относительными.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Процедура проведения психодиагностики эмоциональных нарушений у пациентов с последствиями СТ, состоит из следующих этапов.

I этап: Оценка степени тяжести последствий СТ (проводит врач-реабилитолог, врач-невролог, врач-нейрохирург, врач-терапевт стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, работающих с пациентами с последствиями СТ)

I этап психодиагностики показан всем пациентам с последствиями СТ.

1.1 Уточнение жалоб: оценка степени функциональных осложнений в зависимости от уровня и полноты поражения спинного мозга (тетраплегия, верхняя либо нижняя параплегия, нарушение функций тазовых органов). Наличие таких осложнений как нейропатические и/или спастические боли, трофические нарушения (пролежни), деформации опорно-двигательного аппарата и наличие контрактур.

1.2 Уточнение анамнестических данных: способ получения СТ, наличие/отсутствие алкогольного/наркотического опьянения на момент травмы, семейное положение до/после травмы, образование, пограничные психические расстройства в анамнезе, органические поражения головного мозга, сопутствующая соматическая патология.

1.3 Оценка факторов риска развития расстройств депрессивного спектра, после полученной травмы. Многочисленные неясные телесные жалобы, которые не удается дать конкретное соматическое объяснение, особенности внешнего вида пациента (грустное выражение лица, избегание взгляда в глаза собеседника, безразличие к будущему). Резкое ухудшение финансового и социального положения, потеря профессиональных навыков, развод, изоляция и одиночество, возможные изменения сексуальной роли. Пограничные психические расстройства в анамнезе, злоупотребление алкоголем и/или другими психоактивными веществами, суицидальные попытки, семейный анамнез. Используется скрининговый опросник депрессии для заполнения пациентами

(приложение 1). Получение трех и более утвердительных ответов позволяет с достаточной уверенностью говорить о наличии у пациента депрессии и свидетельствует о необходимости консультации врача-психотерапевта для проведения дальнейшей диагностики (приложение 2).

II этап: Консультация врача-психотерапевта

2.1 Психотерапевтическое интервью: осознание пациентом своих эмоциональных переживаний: ощущения подавленности, растерянности, чувства тревоги за будущее, ощущения бессилия перед лицом болезни, возможная потеря смысла жизни и планы на будущее, наличие тяги к алкоголю.

2.2 Определение уровня тревоги.

2.3 Определение уровня депрессии.

Для выявления тревожно-депрессивных расстройств используются шкалы тревоги Тейлора и депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS). Шкала Тейлора заполняется пациентом самостоятельно либо совместно с врачом-психотерапевтом, опросник депрессии MADRS заполняется врачом-психотерапевтом, психологом, работающим в здравоохранении.

Пациентам с функциональными нарушениями позвоночника, не имеющим значимого повышения уровня тревоги (шкала Тейлора ≤ 23) и депрессии (MADRS ≤ 14) и отсутствием четких суицидальных мыслей с целью предупреждения развития психических расстройств рекомендуется проводить рациональную когнитивную психотерапию. Задачей когнитивной психотерапии является правильная, доступная пониманию пациента трактовка характера, причин возникновения его состояния, причин обострений, возможной профилактики, способах и длительности лечения, что позволяет сформировать адекватное отношение к последствиям травмы.

2.4 При наличии у пациентов с последствиями СТ значимого повышения уровня тревоги (шкала Тейлора > 23), депрессии (MADRS > 14), суицидальных мыслей, необходимо проведение дальнейшего тестирования.

III этап: Проведение психодиагностики врачом-психотерапевтом

3.1 Определение психопатологической симптоматики пациента.

3.2 Оценка суицидального риска.

Для определения психопатологических особенностей используется шкала SCL-90-R, для определения суицидального риска – шкала

безднадежности Бека (BHS).

3.3 При выявлении у пациентов с последствиями СТ суицидальных мыслей менее одного балла по шкале безднадежности Бека ($BHS < 1$), уровня соматизации $SOM < 0,3333$ рекомендована краткосрочная комбинированная психотерапия. Проводится врачом-психотерапевтом и направлена на оптимально быстрое восстановление социального функционирования, поиск адаптивных способов совладания со стрессом, решение конкретных проблем, предъявляемых пациентом. Наиболее частыми мишенями терапии являются: переживание факта и механизма травмы, психологические реакции на утрату физических функций, возможное изменение семейного положения и социального статуса, желание уменьшения таких симптомов как нейропатические боли, боли в области позвоночника, и желание «быстрее начать ходить». Используется когнитивно-поведенческая терапия, десенсибилизация и переработка травмы с помощью движений глаз (ДПДГ), релаксационные техники, проводится врачом-психотерапевтом.

3.4 При результатах по шкале безднадежности Бека $BHS \geq 1$, уровня соматизации $SOM \geq 0,3333$ рекомендуется долгосрочная личностно-ориентированная психотерапия. Целью терапии являются: адаптация к новому статусу в обществе, поиск новых смыслов жизни с учетом уже имеющихся ограничений, проработка межличностных отношений с близкими, медицинским персоналом, проработка чувств стыда, вины и ощущения надежды-безднадежности, личностных особенностей пациентов. Используются когнитивная психотерапия, аналитический, экзистенциальный и гештальт-подходы. Возможна групповая работа с целью получения обратной связи от группы. Проводится врачом-психотерапевтом.

Алгоритм психодиагностики и путей коррекции тревожно-депрессивных расстройств и суицидального риска у пациентов, перенесших спинномозговую травму, представлен в приложении 2 к настоящей инструкции.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОШИБОК ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Отказ пациента от консультации врача-психотерапевта указывает на недостаточный терапевтический альянс между врачом и пациентом, либо низкую мотивацию пациента на психотерапию и медицинскую

реабилитацию в целом. Индивидуальный подход и доверительная беседа с пациентом определит дальнейшую тактику ведения.

Приложение 1

СКРИНИНГОВЫЙ ОПРОСНИК ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

для заполнения пациентами

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Инструкция: Отметьте, пожалуйста, наличие (ответ «Да») или отсутствие (ответ «Нет»), указанных симптомов в течение последних 2-х недель

Обнаруживаете ли Вы у себя:

№		Да	Нет
1	Потеря энергии, усталость, бессилие		
2	Потеря интереса к жизни		
3	Отсутствие чувства уверенности в себе		
4	Чувство безнадежности		

Если у Вас есть хотя бы один положительный ответ, ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы

Обнаруживаете ли Вы у себя:

№		Да	Нет
1	Неспособность к концентрации внимания		
2	Потерю веса вследствие плохого аппетита		
3	Ранние утренние пробуждения		
4	Заторможенность		
5	Более тяжелое состояние по утрам		

**АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И
СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ СПИНАЛЬНОЙ
ТРАВМЫ**

