

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, В. О. Курило, С. Н. Саржевський

ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ

Навчальний посібник

2014

ББК 56.14+54.58

УДК 616.891.6-092:616-001

П 63

«Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти» (протокол № 3 від 16.10.2012 р. засідання Комісії з медицини науково-методичної ради з питань освіти МОНмолодьспорту України)

Рецензенти:

Кришталь Є.В., завідувач кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України,
доктор медичних наук, професор

Підкоритов В.С., завідувач відділом клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
доктор медичних наук, професор

Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н.

Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перероблене та доповнене. – Х. : ХМАПО, 2014. – 223 с.

У навчальному посібнику відображено сучасний стан проблеми посттравматичних стресових розладів. Показано їх клінічні ознаки, принципи діагностики, розвитку і перебігу, етіопатогенетичні механізми, принципи терапії і реабілітації хворих на посттравматичні стресові розлади.

Навчальний посібник призначений для лікарів-психіатрів, психотерапевтів, наркологів, неврологів, лікарів-психологів / практичних психологів, лікарів медико-соціальних експертних комісій, соціальних працівників, соціальних педагогів, реабілітологів, фахівців у сфері організації охорони здоров'я, соціальної медицини, медицини катастроф.

Автори:

Михайлов Борис Володимирович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, головний психотерапевт МОЗ України.

Чугунов Вадим Віталійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Курило Віталій Олексійович – доктор медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Саржевський Сергій Никодимович – кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Заседа Юрій Ігоревич – кандидат медичних наук, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Андрух Павло Георгійович – доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Васякіна Лілія Олександрівна – доктор медичних наук, лікар-психотерапевт, завідувача терапевтичним відділенням №3 КЛПУ «Обласна клінічна лікарня професійних захворювань» (м. Донецьк).

Федак Богдан Степанович – кандидат медичних наук, головний лікар КЗОЗ «Харківська обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф».

Заседа Юрій Ігоревич – кандидат медичних наук, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Бурмака Надія Петрівна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Андрух Георгій Павлович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Григорович Ганна Олександрівна – кандидат медичних наук, лікар Харківського міського психоневрологічного диспансеру № 3.

Михайлов Володимир Борисович – кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету МОЗ України.

Підлубний Віталій Леонідович – кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Максименко Наталія Олександрівна – кандидат медичних наук, завідувача відділенням пограничних станів КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради.

Шарко Оксана Миколаївна – кандидат медичних наук, лікар-анестезіолог відділення інтенсивної терапії та гіпербаричної оксигенації Комунальної лікувально-профілактичної установи «Обласна клінічна лікарня професійних захворювань» (м. Донецьк).

Добростомат Ул'яна Миколаївна – кандидат медичних наук, лікар-психіатр КУОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги імені професора О.І. Мещанінова».

Іщук Вадим Васильович – кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу клінічної ендокринології Українського ННЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України.

Ткаченко Ольга Віталіївна – кандидат медичних наук, асистент кафедри терапії, клінічної фармакології та ендокринології ДУ «Запорізька медична академія післядипломної освіти» МОЗ України.

Столяренко Андрій Миколайович – асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Данілевська Наталя Володимирівна – асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Лісконог Ганна Геннадіївна – пошукувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Герцен Дмитро Володимирович – головний лікар КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер».

Сафонов Дмитро Миколайович – завідувач гострим психіатричним відділенням № 14 КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради.

Гетманчук Євген Іванович – пошукувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Пирогов Ігор Феліксович – пошукувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Кірсєва Олена Миколаївна – пошукувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Григорян Артур Зоренович – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Сінча Катерина Анатоліївна – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Мосейко Олексій Валентинович – аспірант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

Безсмертний Олександр Володимирович – медичний психолог кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Городокін Антон Дмитрович – магістрант кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України.

ЗМІСТ

Питання базового контролю знань.....	6
Вступ.....	8
1. Дефініція і клінічні ознаки посттравматичних стресових розладів (спільно із Н. О. Максименко).....	12
2. Формування клінічних уявлень про посттравматичні стресові розлади (спільно із А. М. Столяренком).....	13
3. Історичні передумови вчення про посттравматичні стресові розлади (спільно із А. Д. Городокіним).....	16
4. Етіологія посттравматичних стресових розладів (спільно із П. Г. Андрухом).....	19
5. Патогенетичні механізми розвитку посттравматичних стресових розладів (спільно із В. Л. Подлубним).....	22
6. Провокуючі чинники (спільно із О. В. Мосейком).....	29
7. Поширеність посттравматичних стресових розладів (спільно із Б. С. Федаком).....	30
8. Класифікація катастроф і надзвичайних ситуацій (спільно із В. В. Іщуком).....	32
9. Частота і масштаби катастроф (спільно із Г. Г. Лісконог).....	38
10. Клініка посттравматичних стресових розладів (спільно із Л. О. Васякіною).....	40
10.1. Коморбідність посттравматичних стресових розладів (спільно із Д. М. Сафоновим, О. В. Ткаченко).....	44
10.2. Особливості клініки посттравматичних стресових розладів у жінок (спільно із У. М. Добростомат).....	45
10.3. Особливості клініки та реабілітації осіб із посттравматичними стресовими розладами, що працюють в екстремальних умовах (спільно із О. М. Шарко).....	50
11. Критерії діагностики посттравматичних стресових розладів (спільно із І. Ф. Піроговим).....	76
12. Експериментально-психологічні методики ідентифікації посттравмати- чних стресових розладів (спільно із Н. П. Бурмакою, О. В. Безсмертним).....	78
13. Диференційна діагностика посттравматичних стресових розладів (спільно із Н. В. Данилевською).....	84
14. Терапія і реабілітація хворих із посттравматичними стресовими розла- дами (спільно із Ю. І. Заседою).....	86
14.1. Медикаментозна терапія (спільно із А. З. Григоряном, Д. В. Герценом).....	88
14.2. Принципи психотерапії хворих з посттравматичними стресовими розладами (спільно із Є. І. Гетманчуком).....	94
14.3. Методи психотерапії (спільно із Г. П. Андрухом, Ю. І. Заседою, Н. П. Бурмакою).....	101
14.4. Методики когнітивно-бихевіоральної психотерапії (спільно із О. В. Безсмертним, О. М. Кіреєвою).....	149

14.5. Психотерапевтичне потенціювання методів діагностики і медикаментозної терапії (спільно із К. А. Сінчой).....	151
14.6 Дистанційні методи психотерапії з використанням телекомунікаційних технологій в умовах масових подій катастрофічного рівня.....	160
15. Принципи організації медичної і медико-психологічної допомоги хворим із посттравматичними стресовими розладами (спільно із В. Б. Михайловим)	152
15.1. Характер і об'єм лікувально-діагностичної просвітницької роботи на етапах надання медичної допомоги.....	153
15.2. Структурно-організаційні форми психотерапевтичної мережі для надання спеціалізованої допомоги.....	159
16. Клінічний зміст та алгоритм надання екстреної медико-психологічної допомоги при надзвичайних ситуаціях.....	160
17. Програма медико-психологічної реабілітації для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру і рятувальників (спільно із Г. О. Григорович).....	160
Висновки.....	170
Додаток 1. Диференційно-діагностичні критерії психічних розладів психогенного походження.....	171
Додаток 2. Варіанти психотерапії в залежності від особливостей й методології, які використовуються у медико-психологічній реабілітації.....	179
Додаток 3. Примірний розподіл медико-психологічних реабілітаційних заходів на день перебування на основному етапі.....	182
Додаток 4. Допоміжні методи терапевтичних втручань.....	183
Додаток 5. Нормативно-правова база медико-психологічної реабілітації.....	186
Додаток 6. Тимчасові штатні нормативи персоналу.....	203
Контрольні питання.....	208
Література.....	213

ПИТАННЯ БАЗОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

1. Причини психогенно обумовлених розладів.
2. Характеристика патоморфозу клінічної структури неврозів.
3. Особливості надзвичайних ситуацій у світовому масштабі.
4. Клінічні ознаки посттравматичного стресового розладу.
5. Основні психопатологічні феномени посттравматичного стресового розладу.
6. Нав'язливі спогади: феноменологія, структура.
7. Історичний контекст терміну «бойові неврози».
8. Контингенти ризику виникнення посттравматичного стресового розладу.
9. Сутність етіологічних чинників посттравматичного стресового розладу.
10. Характеристика преморбідних особистісних особливостей хворих із посттравматичним стресовим розладом.
11. Патогенетичні механізми розвитку посттравматичного стресового розладу.
12. Теорії розвитку посттравматичного стресового розладу.
13. Сутність психодинамічної теорії розвитку посттравматичного стресового розладу.
14. Нейродинамічна теорія розвитку посттравматичного стресового розладу.
15. Характеристика постраждалих контингентів із посттравматичними стресовими розладами.
16. Підходи до класифікації катастроф і надзвичайних ситуацій.
17. Типи надзвичайних ситуацій.
18. Особливості клініки і реабілітації постраждалих шахтарів із посттравматичними стресовими розладами.
19. Особливості клініки і реабілітації постраждалих військовослужбовців із посттравматичними стресовими розладами.
20. Базові методи психотерапії постраждалих із посттравматичними стресовими розладами.

21. Значення чинників соціальної підтримки хворих на посттравматичні стресові розлади.
22. Особливості сімейної психотерапії пацієнтів із посттравматичними стресовими розладами.
23. Особливості диференційної діагностики посттравматичного стресового розладу.
24. Експериментально-психологічні методики ідентифікації та верифікації посттравматичного стресового розладу.
25. Базові етапи медичної допомоги та принципи терапевтичних тактик щодо хворих із посттравматичним стресовим розладом.
26. Стратегії реабілітації контингентів із посттравматичним стресовим розладом.
27. Особливості побудови системи психотерапії хворих із посттравматичним стресовим розладом.
28. Психологічні та клініко-психофеноменологічні механізми навіювання.
29. Аутотренінгові методи у терапії хворих із посттравматичним стресовим розладом.
30. Сутність методики гіпно-сугестивної терапії та форми її проведення у хворих із посттравматичним стресовим розладом.
31. Особливості методики когнітивно-біхевіоральної психотерапії у хворих із посттравматичним стресовим розладом.
32. Особливості психотерапевтичного потенціювання методів діагностики і медикаментозної терапії посттравматичного стресового розладу.
33. Регламентовані принципи організації медико-психологічної допомоги хворим із посттравматичним стресовим розладом.
34. Характер лікувально-діагностичної і просвітницької роботи на етапах надання медичної допомоги хворим із посттравматичними стресовими розладами.
35. Психопрофілактика виникнення посттравматичного стресового розладу.

36. Сутність медико-психологічної реабілітації для постраждалого населення, рятувальників, а також інших осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт при аваріях і надзвичайних ситуаціях.

37. Екстрена медико-психологічна допомога хворим із посттравматичними стресовими розладами.

ВСТУП

Глобальні цивілізаційні процеси, які відбуваються наприкінці ХХ століття і початку третього тисячоліття, мають суперечливий характер. Значну роль у цьому відіграють фактори урбанізації. Крім того, соціальний прогрес супроводжується посиленням соціальної напруженості та, як наслідок, рівня конфліктності. При цьому негативний соціальний потенціал накопичується за рахунок подій катастрофічного характеру – соціальних потрясінь, воїн і катастроф техногенного походження.

Основною тенденцією сучасного етапу розвитку суспільства, як і раніше, залишається зростання ролі наукових досліджень і розвитку технологій; при цьому наукова діяльність не тільки визначає стратегічні напрямки цивілізаційного процесу, але і є чинником, що формує якість повсякденного місця існування людини.

Успіхи технічних галузей знання призвели до раніше небаченого рівня розвитку техногенної цивілізації. Однак це стало причиною вторинного формування умов, що завдають негативний вплив на організм людини: погіршення екологічних умов, збільшення кількості стресогенних соціально-обумовлених чинників, розширення масштабів техногенних катастроф, виникнення цілого ряду нових і патоморфозу існуючих захворювань.

Свого часу – це до початку так званої «комп'ютерної ери» – вже було запропоновано використання терміну «інформаційні неврози».

В даний час спостерігається не до кінця з'ясований на сучасному рівні знань феномен зростання природних катаклізм і катастроф – землетрусів, ураганів, вивержень вулканів, злив тощо. За рахунок зростання рівня розповсюдженості та доступу до отримання інформації загальносвітового значення формується тенденція до формування тривожного очікування щодо можливостей виникнення техногенних та природних катастроф у широких верств населення.

Подібна динаміка системоутворюючих чинників соціальної еволюції обумовлює необхідність принципових змін в умовах і напрямках розвитку медичної науки і практики. Разом з цими системоутворюючими чинниками в Україні є специфічні умови, які обумовлюють певні негативні тенденції.

Для суспільства сучасної України характерним є надзвичайно високий рівень психоемоційних навантажень, що впливає на істотне погіршення рівня психічного здоров'я в популяції.

Підвищення кількісного рівня і зміна структури нервово-психічної захворюваності обумовлено дією могутніх деструктивно-дестабілізуючих чинників, переважно соціально-політичної, економічної і ідеологічної нестабільності. Масова невротизація населення виявляється в різних варіантах: розвиток психогенних і психосоматичних захворювань; поява масових розладів психіки та поведінки релігійно-містичного і окультного змісту у вигляді пасивно-оборонних й агресивно-деструктивних форм; дебюту різних форм ендогенних психозів.

Структура зміни захворюваності свідчить про збільшення останніми роками кількості психогенних за походженням, соматизованих, психосоматичних і нейросоматичних захворювань із хронічним перебігом, що відбувається на фоні практично константного рівня захворюваності психозотичними розладами; наголошується виражений патоморфоз клінічної структури неврозів. Характерним є також прогресуюче зростання пограничних станів, які незалежно від генезу характеризуються розгорненим симптомокомплексом психоемоційної недостатності із відповідними неврологічними, вегетативними і соматичними корелятами, що часто призводить до їх курації неврологами або лікарями-інтерністами; у їх формуванні істотну роль відіграють тенденції вирішення особистісних проблем шляхом «занурення у хворобу».

На сьогодні очікується різьке зростання кількості хворих на посттравматичний стресовий розлад.

Традиційні терапевтичні підходи відносно цих станів вимагають активізації особистості, перебудови життєвих орієнтацій і категорій самооцінки,

що викликає часом психологічну ізоляцію та особистісне неприйняття з боку хворих.

Організаційно-структурна своєрідність системи медичної допомоги і соціального захисту населення в Україні протягом багатьох років була причиною масового формування аграваційно-рентних установок (показники госпіталізації, кількості ліжко-днів, первинного виходу на інвалідність в Україні випереджають аналогічні світові). Істотну роль відіграє також формування в даний час у населення установок на хворобу як варіант «соціальної моди», коли престижною є наявність хронічних захворювань і постійного лікування.

Це відбувається на тлі традиційної орієнтації населення на стаціонарну медичну допомогу, а також відсутності в загальносоматичній мережі відділень психосоматичного, нейросоматичного профілю для лікування пограничних станів, посттравматичних стресових та інших розладів.

Певну негативну роль відіграє дистанціювання психіатричної служби від інших лікувально-профілактичних структур з концентрацією на контингенті пацієнтів із психозами, відсутність профілактичної спрямованості діяльності диспансерів, позадиспансерних форм психіатричної допомоги, зокрема, консультативно-діагностичних центрів.

Неможливо також не відзначити явищ кризи біологічних методів лікування, перш за все – психофармакології, зокрема гостроту цих проблем у терапії хімічної залежності, невротичних і соматоформних порушень. Стає очевидно неможливість одними лише біологічними методами досягти якісної і тривалої реабілітації, ресоціалізації, трудової і сімейної реадaptaції хворих із розладами психічної сфери.

Патогенним чинником є також інерція певної соціальної стигми відносно офіційної психіатрії як елементу репресивного державного апарату.

У існуючій моделі надання психоневрологічної допомоги населенню відсутні цілі ланки, перш за все – реабілітації, психологічної підтримки, сімейної терапії. Більш того, наголошуються порушення функцій стаціонарної і амбулаторної допомоги в установах психіатричного профілю; крім цього,

територіальний принцип (секторування), існуючи в цілому прогресивним, зробив негативний вплив на стан цих видів допомоги з-за скорочення кількості спеціалізованих відділень.

Разом із соціогеними чинниками, на стан психічного здоров'я населення негативну дію надають інші чинники, перш за все, катастрофічні, природного і техногенного походження. Нажаль, доводиться констатувати, що на межі другого і третього тисячоліть кількість катастроф, у тому числі і планетарного масштабу, істотно збільшується. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в світі від стихійних лих щорічно гине 250 тисяч чоловік. Американська дослідницька організація «Уорл дуота» свідчить про те, що, тільки впродовж 1998 року, стихійні лиха (землетруси, урагани, пожежі), принесли збиток на 100 мільярдів доларів, і в тому або іншому ступені відобразилися на якості життя більше 300 мільйонів чоловік.

Подібні тенденції діють в різних країнах і регіонах. Зокрема, в серпні 1999 року відбувся сильний землетрус в Туреччині, що призвів до загибелі близько 15 тисяч чоловік, кількість поранених досягла 40 тисяч. Було зруйновано житло і загублено майно у 200 тисяч населення країни. Окрім безпосередніх людських жертв і величезних матеріальних втрат, ці й інші природні і техногенні катастрофи спричиняють за собою серйозні віддалені медико-соціальні наслідки. Така ж тенденція існує і у нас в країні.

За офіційними даними, в Україні впродовж 1999 року зареєстровано 1725 надзвичайних ситуацій, зокрема 13,5 % природного та 28,5 % техногенного характеру. За характером і масштабом наслідків, 93 надзвичайних ситуації були віднесені до розряду загальнодержавних, 51 – регіональних, 294 – міських і 1371 – об'єктних.

У структурі медико-соціальних наслідків істотну частину складають порушення психічної сфери різного характеру. Останнє десятиріччя в Україні розповсюдженими є порушення психічної сфери катастрофічного характеру, які можуть бути ідентифіковані, як посттравматичні стресові розлади.

Проблема посттравматичних стресових розладів, що актуалізувалася в Україні в останнє десятиріччя, звертає до себе увагу не тільки клініцистів, але й організаторів охорони здоров'я. Актуальність цієї проблеми постійно зростає в умовах підвищення соціальної напруженості. Отримані дані повинні використовуватися при розробці заходів щодо ліквідації наслідків військових дій, масових катастроф і стихійних лих. Це обумовлює необхідність систематизації уявлень про посттравматичні стресові розлади і подальше вивчення їх етіології, патогенезу, клініки, діагностики, терапії, прогнозу перебігу і реабілітаційних тактик.

Кінцевою метою і критерієм достатності, успішності ті високої ефективності терапевтичних заходів повинне бути повне відновлення соціального статусу і якості життя хворих за медичним, трудовим і соціальним критеріями.

1. ДЕФІНІЦІЯ І КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Посттравматичні стресові розлади за своєю клінічною суттю є реакцією на перенесену надзвичайну ситуацію, яка може викликати стрес у будь-якої людини (наприклад, ситуації представляють безпосередню загрозу для життя, фізичної повноцінності людини або осіб з його оточення, залучення людини або його близьких в катастрофічні ситуації глобального або приватного характеру, такі як, наприклад, війни або дорожні аварії) [73].

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад є психогенним за походженням захворюванням.

Ці розлади, що в основному викликаються зовнішніми обставинами, часто спостерігаються в учасників бойових подій: так, вони можуть розвинути у службовця, який вперше був залучений до військових подій, у жертв нападу або зґвалтування, у тих, хто пережив стихійне лихо (наприклад, пожежа або повінь) [77].

Посттравматичний стресовий розлад у клінічній практиці має відповідну – одноіменну – рубрифікацію (F43.1) у Міжнародній класифікації хвороб Десятого перегляду і представляється як синдром, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

Хворий багато разів «знову проживає» психотравмуючу ситуацію, до нього знову і знову повертаються всі ті ж важкі, болісні переживання (так звані «ремінісценції»); часто виникають нав'язливі мимовільні спогади – надзвичайно яскраві і живі, зокрема ейдетичного характеру (наплив ярих, жахливих сцен того, що відбувалося). Деякі хворі починають уникати обставин, що нагадують їм про перенесену психотравму (наприклад, жінка, яку зґвалтували на автомобільній парковці, починає уникати інших будь-яких парковок), тобто відбувається формування вторинних нав'язливостей (обсесивного синдрому, нав'язливі спогади).

Семіотичні ознаки посттравматичного стресового розладу виникають протягом від одного до декількох місяців після впливу первинного стресор-

ного чинника і зазвичай розвиваються разом із симптомами недиференційованої тривоги.

Систематику основних психопатологічних феноменів можливо побудувати таким чином.

Хворий знов і знов переживає психотравмуючі обставини у вигляді:

– нав'язливих спогадів (наприклад, короткочасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback»), нічні кошмари – «*ravor nocturna*»);

– обтяжливих сновидінь;

– відчуттів і вчинків, які як би вказують, що психотравмуюча ситуація поновлювалася;

– вираженого психологічного дистресу в ситуаціях, які нагадують або асоціюються із психотравмуючою подією;

– перезбудження;

– емоційного збіднення.

До інших проявів цього розладу відносять наполегливе уникнення подразників, які можуть асоціюватися із психотравмуючою ситуацією, і ознаки постійної готовності до надмірного реагування. Ці явища за об'єктивним анамнезом не властиві хворому до перенесеної психічної травми.

Патопсихологічна структура і механізми психопатогенезу дозволяють розглядати посттравматичний стресовий розлад як інтенсивну і, як правило, пролонговану реакцію на сильні стресори, такі як природні катаклізми (землетруси, повені, пожежі), лиха, викликані людьми (наслідки війни, переслідування), або насильницькі дії, здійснені по відношенню до даної людини і пов'язані із серйозною небезпекою або з образою особистості (розбійний напад, зґвалтування).

Відповідно до клініко-психопатологічного підходу і патопсихологічних механізмів формування, посттравматичний стресовий розлад, на відміну від гострих стресових або адаптаційних реакцій, може діагностуватися і в тих, у кого в анамнезі зафіксована наявність психічного захворювання до стресових подій.

Більш того, посттравматичний стресовий розлад за рахунок найвищої індивідуальної значущості може призводити до так званої «вимушеної нормалізації» інших психопатологічних проявів у пацієнтів із психічної патологією іншої патонозологічної приналежності.

Останнє підтверджується відомими фактами зменшення кількості психично хворих у воєнні часи (особливо за рахунок розладів невротичного рівня).

2. ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНИХ УЯВЛЕНЬ ПРО ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ

У клінічній практиці термін «посттравматичного стресового розладу» застосовують, коли психогенна реакція формує прояви клінічного рівня значущості у вигляді специфічних симптомокомплексів. Останні характеризуються повторними болісними сновидіннями або нав'язливими спогадами про пережиті психотравмуючі події у поєднанні з прагненням уникати всього, що може викликати у пам'яті те, що трапилося, і з симптомами, вказуючими на підвищену збудливість (наприклад, дратівливість, емоційна лабільність, безсоння, труднощі з концентрацією уваги).

Деякі хворі стверджують, що нездатні пригадати ці події за власним бажанням (не дивлячись на яскраві нав'язливі спогади в інший час), про відчуття байдужості, відчуженість, а також про зниження інтересу до повсякденної діяльності.

Такий тип пролонгованої реакції на стресові чинники виключної сили відомий вже багато років.

Початок сучасного етапу розвитку клінічних і патопсихологічних уявлень про посттравматичні стресові розлади може бути віднесений до 60-х років ХХ століття у зв'язку із результатами проведеного у Сполучених Штатах Америки обстеження військовослужбовців, що повернулися з війни у В'єтнамі. Раніше при подібній клінічній картині, спостереженій в учасників бойових подій, використовували термін *бойові неврози*. Ще раніше психіатри (психоневрологи) стикалися із аналогічної психопатологічною реакцією після Першої світової війни, що знайшло своє відображення навіть у художній літературі пацифістськи-екзистенційного напрямку.

Аналогічний ефект, пов'язаний із впливом лих в мирний час, неодноразово пригадується в літературних джерелах, наприклад у відомому повідомленні про наслідки пожежі в американському нічному клубі «Coconut Grove» («Кокосовий гай») [65].

На сьогодні значна кількість дослідників вважає, що посттравматичний стресовий розлад частіше зустрічається в дитячому і в літньому віці, а ніж в інші періоди життя, – причому в тих, хто раніше страждав на психічне захворювання, – частіше, а ніж в осіб без такої патології [66].

Крім того, в останньому випадку існує порушення звичайної реєстрової приналежності і чітка клінічна сепарація психопатологічних феноменів, що притаманні посттравматичному стресовому розладу, і психопатологічних феноменів вже існуючого психічного захворювання. Згадана сепарація стосується навіть впливу на модифікацію поведінки хворого, обумовлену психопатологічними переживаннями.

Частіше при багатьох лихах жертви отримують фізичні вади, а це може збільшити вірогідність тривалої психологічної реакції особливо у разі отримання черепномозкової травми.

Психопатологічна посттравматична реакція зазвичай розвивається незабаром після стресової події, але іноді вона виявляється із затримкою на декілька днів, а зрідка – на триваліший проміжок часу. Проте посттравматичні стресові розлади можуть діагностуватися не раніше, а ніж за місяць після дії психотравмуючої ситуації. Більшість хворих видужують не пізніше ніж за шість місяців, але достатньо поширені випадки, коли розлад не проходить роками.

Оскільки при деяких стресових подіях можливе отримання черепномозкової травми, клінічна оцінка стану пацієнта повинна включати відповідне неврологічне обстеження, а також уважне вивчення особистісних характеристик, загального і психіатричного анамнезу (психоанамнестичне дослідження).

В останні роки і у вітчизняній клінічній психіатричній і загальносоматичній практиці все більшого поширення набули порушення психічної сфери, клінічна структура яких за усіма ознаками відповідає посттравматичним стресовим розладам.

У зв'язку з тим, що сьогодні на території України відбуваються військові дії та обумовлені їми міграційні процеси, проблема посттравматичних стресових розладів для нашої країни є дуже актуальною.

Слід відзначити, що після введення в Україні Міжнародної класифікації хвороб Десятого перегляду стало можливим безпосереднє виділення посттравматичних стресових розладів з відповідною рубрикацією F43.1, оскільки, не дивлячись на те, що у Міжнародній класифікації хвороб Дев'ятого перегляду посттравматичні стресові розлади існували під кодом 309.89, в колишньому Союзі Радінських Соціалістичних Республік використовувався лише адаптований варіант класифікації, де ця рубрика була фактично пропущена.

Результати досліджень [11] показали, що у 25,0 – 30,0 % українських ветеранів афганської війни мають місце виражені прояви посттравматичних стресових розладів. У 50,0 % колишніх солдатів-«інтернаціоналістів» нагромаджуються окремі симптоми даного розладу. Характерною є зміна якості соціального функціонування ветеранів, що виражається у зниженні рівня їх соціальної адаптації. Типовими є дезадаптивні форми відреагування, особливо на емоційному рівні, які істотним чином утруднюють міжособистісне спілкування, особливо у сфері сімейних відносин. Повна соціально-психологічна адаптація є лише у 12,0 % ветеранів, часткова – у 64,0 %, дезадаптація – у 24,0 %.

Найбільш високий рівень адаптації спостерігається у ветеранів без ознак посттравматичних стресових розладів, найбільш дезадаптивними виявляються пацієнти з цим розладом. У свою чергу, незадовільна соціально-психологічна адаптація ветеранів сприяє хронізації перебігу посттравматичних стресових розладів [21, 24, 63].

На жаль, ніякої системної організованої психокорекційної і психотерапевтичної роботи з цими людьми після повернення їх з Афганістану не проводилося.

Інший великий контингент населення України, у якої наголошуються посттравматичні стресові розлади, складають особи, постраждалі внаслідок Чорнобильської катастрофи. Це і так звані «ліквідатори», і вимушені переселенці, і у деяких випадках їх діти та члени їх сімей.

Сама радіаційна катастрофа (вид зруйнованого реактора), постійний страх смерті або інвалідності від отриманої дози радіації, загибель товаришів від променевої хвороби, ломка життєвого стереотипу у зв'язку із вимушеним переїздом на нове місце проживання і ряд інших психотравмуючих чинників можуть з'явитися причиною розвитку посттравматичних стресових розладів у частини «чорнобильців» [44, 45, 56].

Для багатьох з них, як і для «афганців», характерні хворобливі особистісні зміни, проблеми в сім'ї, втрата колишнього місця роботи, зловживання алкоголем, дезадаптивна поведінка.

На сьогодні формується це один великий контингент осіб із посттравматичними стресовими розладами внаслідок військових дій у східних регіонах України.

3. ІСТОРИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВЧЕННЯ ПРО ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ

Вважається, що вперше термін «посттравматичний стресовий синдром», яким позначався викликаний важким стресом специфічний симптомокомплекс психічних розладів, був введений у 1980 році М. Horowitz і співавт. [78]; цей термін був включений до американської класифікації психічних розладів (DSM – III).

Раніше такі розлади відносилися до кола невротичних [8, 14, 60, 79] або близьких до них розладів.

Але ще у 1944 році Е. Lindemann [23] для визначення тривалих післястресових розладів психічної сфери ввів визначення «патологічне горе» (pathological grief), як синдром, що має специфічну психопатологічну і соматичну структуру, розвивається безпосередньо або через якийсь час після дії психогенного чинника. Згодом цей синдром здатний трансформуватися в «нормальну реакцію на горі» (normal grief), а потім елімітуватися.

У 1957 році D. Leopold і H. Dillon [23] описували психічні порушення серед 36 моряків, які врятувалися при вибуху танкера «Mission». Виявлені в 16 з них психічні розлади у вигляді нав'язливих і пригнічуючих спогадів, нападів тривоги, негативного емоційного фону були визначені як «посттравматичний невроз тих, хто вижив» (post-traumatic neurosis in survivors) або як «посттравматична психологічна хвороба» (post-traumatic psychological illness).

В подальшому W. Niderland [89] і D. Lifton [83] вводять поняття «синдром тих, що вижили» (survivor syndrome). Психічний стан тих, що пережили катастрофи, в цих випадках варіює від так званої «зомбіподібної психічної загальмованості» (zombi-like psychic numbing) і різких змін особистості в цілому, до реакцій, відповідних тимчасової психічній дезадаптації практично здорових осіб.

Пізніше А. Burgess і L. Holstrom [69] вводять поняття «синдром зґвалтованих» (rape-trauma syndrome), який предстає у вигляді специфічного пси-

хосоматичного симптомокомплексу, що розвивається у віддалені терміни приблизно у третини тих, хто піддався згвалтуванню; він характеризується втратою звичайної емоційності, «травмафобією», підвищеною збудливістю і дратівливістю, нічними жахами, що повторюються.

У другій половині 70-х років минулого століття розповсюдилися роботи по вивченню впливу стресів військового часу на психічний стан людини. Ці дослідження проводилися на матеріалах та контингентах хворих ветеранів в'єтнамської війни [81]. Серед найбільш частих розладів наголошувалися нав'язливі спогади, що повторюються, у вигляді яскравих образних уявлень («flashbacks») у супроводі пригноблення, страхів, соматичних розладів; стани відчуження і байдужості із втратою звичайних інтересів і відчуттям провини; жахливі сновидіння, пов'язані з попереднім військовим досвідом; підвищена збудливість, дратівливість, вибуховість. С. Figley [23] у 1978 році запропонував навіть використовувати термін «в'єтнамський постсиндром» («post-Vietnam syndrome»).

Накопичено значний клінічний матеріал, що свідчив про те, що незалежно від характеру психогенії в осіб, що пережили катастрофічну стресову дію, формуються симптомокомплекси із вираженою окресленою специфікою. М. Horowitz і співавт. [78] запропонували виділити їх як самостійний синдром під назвою «посттравматичний стресовий розлад» («posttraumatic stress disorders»).

В ході подальших досліджень автори розробили діагностичні критерії даного розладу, відображені згодом у DSM – III (1980). У подальшому ці критерії уточнено і доповнено у DSM – III-R і DSM – IV, так само як і у Міжнародній класифікації хвороб. У попередніх варіантах класифікацій викликані стресом психічні розлади розглядалися у межах невротичних.

Основні епідеміологічні роботи з посттравматичних стресових розладів проведено при психіатричних обстеженнях постраждалих у масових лихах і катастрофах [76].

Так, J. Streimer і J. Cosstic [23] при обстеженні 126 австралійських ветеранів у 27,0 % випадків визначили розлади, відповідні посттравматичним стресовим розладам.

У доповіді Спеціальної комісії комітету у справах ветеранів конгресу Сполучених Штатів Америки [79], підкреслено, що 15,0 % ветеранів-чоловіків і 9,0 % ветеранів-жінок страждають на посттравматичні стресові розлади (у абсолютних числах це складає 470 тис. чоловік).

E. McDeniel [85] повідомляє про 10,0 – 20,0 % хворих із посттравматичними стресовими розладами серед постраждалих при стихійних лихах.

В основі посттравматичних стресових розладів, на думку більшості дослідників [86], існує психічна травма, що позначається як «подія» («life stress event»), здатна викликати важкий психічний стрес. У всіх випадках така «подія» незвичайна для особистості і супроводжується негативним спектром емоцій: страхом, відчуттям безпорадності, безвихідності і ін. [87].

Психічні травми («події») може бути такими:

- за критерієм кількості уражених осіб:
- – індивідуально-особистісною (згвалтування, каліцтво, або смерть близької людини);
- – загальною (війна, катастрофа);
- за критерієм походження:
- – обумовленою природними чинниками (землетрус, повінь, блискавка, ураган, виверження);
- – обумовленою техногенними чинниками.

Характерно, що одні з типів психічних травм завжди викликає посттравматичні стресові розлади (наприклад, тортури), інші типи – лише в окремих випадках (наприклад, дорожньо-транспортні події). Чим довше дія психічної травми, тим більше вірогідність розвитку посттравматичних стресових розладів.

Слід зазначити, що потерпілими можуть бути не тільки безпосередні учасники подій. Згідно D. Cormie і J. Howell [23], до подібних переживань за-

лучаються члени сім'ї, свідки, сусіди, рятувальники, а за даними О. Jones [23], – навіть персонал госпіталів і моргів. У зв'язку з цим коло людей із психічними розладами внаслідок стресогенних подій може бути значно ширшим, ніж безпосередньо постраждалих.

Рівень та глибина психічної травми посилюється низкою чинників (так звані «чинники-ампліфікатори»). Найбільш значущі з них – безпосередня вірогідність смерті, ідентифікація себе із жертвою, втрата соціальних зв'язків, невизначеність віддалених наслідків, пізнє лікування або його відсутність, відчуття безпорадності [78, 85].

За умов першочергового (екстреного) лікуванні призначають анксиолітичні препарати і надають можливість дати вихід емоціям. Надалі використовують підтримуючу психотерапію і енергійно заохочують пацієнта відновити нормальну діяльність.

Протокол постановки діагнозу вважає необхідним наявність латентного періоду тривалісті не менше місяця між часом виникнення ознак захворювання і самою травмою.

Це дозволяє проводити диференційну діагностику посттравматичного стресового розладу та інших гострих стресових реакцій.

4. ЕТІОЛОГІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

У сучасній психіатрії прийнятий дихотомічний поділ етіологічних чинників посттравматичних стресових розладів:

- базові, конституціонально обумовлені чинники, що призводять до розвитку симптомів посттравматичних стресових розладів;
- ситуаційні чинники, провокуючі формування і подальшу маніфестацію конкретного епізоду.

Результати сіблінгових досліджень показують, що схильність до розвитку посттравматичних стресових розладів включає облігатний генетичний компонент. Проте його впливом можна пояснити швидше деяку частку дисперсії (мова йде про ті розбіжності, коли за інших рівних умов в одних індивідів виникає патологічна симптоматика, а в інших – ні), і представляється цілком вірогідним, що механізми, які визначають розвиток симптомів посттравматичних стресових розладів, мають полігенний характер.

Вивчення дорослих людей із посттравматичними стресовими розладами також дозволило виявити, що в дитинстві вони потірали від психотравм значно частіше, а ніж представники контрольної групи, і були позбавлені узгодженої підтримки з боку батьків; наголошувалися також вищі показники розлучень батьків.

Перенесене в дитинстві сексуальне насильництво (або примушення у вступ до статевого зв'язку із кимось з найближчого оточення дитини) корелює із вищим рівнем як депресивних, так і тривожних симптомів пізніше, в зрілі роки.

Преморбідні особистісні особливості хворих із посттравматичними стресовими розладами гетерогенні. Хоча люди, в характері яких присутні риси тривожності, особливо схильні до розвитку посттравматичних стресових розладів, подібні розлади нерідко виникають і при обсесивному, залежному і навіть шизоїдному типі особистості. Проте логічно було б чекати, що індивіди з вищими показниками по опитувальниках для оцінки рівня невротизації

(або «біс тривожності») більшою мірою схильні до розвитку симптомів посттравматичних стресових розладів, чим люди флегматичнішого складу.

Істотно підвищений ризик розвитку посттравматичних стресових розладів у тих, хто постійно піддається негативному впливу шкідливих соціальних чинників, наприклад важковирішуваних міжособистісних проблем або несприятливих умов життя.

У етіології посттравматичних стресових розладів головну роль відіграють такі три групи чинників.

I. Спадково-конституціональні.

У цій групі необхідно виділити конституціонально-типологічні особливості центральної нервової системи і особистісно-акцентуйовані особливості.

II. Психоемоційні, або психогенні.

Це гострі або хронічні чинники зовнішньої дії, опосередковані через психічну сферу, які мають як когнітивну, так і емоційну значущість, і через це відіграють роль психогенії.

III. Психоорганічні.

Різна преморбідна органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксемічна та ін.) скомпроментованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все, лімбіко-ретикулярного комплексу.

У першій групі чинників найбільш значущу роль мають особистісно-типологічні особливості у вигляді характерологічних рис астеноїдного кола з надмірною сензитивністю, боязкістю, підвищеною виснажливістю; одним з найбільш поширених варіантів є «тип іпохондрика» (за П. Б. Ганнушкіним) [13]. Також істотну роль відіграють афективно-дистимічні риси (так звані «природжені песимісти»), і істероїдні риси. Нейрофізіологічні особливості центральної нервової системи характеризуються слабкістю неспецифічних активуючих систем, перш за все, ретикулярної формації.

У другій групі можливо виділити такі варіанти психогенних чинників:

1. Масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані, приголомшливі; однопланові:

а) надактуальні для особистості;

б) неактуальні для особистості.

Ймовірно, ступінь актуальності – значущості – для особистості цих подій може коливатися в широкому діапазоні.

2. Ситуаційні гострі (підгострі), несподівані; такі, що багатопланово залучають особу (пов'язані із втратою соціального престижу, із збитком для самоствердження).

3. Пролонговані ситуаційні; такі, що трансформують умови багатьох років життя (ситуація позбавлення, ситуація достатку – «кумир сім'ї»).

Усередині них можуть бути закладені психічні травми:

а) усвідомлювані і переборені;

б) неусвідомлювані і непереборені.

4. Пролонговані ситуаційні; такі, що призводять до усвідомлення необхідності стійкого психічного перенапруження (виснажуючи):

а) що викликаються самим змістом і вимогою ситуації;

б) що викликаються надмірним рівнем домагань особистості за відсутності об'єктивних можливостей для досягнення мети у звичайному ритмі діяльності.

У третій групі істотну роль відіграють пренатальні і постнатальні травми, хронічні уповільнені інфекції, гіпоксично-гіпоксемічні стани, особливо у вертебробазиллярному басейні, та ін.

Загальною ознакою усіх психогенних чинників є характер події, що представляє загрозу для біологічного існування людини. До таких подій відносять військові, а в мирний час – так звані надзвичайні ситуації, які, як правило, носять катастрофічний характер.

За нашими даними, співпадаючими з даними літератури, існують значні гендерні відмінності значущих етіологічних чинників формування посттравматичних стресових розладів.

Найбільш частими серед чоловіків є такі чинники, як участь у військових подіях, автоподії, локальні техногенні катастрофи і надзвичайні ситуації.

Навпаки, серед жінок найбільш поширеними є побутове і сексуальне насильство, а також стресогенні чинники, пов'язані із родиною та здоров'ям оточуючих.

5. ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Визначення патогенетичних механізмів посттравматичних стресових розладів представляє певні труднощі. Існуючи в даний час різні погляди на них мають відповідно принципово різні підходи до їх вивчення. У зв'язку з цим Е. Brett [23] пропонує розрізняти три базові види патогенетичних механізмів та, власне, моделей патогенезу:

- психологічні;
- біологічні;
- комплексні.

Клінічна практика доводить, що перевагу слід віддавати останнім, а саме комплексним, патогенетичним моделям.

Психодинамічна теорія розвитку посттравматичних стресових розладів

Серед психологічних моделей патогенезу посттравматичних стресових розладів найбільший інтерес представляють моделі, запропоновані М. Horowitz'ем [78]. Він спирався на ідеї S. Freud'а, а також власні дослідження. S. Freud [60], обстежуючи солдатів, що брали участь у першій світовій війні, та внаслідок цього страждали на нічні жахи відповідної тематики, припустив, що ці сни відображають первинну локалізацію «травматичних образів», а їх повторення є інфантильною формою захисту, коли постійне неусвідомлене відновлення у пам'яті нещастя призводить до формування певного захисного досвіду. При цьому наявні у хворих розлади кваліфікуються як невротичні («травматичний невроз»).

У М. Horowitz цим групам реакцій відповідають групи симптомів «заперечення» і «повторного переживання». В цілому схема М. Horowitz виглядає таким чином:

травматичний стрес → заперечення → повторне переживання → засвоєння.

В ході проведеного клінічного і експериментально-психологічного дослідження М. Horowitz встановив, що симптоматично «заперечення» знаходить прояв у амнезії, порушенні уваги, загальною психічною загальмованістю, прагненні уникати будь-яких нагадувань про травму або асоціацій, пов'язаних з нею. Симптоматика «повторного переживання» характеризується нав'язливими думками, що повторюються, розладами сну, включаючи нічні жахи, дисоціативні епізоди «flashbacks», відчуття тривоги.

Погляди S. Freud і М. Horowitz отримали подальший розвиток в роботах Е. Brett і співавт. [23], які представили патогенетичний механізм посттравматичних розладів як результат взаємодії психологічних явищ «витіснення» і «повторного переживання».

Біологічні теорії розвитку посттравматичних стресових розладів

Результати нейрофізіологічних і біохімічних досліджень останніх років стали основою для біологічних моделей посттравматичних стресових розладів. Відповідно до них патогенетичний механізм посттравматичних стресових розладів обумовлений порушенням функцій нейроендокринної регуляції.

В даний час найбільш перспективні моделі патогенезу, що враховують психологічні, біологічні аспекти розвитку посттравматичних стресових розладів: нейропсихологічна гіпотеза Е. Kolb [91], а також погляди Т. Miller [86].

Е. Kolb, узагальнюючи дані психофізіологічних і біохімічних досліджень у ветеранів війни у В'єтнамі, вказує, що в результаті надзвичайного за інтенсивністю і тривалістю стимулюючої дії відбуваються зміни в нейронах кори головного мозку, блокада синаптичної передачі і навіть загибель нейронів. В першу чергу при цьому страждають зони мозку, пов'язані із контролем над агресивністю і циклом сну. Ці спостереження були підтверджені результатами лабораторної діагностики.

Так, S. Paige і співавт. [23] відзначають на ЕЕГ достовірну відмінність між хворими із посттравматичними стресовими розладами і здоровими лю-

дями по залежності амплітуди піку P-2 слухових викликаних потенціалів від інтенсивності стимулу.

У ряді досліджень [86, 91] відмічена виражена реакція парасимпатичної нервової системи на повторне переживання подій, пов'язаних із травмою.

У роботах, присвячених нейроендокринним змінам в осіб із посттравматичними стресовими розладами [81, 91, 106], вказано на виражені порушення обміну ендогенних опіоїдів [91, 106], і зокрема на низький рівень В-ендорфіну в плазмі крові. Це дозволяє припускати, що одним з біохімічних чинників у розвитку посттравматичних стресових розладів є хронічне виснаження ендогенної опіоїдної системи.

М. McFall і співавт. і J. Masson і співавт. [23] виявили порушення симпатико-адреналової системи у вигляді надмірної адренергічної активності в осіб із посттравматичними стресовими розладами. М. Hamner і В. Diamond [23] вказують на підвищення рівня дофаміну, а М. Hamner і співавт. – вміст катехоламінів в плазмі у цих хворих. Y. Lerer і співавт. [23] виявили зниження щільності В-адено-рецепторів тромбоцитів. Аналогічні результати за В-2-рецепторами отримали В. Perry [17] у дітей і К. Yehuda і співавт. [23] у ветеранів в'єтнамської війни. S. Southwick і співавт. [23] вдалося спровокувати стан паніки у 62,0 % і «flashbacks» у 31,0 % ветеранів із посттравматичними стресовими розладами, вводячи їм адреноблокатор йохімбін.

На зміни структури сну при посттравматичних стресових розладах вказують D. Ross і співавт. [93], дослідивши REM-фазу сну у ветеранів війни у В'єтнамі із посттравматичними стресовими розладами, виявили відносно її подовження, а також велику кількість фрагментованих REM-фаз.

Специфічні порушення сну у жахах, символічно пов'язані з фавбулою ключового переживання, описані у ветеранів в'єтнамської війни [103], у колишніх в'язнів нацистських концтаборів [75, 89], у звільнених з Ірану американських заручників, в осіб, пострадавших в результаті стихійних лих [18, 49, 76] і катастроф [78, 83, 82, 100, 101].

Нейродинамічна теорія розвитку посттравматичних стресових розладів

Вважається, що найважливішим механізмом синдрому генезу при посттравматичних стресових розладах є психосоматичний, – такий, що реалізується через інтеграційні церебральні системи, емоційно-вегетативно-трофічну регуляцію, перш за все на гіпоталамічному рівні.

Єдиним пусковим механізмом психосоматичної реакції є емоційний дистрес.

Емоційний дистрес характеризується станом вираженого емоційного збудження (у крайньому варіанті що кваліфікується як афект), що виникає під впливом психологічного конфлікту, що зачіпає значущі інтереси особистості. Емоційні реакції, що формуються в таких умовах, володіють властивостями домінанти, гальмуючи інші види психічної активності, порушуючи психічну адаптацію індивіда і емоційний гомеостаз.

Емоційні реакції мають два паралельні компоненти: психологічний (плотський тип задоволення або незадоволення) і вегетативний, який виконує біологічно важливу роль енергетичного забезпечення цілісної поведінки. Ця особливість виявлення емоцій пов'язана з нейрофізіологічним субстратом, що включає нову кору і лімбічну систему (гіпокамп, мигдалина, гіпоталамус), які взаємодіють з ретикулярною формацією стовбура мозку. Збудження цих структур виявляється відповідними відчуттями, руховими і мімічними реакціями, а також зміною вегетативних функцій. Патогенна по відношенню до внутрішніх органів функція емоційного дистресу пов'язана з тим, що його вегетативний вираз включає як надмірну активацію ерго- або трофотропних структур гіпоталамуса (за О. М. Вейном) [9], так і тривале збудження гіпофізарно-надниркової системи.

Враховуючи домінуючі аферентні зв'язки гіпоталамуса (кортико-гіпоталамічні зв'язки системи зведення, нервові зв'язки з перегородкою, мезенцефалічні і ретино-гіпоталамічні зв'язки), а також його еферентні виходи

на нейрогіпофіз і периферичні відділи вегетативної нервової системи, слід вважати гіпоталамус центральним пристроєм, що поєднує і координує активність виконавчих органів в умовах емоційних реакцій.

Через вплив низхідних нервових шляхів гіпоталамус пов'язаний з вегетативними центрами довгастого і спинного мозку. До функції гіпоталамусу відноситься безумовно-норефлекторна регуляція кров'яного тиску, дихання, діяльності шлунково-кишкового тракту і сечового міхура, кровотворення, потовиділення, теплоутворення, зіничного рефлексу, вуглеводного, ліпідного обміну; здійснюючи регуляцію симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи, гіпоталамус регулює також функцію нейро-секреторних ядер, що виробляють гіпоталамічні нейрогормони, які, в свою чергу, регулюють функцію гіпофізу.

Таким чином, гіпоталамус здійснює регуляцію діяльності внутрішніх органів різними шляхами: через симпатичну і парасимпатичну іннервацію (вегетативна нервова ланка) і гіпоталамо-гіпофізарну нейроендокринну систему (нейроендокринна ланка).

Дані сучасних анатомо-гістологічних, нейрофізіологічних, клінічних і експериментальних досліджень показали, що важливим для розуміння функцій управління нервової системи є уявлення про її універсальну конвергентно-дивергентну організацію. У найбільшій мірі цей тип організації властивий аферентним системам. Так інформація, переносима волокнами спино-таламических шляхів і задніх стовпів, конвергує на одних і тих самих центральних нейронах, через множинні колатералі від аксонів задніх стовпів до нейронів задніх і бічних рогів спинного мозку і, особливо, таламуса. Крім того, ці шляхи конвергируют на одних і тих самих кіркових нейронах.

Конвергенція інформації спостерігається не тільки від різних шляхів соматичної чутливості, але і від сенсорних систем інших модальностей на релейних нейронах вентролатерального ядерного комплексу таламуса. Крім цього, на тих самих нейронах конвергують імпульси від контрлатерального гомологічного ядра, ретикулярної формації, деяких іпсилатеральних таламіч-

них ядер, мозочка і іпсилатеральної кори. У таламичних реле спостерігається широкий спектр нейронів, що розрізняються за широтою периферійних рецепторних полів, починаючи від вузьколокальних, відповідних дерматомам, і закінчуючи нейронами, що реагують на стимуляцію будь-яких ділянок контралатеральної частини або навіть обох частин тіла.

48 пар ядер гіпоталамусу, розділені на 5 груп, мають безпосереднє відношення до діяльності вегетативної нервової системи, не будучи при цьому ні симпатичними, ні парасимпатичними. Надсегментарні апарати характеризуються відсутністю в них специфічних морфофункційних особливостей, властивих периферичним відділам вегетативної нервової системи. Ці центри об'єднують регуляцію функцій обох частин системи залежно від характеру діяльності організму і що приходить до них аферентації. У гіпоталамусі виділяють ерготропні і трофотропні зони. Ерготропна активація супроводжує стеничні емоційні стани і призводить до переважно симпатичних ефектів (підвищення артеріального тиску, почастищення дихання, гіперглікемії). Трофотропна активація спостерігається частіше при астенічних емоціях і характеризується переважно парасимпатикотонічними змінами (зниження температури, рідкість показників пульсу, гіпоглікемія). Ефекторні нейрони симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи розташовуються у периферійних екстра- і інтрамуральних гангліях, пов'язаних як з аферентною сигналізацією з різних рецепторних зон (настроювальна активність нейронів), так і з низхідною еферентацією з вегетативних центрів. Тому центральний регуляторний сигнал може мати різний кінцевий ефект у зв'язку з особливостями початкового стану іннервованої системи. Активація надсегментарних вегетативних структур не має чіткого симпато- або ваготонічного результату, виражаючись мозаикою вегетативного збудження, що забезпечує ту або іншу форму поведінки. У зв'язку з цим симпатіко- або ваготонія регуляторного походження визначається домінуючими тенденціями активації вісцелярних систем, що мають симпатичний або парасимпатичний характер.

Індукція регуляторного сигналу на клітки вісцелярних ефекторів здійснюється механізмами адренергічної, холінергічної і пуринаергічної передачі.

Індукція активуючих впливів на ендокринну систему здійснюється спеціальними гіпоталамічними структурами, здібностями нейросекреції (створення в нервовій клітині особливого секрету, його транспорту по аксонах цих клітин в нейрогіпофіз і депонуванні у терміналях аксонів з надходженням у міру потреби в кров).

Великі нейроендокринні клітини супраоптичного і паравентрикулярного ядер гіпоталамуса синтезують, транспортують і звільняють нейрогормони – вазопресин, окситоцин й нейрофізини.

В гіпоталамусі існують різні класи речовин нейротрансмітерного типу, стимулятори, рилізінг-фактори, ліберини та чинники, що інгібують, статини, регулюючі секрецію гормонів аденогіпофізу.

Активність дрібноклітинних нейроендокринних нейронів, розташованих у гіпофізарній зоні гіпоталамуса, регулюється моноамінергічними і холінергічними нейронами.

Моноаміни – норадреналін, дофамін та серотонін, які є медіаторами відповідних нейронів, можуть змінювати рівень секреції гіпоталамічних нейрогормонів. Завдяки моноамінергічним нейронам здійснюється зв'язок гіпоталамуса із позагіпоталамічними структурами мозку.

Встановлена також загальна участь центральної нервової системи в регуляції гіпофіз-адреналової системи. Не тільки відділ гіпоталамічного середнього піднесення, але й позагіпоталамічні відділи мозку здатні впливати на звільнення кортизолу. До цих відділів мозку відносяться центри лімбічної системи, наприклад, гіпокамп, ядрові загородки, передній гіпоталамус і середній мозок. Слід зазначити, що ці відділи мозку також включаються в регуляцію емоційної відповіді і рухової поведінки.

Периферійні гіпоталамічні ефекти реалізуються, перш за все, за допомогою симпатoadреналову систему.

Основними біохімічно активними речовинами симпатико-адреналової системи є катехоламіни: адреналін, норадреналін і дофамін. Як джерела адреналіну, норадреналіну є, перш за все, мозковий шар наднирок і у меншому ступені – позаниркова тканина. У мозковому шарі наднирок існують два типи секреторних клітин: адреналінстворюючі (А-клітини), що виділяють адреналін, і норадреналінстворюючі (Н-клітини), в яких утворення катехоламінів відбувається лише до норадреналіну, що виділяється в кров як самостійний гормон. Дофамін має дві функції – є медіатором в головному мозку і попередником біосинтезу норадреналіну. Адреналін, норадреналін і дофамін відносяться до амінів прямої дії, симпатоміметичний ефект яких обумовлений безпосередньою збудливим впливом їх на адренорецептори.

Численні дослідження показують зрушення біохімічних показників при посттравматичних стресових розладах у всіх центральних і периферійних ланках.

Універсальним нейрофізіологічним механізмом патогенезу посттравматичних стресових розладів є порушення ієрархічної підкорюваності інтеграційних церебральних систем, перш за все, лімбіко-ретикулярного комплексу. При цьому порушуються реципрокні взаємини активуючих і гальмуючих регуляторних компонентів із подальшим виснаженням регуляторних систем.

Звичайно, що у кожному конкретному випадку реалізації симптомогенезу певну відіграє роль також вроджена або придбана скомпроментованість конкретних систем і органів.

6. ПРОВОКУЮЧІ ЧИННИКИ

Аналіз абсолютної більшості клінічних випадків посттравматичних стресових розладів демонструє каузально-наслідковий зв'язок між їх виникненням, – особливо тривожно-фобічних компонентів або загального тла забарвлення, і психотравмуючими життєвими подіями.

У загальномедичній практиці симптоми тривоги часто пов'язані з патологічною турботою про власне соматичне здоров'я; ось чому важливо надати пацієнтові можливість висловити свої побоювання, що стосуються передбачуваного характеру захворювання, перш ніж лікар представить відповідну інформацію з медичної точки зору.

З тривожними думками особливо важко впоратись, якщо у хворого немає нікого, кому він міг би довіритися, або йому не вдається знайти підтримку у своєму безпосередньому соціальному оточенні.

Таким чином, ретельно аналізуючи – спільно з хворим – генез його хворобливих розладів, слід показати, що їх причина насправді пов'язана не з поганим станом фізичного здоров'я: при поглибленому аналізі ситуації виявляється, що симптоматика як в психоемоційній, так і у соматовегетативній сферах обумовлена існуванням певною внутрішньо- або міжособистісної проблеми.

Сам хворий часто не усвідомлює зв'язку психологічної проблеми з симптомами, з приводу яких він звернувся за допомогою, тому лише ретельно проведений збір анамнезу допомагає психіатрові або терапевтові не тільки встановити етіологію розладу, але і в потрібному напрямі будувати систему лікувально-реабілітаційного впливу.

При першочерговому (екстремому) лікуванні призначають анксиолітичні препарати і надають можливість дати вихід емоціям. Надалі використовують підтримуючу психотерапію і енергійно заохочують пацієнта відновити нормальну діяльність, тобто проводяться заходи форсованої ресоціалізації.

Для постановки діагнозу вважається за необхідну наявність латентного періоду тривалості не менш місяця між часом виникнення ознак захворювання і власне самою психотравмою.

7. ПОШИРЕНІСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Згідно сучасним статистичним даним, посттравматичні стресові розлади розвиваються у 25,0 – 80,0 % осіб, постраждалих внаслідок тих або інших надзвичайних ситуацій. Вважається, що цей розлад виникає протягом життя у 1,0 – 3,0 % всього населення Землі, а у 15,0 % можуть виникати окремі його симптоми.

Тривалість окремих проявів й ознак посттравматичних стресових розладів може складати від декількох тижнів до 30 років і навіть більше.

Показники розповсюдженості посттравматичних стресових розладів в контингентах осіб, що пережили екстремальні ситуації, в літературі коливаються від 10,0 % у свідків події до 95,0 % серед важко постраждалих (зокрема з соматичними пошкодженнями).

Морбідність знаходиться в прямій залежності від інтенсивності стресу. Синдром посттравматичного стресового розладу розвивається у 50,0 – 80,0 % що перенесли важкий стрес. Відповідні цифри, природньо, залежать від багатьох обставин, зокрема від конкретної характеристики стресогеної події, групи обстежених (свідки, учасники, постраждалі, ліквідатори та ін.), діагностичної позиції дослідника і методу дослідження (наприклад, клінічна діагностика, а також обстеження за допомогою спеціальних шкал можуть дати достатньо різні результати).

За даними J. R. T. Davidson [23], поширеність (показник «life-time prevalence») посттравматичних стресових розладів коливається від 3,6 до 75,0 % (в тих, що пережили екстремальні ситуації). Відповідні епідеміологічні дослідження, які були проведені у Сполучених Штатах Америки серед ветеранів в'єтнамської війни, дозволили встановити посттравматичні стресові розлади у 30,0 % осіб; парціальні і субклінічні прояви синдрому були додатково виявлені у 22,0 % учасників війни.

У вітчизняній літературі [2, 43, 54, 55] був представлений показник поширеності посттравматичних стресових розладів серед тих, хто перенесли

важкий стрес, рівний 50,0 – 80,0 %. Випадки посттравматичного стресового розладу в мирний час складають в популяції 0,5 % для чоловіків і 1,2 % для жінок. Але менш виражені розлади адаптації констатуються в 1,1 – 2,6 % випадків на 1000 населення.

Новою для вітчизняної науки і практики є проблема надання психологічної допомоги працівникам силових структур, що беруть участь в миротворчих операціях, які проводяться під егідою Організації Об'єднаних Націй. Участь в цих операціях є для співробітників силових структур України новим, специфічним виглядом професійної діяльності, яка проходить в екстремальній ситуації чужої країні з незвичними кліматогеографічними умовами, в іншому культурно-мовному середовищі, часто в обставинах, максимально наближених до бойових. Було здійснено спеціальне дослідження особливостей психологічної адаптації працівників поліції до умов миротворчої місії Організації Об'єднаних Націй на території колишньої Югославії.

Необхідною умовою профілактики різних дезадаптивних станів, в тому числі і посттравматичного стресового розладу, є обов'язкова спеціальна передмісійна психологічна підготовка миротворців.

В період перебування в місії у 85,0 % особового складу Цивільної поліції Організації Об'єднаних Націй формуються ознаки синдрому бойової (конфліктної) втоми, які можна розглядати як «м'який», «частковий» варіант посттравматичного стресового розладу, а у 5,0 – 20,0 % миротворців формується завершений варіант розладу [4].

Одним з найбільш ефективних психологічних методів зняття стресової напруги в працівників місії є, як показали наші дослідження, метод дебрифінгу, який проводиться по можливості відразу після завершення бойової операції або надзвичайної ситуації.

В рамках постмісійної адаптації після повернення учасників миротворчої операції відрядження з ними повинен обов'язково проводитися спеціальний дебрифінг. «Не оброблені» шляхом дебрифінгу спогади про стресові по-

дії можуть негативно вплинути на психічне здоров'я миротворця і призвести до формування посттравматичного стресового розладу.

На сьогодні, коли на теренах України тривають військові дії та вимушені міграційні процеси, щодня з'являються нові контингенти осіб, що зізнають впливу стресогенних чинників. Ці контингенти є групою ризику щодо виникнення в них посттравматичного стресового розладу.

Таким чином, в даний час в Україні є групи населення, що перенесли ті або інші екстремальні ситуації і страждають різною мірою вираженим посттравматичним стресовим розладом.

Враховуючи можливість повторення в країні тих або інших антропогенних або природних катастроф (аварії на шахтах, пожежі в суспільних місцях, повені тощо), а також розвитку яких-небудь інших екстремальних ситуацій (терористичні акції, авіакатастрофи), слід підкреслити проблему профілактики, діагностики та лікування посттравматичних стресових розладів велими актуальною для вітчизняної психіатрії та медичної психології.

8. КЛАСИФІКАЦІЯ КАТАСТРОФ І НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Як було докладно викладено вище, основним етіологічним чинником розвитку посттравматичного стресового розладу є вплив на людину чинника або комплексу чинників, що носять характер індивідуальної або глобальної катастрофи.

Тому дуже важливим для оцінки чинників ризику і прогнозу розвитку посттравматичних стресових розладів є системне, впорядковане уявлення про характеристики самих катастрофічних подій [36].

Термін «катастрофа» викликає асоціації з великим несподіваним нещастям довільної природи, що стосується одномоментно багато осіб чи велику територію.

Деяким поняттям є «аварія» – воно застосовується для визначення нещасних явищ переважно з технічними пристроями та устаткуванням.

Фаховим є термін «надзвичайна подія» – катастрофічне або шкідливе явище масового характеру, що призвела до загибелі людей або заподіяння їм тяжких тілесних ушкоджень та моральної шкоди.

Згідно класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (1982), виділяють наступні типи катастроф:

1. Метеорологічні – циклони, тайфуни, морози, бурі, урагани, смерчі, засухи.
2. Телуричні і тектонічні – виверження вулканів, землетруси.
3. Топологічні – повені, сніжні і гірські обвали, обвали, селі.
4. Техногенні – вихід з ладу технічних споруд, дамб, тунелів, шахт, будівель, залізниць; пожежі, корабельні аварії, крахи поїздів, отруєння води в системі водопостачання; авіакатастрофи; вибухи і викиди на атомних електростанціях і токсичних речовин на виробничих установках хімічних підприємств.

На території колишнього Союзу Радянських Соціалістичних Республік діяла близька до класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я кла-

сифікація катастроф, яка була прийнята Міністерством охорони здоров'я СРСР (1990):

1. Природні (незалежні від діяльності) катастрофи (стихійні лиха):

- а) метеорологічні – бурі, урагани, смерчі, циклони, морози, засухи, надзвичайна спека, пожежі;
- б) телуричні і тектонічні – виверження вулканів, землетруси;
- в) топологічні – повені, селі, обвали, сніжні обвали;
- г) космічні – падіння метеоритів і інші космічні катастрофи.

2. Штучні (що викликаються діяльністю людини), виробничі (технологічні) катастрофи:

- а) транспортні – авіа- і космічні, залізничні, автодорожні, на річковому і морському флоті;
- б) виробничі – з вивільненням енергії (механічної, хімічної, радіаційної, термічної), а також бактеріологічного агенту;
- в) специфічні – епідемії, війни;
- г) соціальні – голод, тероризм, суспільні безлади, наркоманія, токсикоманія.

Представляє також важливе практичне значення для організації охорони здоров'я класифікація катастроф за кількістю постраждалих, в межах якої розрізняються катастрофи:

- малі, з кількістю поранених і загиблих 25 – 100 чоловік, або що мають потребу в госпіталізації – 10 – 50 чоловік;
- середні, з кількістю поранених і загиблих від 101 до 1000, або що потребують госпіталізації від 51 до 250 чоловік;
- великі, з кількістю поранених і загиблих більше 1000, або що потребують госпіталізації більше 250 чоловік.

Типи надзвичайних ситуацій за сучасною класифікацією відображено у табл. 1.

Типи надзвичайних ситуацій

<i>Види надзвичайних ситуацій</i>	<i>Підвиди надзвичайних ситуацій</i>
Природні катастрофи (стихійні лиха – надзвичайні ситуації, не пов'язані з діяльністю людини)	а) землетруси, обвали, селі; б) бурі, урагани, смерчі; в) цунамі, тайфуни, повені; г) природні пожежі тощо
Технічні катастрофи, швидкоплинні надзвичайні ситуації пов'язані з діяльністю людини	а) радіаційні аварії; б) промислові аварії; в) хімічні аварії; г) транспортні аварії; д) пожежі, вибухи, обвали будівель.
Екологічні, довготривалі надзвичайні ситуації, обумовлені діяльністю людини	а) зубожіння місця існування, землі, води; б) погіршення складу повітря; в) обвали в місцях здобичі копалин.

Є також класифікації в межах типів (видів) катастроф, зокрема природних, техногенних, екологічних, засновані на характеристиці надзвичайних ситуацій (табл. 1).

Згідно визначенню Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, стихійні лиха – це події, що ведуть до руйнування, підриву економіки і загибелі або нанесення шкоди здоров'ю, ускладненням в роботі служб охорони здоров'я у масштабах, що вимагають надзвичайної допомоги ззовні для того, хто піддався впливу стихії населення або району.

За масштабами розповсюдження наслідків розрізняють приватні, об'єктні, місцеві, регіональні і глобальні надзвичайні ситуації [36].

Використовується також класифікація надзвичайних ситуацій (надзвичайних подій) за причинами їх виникнення (табл. 2).

Інтерес представляє класифікація і оцінка катастроф, в якій введений медичний показник ступеня тяжкості катастроф.

Загальним недоліком приведених класифікацій є недостатній їх зв'язок з конкретними завданнями практичної охорони здоров'я в умовах виникнен-

ня надзвичайної ситуації. Внаслідок цього неодноразово виникали спроби подальшого вдосконалення класифікацій з метою конкретизації виду катастрофи і характеру уражень, що викликалися нею. Існує типова класифікація, що в цьому відношенні приводиться нижче (табл. 3) [42].

Міністерством надзвичайних ситуацій України розроблений «Класифікатор надзвичайних ситуацій в Україні» (1998), в якому останні класифікуються по наступних основних ознаках:

- за природою катастроф (техногенні, природні, екологічні тощо);
- за галузевою приналежністю (будівництво, промисловість, житловий, комунально-побутовий комплекс, сільське і лісове господарство, транспорт);
- за характером явищ і процесів при виникненні і розвитку надзвичайної ситуації;
- за масштабами можливих наслідків (об'єктові, місцеві, регіональні, загальнодержавні);
- за масштабами і рівнями сил і органів управління, наслідків надзвичайної ситуації, що залучаються до ліквідації;
- за складності обставин і вагомості наслідків.

Вказана класифікація є, за сутністю, державним реєстром катастроф, всі приведені в ній пункти мають свої коди, що позначають групи, типи і види надзвичайних ситуацій, що спрощує користування класифікацією, статистичний аналіз відомостей про катастрофи. Ця класифікація є зручною для практики використання та для визначення належності надзвичайних ситуацій до компетенції міністерств, відомств і служб.

В цілому, запропонована класифікація, безперечно, є кроком вперед у вдосконаленні управління процесами попередження і ліквідації наслідків катастроф.

Проте вона не може бути використана для вирішення конкретних завдань – аварійно-рятувальних, інженерно-технічних, екологічних, оперативної організації адекватних медичних і соціальних заходів.

Класифікацію надзвичайних ситуацій за причинами їх виникнення наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Класифікація надзвичайних ситуацій за причинами їх виникнення

<i>Надзвичайні події техногенного характеру</i>		<i>Надзвичайні події природного характеру</i>		<i>Надзвичайні події екологічного характеру</i>	
Транспортні аварії (катастрофи)	Аварії з викидом (загроза викиду) біологічно небезпечних речовин	Геологічні небезпечні явища	Природні пожежі		
Аварії на промислових об'єктах без зараження того, що оточує середовище	Водно-господарські катастрофи	Метеорологічні і агрометеорологічні небезпечні явища	Особливо небезпечні або масові епідемії		
Аварії з викидом (загрозою викиду) хімічно небезпечних речовин	Аварії в системі життєзабезпечення населення	Морські (гідрологічні) небезпечні явища	Надзвичайні події, пов'язані із зміною стану суші (грунту, надр, ландшафтів)	Надзвичайні події пов'язані із зміною стану гідросфери	
Аварії з викидом (загрозою викиду) радіоактивних речовин	Аварії на вибухонебезпечних промислових об'єктах	Не морські гідрологічні небезпечні явища	Надзвичайні події, пов'язані з зміною складу і властивостей атмосфери	Надзвичайні події, пов'язані з зміною стану біосфери	

Види катастроф і характер уражень при них

<i>Види катастроф</i>	<i>Характер уражень</i>
Залізничні	Механічні пошкодження, опіки
Масові автомобільні зіткнення	Механічні поразки, опіки, гострі отруєння
Авіаційні	Механічні пошкодження, опіки, отруєння ціаністим воднем
Вибухи	Механічні пошкодження, опіки, гострі отруєння
Пожежі	Опіки, гострі отруєння
Протікання отруйливих речовин	Отруєння
Землетруси	Механічні пошкодження, синдром тривалого здавлення, термічні опіки, отруєння газами

Аналіз даних літератури [27, 35, 36] з організації медичної допомоги при стихійних лихах і аваріях дозволяє зробити висновки про необхідність використання інтегральної класифікації як найбільш адекватною і необхідною для оперативного вирішення організаційних питань при катастрофах (надзвичайних ситуаціях), такою, що включає наступні рубрики:

- 1) місце виникнення катастрофи і осередки масового ураження;
- 2) надзвичайна подія, що є в основі катастрофи, тобто її причина, і характер катастрофи;
- 3) масштаби катастрофи;
- 4) вид масової поразки і переважний характер поразок;
- 5) подальший розвиток надзвичайної ситуації;
- 6) прогноз наслідків надзвичайної ситуації.

Слід також зазначити, що до цих негативних явищ можуть бути віднесені епідемії всіх видів (у людей, тварин, рослин тощо), екологічні катастрофи (зміни екосистем, пошкодження озонового шару, глобального клімату тощо), падіння астероїдів (ядер комет) та будь-які інші екстраординарні події.

9. ЧАСТОТА І МАСШТАБИ КАТАСТРОФ

У світі щорічно відбувається значна кількість стихійних лих, що порушують звичайні умови та нормальний ритм функціонування суспільства і життєдіяльності осіб, та спричиняють численні людські жертви і величезний матеріальний збиток.

У період з 1980 по 1985 роки в світі відбулося 56 землетрусів, що заподіяли збиток на загальну суму 38 млрд. доларів. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, тільки у 1988 році було зареєстровано 74 повені, 5 циклонів, 11 ураганів, 34 сильних штормів, 17 обвалів, 17 землетрусів, 18 випадків засухи і 162 крупні катастрофи, ліквідація наслідків яких силами одних лише місцевих служб виявилася неможливою [36].

Маштаби втрат, які несе людство в результаті природних катастроф, ілюструють наступні цифри.

Згідно даних Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, наприкінці 80-х років одні тільки стихійні лиха відбирали щорічно 250 тис. людських життів і заподіювали світовій економіці збиток, що оцінюється в 30 млрд. доларів (Доповідь Управління координаторів Організації Об'єднаних Націй, 1988). Кількість загиблих у 70 – 80-х роках від природних катастроф склала приблизно 3 млн., а кількість постраждалих – близько одного мільярда чоловік [51].

Починаючи з 70-х років позначилася явна тенденція до підвищення частоти виникнення надзвичайних ситуацій, причому вона виявилася актуальною й по відношенню не тільки техногенних, але й природних катастроф. В результаті кількість постраждалих від землетрусів збільшилась у 6 разів.

Матеріальний збиток, що заподіюється кожним з ураганів, землетрусів, морозів, снігопадів і повенів, оцінюється сумами від 10 до 100 млрд. доларів, вулканічних вивержень і лісових пожеж – в 10 млн. доларів, селів, обвалів – від 100 млн. до 1 млрд. доларів.

Найбільш питома вага в загальній сумі природних катастроф доводиться на повені (40,0 %), тайфуни (20,0 %), землетруси і засухи (по 15,0 % на кожен вид) [36]. Рекордним за кількістю жертв в останні десятиріччя опинився землетрус 1976 року в Китаї, що заврав не менше 240 тис. життів. Матеріальний збиток, заподіяний сходом лавини взимку 1987 – 1988 років в Західній Грузії, Азербайджані, Казахстані і Киргизії оцінено в 2 млрд. рублів, землетрус 1986 року в Молдавії – в 5 млрд. рублів. Під час землетрусу 1988 року у Вірменії загинуло 25 тис. чоловік, з-під завалів витягнуто близько 40 тис. чоловік, поранено 32,5 тис. чоловік, з них 12,5 госпіталізовано. У 1995 році в Японії під час землетрусу загинуло 4600 чоловік, у Афганістані, 1998 року – 5000.

В Україні останніми роками на частоту катастроф і надзвичайних ситуацій вплинуло збільшення контрастності гідрометеорологічних умов в порівнянні з попереднім десятиріччям.

Збільшилася кількість і тривалість несприятливих і небезпечних стихійних явищ, що охоплюють значні території України, причому у ряді випадків були перевищені пікові максимальні історичні показники гідрометеорологічних умов. Так, люті морози взимку 1995 – 1996 років, засуха навесні і літом в південних, центральних і східних регіонах, інтенсивні зливи, град, шквали, смерчі в багатьох районах республіки, сильні снігопади, штормові вітри, дощові паводки на річках Закарпаття, в басейнах Лозини і Дністра, снігова лавина і тому подібне зумовили значне зростання кількості надзвичайних ситуацій.

В результаті повенів в Луганській, Рівненській та інших областях постраждало 14776 чоловік. Масові лісові пожежі, що відбувалися влітку 1996 року в Автономній Республіці Крим, в Чернігівській, Луганській та інших областях, знищили 5866 гектарів лісів. Всього в Україні в 1995 – 1996 роках відбулося 164 природні катастрофи, а у 1997 році – 253 (з них 168 – метеорологічні), у 1998 році – 274, у 1999 році – 224.

Подібні розміри заподіяної шкоди свідчать про велику соціальну небезпеку стихійних лих та свідчать про значну кількість заподіяних осіб, що потребують подальшої реабілітації.

10. КЛІНІКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

З клінічної точки зору посттравматичний стресовий розлад слід відносити до особистісно-реактивних станів, що розвиваються внаслідок перенесеної надзвичайної ситуації, яка носить патогенно-психогенний характер для конкретної людини (наприклад, ситуації представляють безпосередню загрозу для біологічно або соціально повноцінного існування людини, причетність її або рідних, близьких, друзів до катастрофічних ситуацій глобального або окремого характеру, – таких, як стихійні лиха, війни або техногенні катастрофи тощо).

Основні психопатологічні феномени посттравматичного стресового розладу спостерігаються у вигляді облігатних симптомів:

- нав'язливих спогадів (наприклад, короткочасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback», нічні жахи «*terror nocturnus*»);
- обтяжливих сновидінь;
- недиференційованої тривоги;
- відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації, яке слід диференціювати з епіфеноменами «*deja vu*»;
- переживання гострого психологічного дискомфорту стресового рівня у ситуаціях, що нагадують або асоціюються з первинною психотравмуючою подією;
- психомоторного недиференційованого збудження;
- емоційного притуплення, навіть до ступеню «*anaesthesia dolorosa psychica*».

Нав'язливі спогади при посттравматичному стресовому розладі розглядаються як симптомокомплекс, що знаходиться в причинно-наслідковому зв'язку з конкретним психоемоційним стресом надсильного характеру. Основним клінічним проявом є повторні, мимовільні, суб'єктивно-болісні переживання обставин психотравмуючої ситуації.

Хворі багато разів переживають психотравмуючу ситуацію у вигляді важких болісних переживань (ремінісценцій); зазвичай виникають нав'язливі

мимовільні спогади – надзвичайно образно яскраві і живі, аж до ейдетичного рівня. Часто формуються вторинні нав'язливості у вигляді симптомів уникнення обставин, що нагадують їм про перенесену психотравму.

Семіотичний комплекс посттравматичного стресового розладу розвивається протягом декількох тижнів або місяців після дії первинного стресора, зазвичай у супроводі симптомів тривоги.

Нічні жахи зустрічаються у вигляді безсюжетних, обтяжливо-емоційно забарвлених переживань, як правило, з вираженими соматовегетативними проявами.

На відміну від них, обтяжливі сновидіння носять розгорнений сюжетний характер, як правило, з фабулою, пов'язаною з первинною психотравмуючою ситуацією. Хворі в більшості випадків переживають ці сновидіння як безпосередні учасники подій, що відбуваються.

Тривожний синдром у хворих з посттравматичним стресовим розладом носить недиференційований, поліморфний характер з найбільш вираженими компонентами фобічного, астеничного характеру, загального емоційного дискомфорту, тривожної оцінки майбутніх перспектив.

В цілому слід констатувати, що у хворих з посттравматичним стресовим розладом у більшості випадків переважають інтрапсихічні компоненти тривожного синдрому.

Часто у хворих з посттравматичним стресовим розладом є вираженими стани, коли на тлі певної зовнішньої дії, що асоціюється з первинною психогенією, виникає відчуття повторного переживання наявної психотравмуючої ситуації; при цьому навколишня дійсність набуває суб'єктивних ознак колишньої, пов'язаною з психотравмою.

Ці стани розвиваються на тлі збереженої свідомості і супроводжуються гострою тривогою, часто з компонентом паніки, страхом, з вираженими сомато-вегетативними реакціями. При цьому може розвиватися психомоторне збудження або, навпаки, субступорозний стан.

Таким чином, спектр психопатологічних явищ доволі широкий, – від семіотичних комплексів, близьких до панічних атак, до психогенної каталепсії.

Більшість хворих із посттравматичним стресовим розладом відзначають емоційне притуплення у відносинах з рідними, близькими, друзями, аж до психічної анестезії в особливо важких випадках.

В усіх хворих з посттравматичним стресовим розладом має місце зниження рівня соціальної адаптації. Адаптивні ресурси і можливості особистості, рівень нервово-психічної стійкості хворих з посттравматичним стресовим розладом істотно знижені; спостерігається також певне зниження комунікативних можливостей особистості.

За загальним рівнем і якістю соціально-психологічної адаптації у хворих з посттравматичним стресовим розладом можна виділити три рівні адаптації / дезадаптації:

- достатня;
- часткова;
- дезадаптація.

Для осіб з достатньою адаптацією характерним є низький рівень тривожності, достатньо висока нервово-психічна стійкість, низькі показники агресивності і конфліктності, задовільний рівень здоров'я, гарні адаптивні ресурси, гармонійна ціннісно-сміслова сфера, задоволеність сімейними, професійними і міжособистісними відносинами, низький рівень соціальної фрустрованості.

Для хворих з частковою адаптацією характерний середній рівень тривожності з переважанням негативних очікувань відносно своєї майбутньої і соціальної захищеності, знижений рівень нервово-психічної стійкості, вищі показники агресивного і конфліктного реагування, певні проблеми, пов'язані із здоров'ям, задовільний рівень адаптивних ресурсів, трансформації ціннісно-сміслових утворень, часткова задоволеність сімейними, професійними і

міжособистісними відносинами, середні значення показників соціальної фрустрації.

Хворобливий стан хворих з дезадаптацією характеризується високим рівнем тривожності (з переважанням астенічних і фобічних компонентів тривоги, а також негативних очікувань відносно свого майбутнього), низьким рівнем нервово-психічної стійкості, зниженим фоном настрою, порушеннями міжособистісних комунікацій у поєднанні підвищеної конфліктності і дратівливості з ознаками мікросоціальної залежності, низькими показниками здоров'я, дезадаптивними перебудовами в ціннісно-смысловій сфері, низькими адаптивними ресурсами особистості, частковою або повною незадоволеністю сімейними відносинами, високими значеннями соціальної фрустрації.

Рівні адаптації корелюють з вираженістю тривоги.

Для осіб з достатньою адаптацією характерний – типовий низький рівень тривожності, з частковою адаптацією – середній рівень, з дезадаптацією – високий рівень тривожності.

У частини хворих із посттравматичним стресовим розладом виявляються ознаки психоорганічного синдрому з переважанням мнестического або когнітивного дефіциту. Домінуючим мнестичним дефектом є порушення вибірковості відтворення (особливо в умовах гомогенної інтерференції) різного ступеня вираженості на тлі підвищеної загальмованості слідів пам'яті, порушення регуляції мнестичної діяльності, що є зниженням довільного контролю за процесами запам'ятовування і відтворення (наявністю повторних назв одних і тих самих слів, побічних асоціацій при відтворенні).

За швидкістю і якості виконання інтелектуальних операцій достовірні відмінності між хворими із посттравматичним стресовим розладом і практично здоровими особами відсутні, проте у більшості цих хворих є виражений дефект програмування і контролю (за типом імпульсної) при рішенні нестандартних завдань.

Афектні порушення в структурі психоорганічного синдрому полягають, крім порушення поточного емоційного фону і емоційного реагування, в

негрубому порушенні інтерпретації стимулів, що мають емоційне навантаження і близьких після інтенсивності, відсутності цілісної структурованої картини захворювання та її адекватної інтерпретації, порушенні переживання свого захворювання у поєднанні з порушенням включення збереження здоров'я в систему ціннісних орієнтації особистості.

У більшості хворих із посттравматичним стресовим розладом облігатними є різні невротичні прояви, які зазвичай розвиваються на тлі відносного тривалого поточного емоційного перенапруження, безпосередньо пов'язаного як з індивідуально значущими психотравмуючими обставинами, так і з особливостями професійної діяльності в складних умовах (робота в нічний час, підвищений рівень шуму, затримка грошових виплат, відсутність роботи за фахом, нестабільність заробітку, загроза скорочення тощо).

На тлі вказаних загальноневротичних порушень, як правило, значно знижується працездатність. У ряді випадків з'являється метушлива і непродуктивна діяльність, що підкреслена домінуванням стану дезадаптації. Нерідко спостерігається загострення преморбідних індивідуально-типологічних рис.

Всі невротичні, патоперсонологічні та психопатологічні прояви, що спостерігаються в таких хворих, можливо розділити на наступні групи, або кластери:

- а) з переважанням неспецифічних невротичних, переважно астенічних, порушень;
- б) із загостренням особистісно-типологічних рис;
- в) із формуванням соматизованих еквівалентів;
- г) із загостренням існуючих психосоматичних захворювань;
- д) із екзацербациєю існуючих психічних захворювань та психопатологічних станів.

В клініці в усіх хворих на посттравматичний стресовий розлад загальним є те, що переживання травми стає головним в житті хворого, змінюючи

стиль життя і соціальне функціонування, відбувається зсув акцентів з самої травми на її наслідки.

Вираженими особливостями вищевказаних невротичних проявів є тимчасовий характер, нестабільність, парціальність і фрагментарність окремих порушень, критичне ставлення до них, можливість швидкої і повної корекції під впливом ситуації, що змінилася на сприятливу.

Але редукція таких типів реагування, як загострення особистісно-типологічних рис, загострення існуючих психосоматичних захворювань та екзацербация існуючих психічних захворювань та психопатологічних станів, відбувається більш повільно, ніж з невротичних (астенічних та психастенічних) порушень та соматизованих еквівалентів.

10.1. КОМОРБІДНІСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

При посттравматичному стресовому розладі часто спостерігаються коморбідні розлади. Наприклад, Shore та ін. [51] спостерігали у 28,0 % хворих із посттравматичним стресовим розладом ознаки генералізованного тривожного розладу, у 29,0 % – прояви депресії, у 12,0 % – фобії і у 10,0 % – стани, вказуючі на зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами.

Серед супутніх розладів найбільш частими є явища депресії і симптоми органічного ураження центральної нервової системи (порушення пам'яті, уваги, емоційна лабільність, головні болі, запаморочення).

М. Сросс і співавт. [23] встановили, що серед всіх бойових поранень частіше поєднується з посттравматичним стресовим розладом черепномозкова травма. У таких випадках захворювання було найбільш стійким, з різноманітними клінічними проявами. При відповідній симптоматиці депресію, органічне ураження центральної нервової системи і інші стани пропонується кваліфікувати незалежно від діагнозу посттравматичного стресового розладу.

Перебіг посттравматичного стресового розладу хвилеподібний; в більшості випадків, особливо при сприятливій сімейній обстановці і хороших соціальних умовах, спостерігається одужання. Можливий затяжний перебіг з наростаючою психопатизацією, епізодами антисоціальної поведінки, алкоголізацією, вживанням наркотиків.

За даними літератури, тривалість посттравматичного стресового розладу може складати від 1 тижня до 30 років і більше.

10.2. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК

Як вже наголошувалося вище, існують значні гендерні відмінності значущих етіологічних чинників, епідеміології і перебігу посттравматичного стресового розладу.

Жертви жіночої статі складають одну з найбільших груп, страждаючих від посттравматичного стресового розладу. За різними зарубіжними літературними даними, симптоматика, що має місце від 33,0 % до 83,0 % жінок, відповідає діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу. Епідеміологічними дослідженнями американських вчених встановлено, що кожна дванадцята жінка в якийсь період свого життя перенесла посттравматичний стресовий розлад, і що зі всіх жінок-жертв психотравмуючих подій приблизно у 25,0 % жінок згодом розвинеться посттравматичний стресовий розлад.

Дослідження, що проводяться у Сполучених Штатах Америки, виявили також, що ризик виникнення посттравматичного стресового розладу після негативної стресогенної дії у жінок приблизно в два рази вище, а ніж у чоловіків, що корелює з гендерними відмінностями і при виникненні депресивної симптоматики. Крім того, особливістю посттравматичного стресового розладу у жінок є їх резистентність, у порівнянні посттравматичного стресового розладу у чоловіків, до терапії, що проводиться, і триваліший їх перебіг.

До основних етіологічних чинників виникнення посттравматичного стресового розладу у жінок відносяться насильство, в першу чергу, зґвалтування, сексуальний напад і побутове фізичне або психологічне насильництво, а також несподівана смерть дитини або улюбленої людини; є дані про виникнення післяпологового посттравматичного стресового розладу [62].

Останнім часом особливу актуальність придбала проблема зростання насильства відносно жінок в зонах воїн і локальних конфліктів: зґвалтування з побічного результату війни перетворилося на зброю агресії і стає як стратегією, мета якої – завдати поразки не тільки армії супротивника, але і всьому народу, так і тактичним засобом, щоб ослабити опір шляхом нагнітання атмосфери страху, знехтування людської гідності і самоповаги, бо жінка – хранителька вогнища, культури, стабільності в суспільстві і руйнування особистісної структури великої кількості жінок переслідує мету змінити культуральний стереотип суспільства в цілому [31].

Будь-яке пережите насильство надає на жертву негативну дію, наслідки якої можуть мати місце тривалий час. Часто пережите насильство має як соматичні, так і психологічні наслідки, що діагностуються як гостра реакція на стрес (F43.0) або посттравматичний стресовий розлад (F43.1).

При цьому у пацієнток спостерігається:

- обсесивне переживання травми;
- психічне «оніміння»;
- уникнення стимулів, що асоціюються з травмою;
- виникнення численних суб'єктивних соматичних скарг (від кардіального до гінекологічного спектру), що часто не мають об'єктивного підтвердження);
- порушення сну у вигляді нічних жахів, розладу засинання, поверхневого сну;
- наявність панічних атак з вегетативними пароксизмальними станами;
- суїцидальні думки;
- перманентне відчуття страху.

Виникаючі стресові психічні порушення відносяться, в основному, до невротичного кола і розвиваються поетапно:

- етап гострої реакції на стрес;
- етап невротичних реакцій;
- етап невротичних станів;
- етап невротичного розвитку особистості [58, 59].

Перший етап – це **етап первинної (гострої) реакції на стрес**: емоційний шок, що розвивається частіше за гіпокінетичним типом і лише близько однієї шостої частини жінок, – за гіперкінетичним типом, вираженість реактивних проявів якого залежить від інтенсивності життєзагрожуючих моментів, а також від чинника несподіванки. Тривалість його від моменту стресової дії до зниження гострого афектного реагування і початку усвідомлення того, що трапилось займає у середньому 2,5 години.

На другому етапі – **невротичних реакцій** – психічні розлади не досягають вираженості окремих типів невротичних синдромів, носять хвилеподібний характер; додаткові стресові впливи мають велике значення для поглиблення психічних порушень на цьому етапі. В середньому він займає 3 – 4 місяці може бути розділений по своїх клінічних проявах на три категорії:

- 1) з переважанням тривожно-депресивних розладів;
- 2) з переважанням дисоціативних конверсійних розладів;
- 3) з переважанням фобічних розладів.

При тривожно-депресивних розладах наголошуються посттравматичні зміни деперсоналізацій. Найчастіше ці зміни виявляються в осіб, що піддалися стресовому впливу у віці до 18 років. Провідним при цьому є аутопсихічний варіант зміни самосвідомості, який виявляється відчуттям зміненого власного «Я» або порушенням плотського сприйняття. При цьому вираженість станів з переважним переживанням зміни власного «Я» визначається ступенем зрілості особистості, а вираженість змін плотського сприйняття – дисгармонійною особистістю до стресової події. Алопсихічна форма зміни самосвідомості зустрічається декілька рідше і перебігає з переважанням переживання неясної загрози, витікаючої ззовні або відчуттям незвичної як внутрішньої, так і зовнішньої порожнечі. При цьому вираженість переживання неясної загрози визначається інтенсивністю пережитого страху за своє життя під час стресу, а вираженість переживання відчуття порожнечі визначається наявністю акцентуації характеру до пережитого стресу. Вираженість проявів зміни самосвідомості у міру віддалення від психотравми зменшуються, а потім повністю зникають.

Дисоціативні конверсійні реакції наголошуються приблизно у третини жінок, причому в деяких випадках мають місце демонстративні суїцидальні спроби, здійснені у відповідь на засудження або мимовільні докори з боку близьких.

Фобічні розлади, що наголошуються приблизно у кожній п'ятій жінки, мають досить широкий діапазон і у всіх випадках залежать від зовнішніх характеристик стресогенної дії.

Етап **формування невротичних станів**. Депресивні невротичні розлади зустрічаються приблизно у половини постраждалих, дисоціативні конверсійні розлади – приблизно у кожній четвертій, obsесивні і фобічні невротичні розлади – приблизно у кожній п'ятій жінки.

У преморбіді жінок із депресивними невротичними розладами існують певні особливості: надмірна чутливість і підвищена вразливість при схильності до стриманості в зовнішньому прояві емоцій; наявність сензитивних особистісних компонентів; виховання в умовах гіперопіки.

У жінок із дисоціативними конверсійними розладами часто має місце акцентуація за гістеро-збудливим типом, зайва упевненість в своїй неповторності, підвищена чутливість, навіюваність, виховання за типом «кумир сім'ї».

Високим рівнем тривоги, психастенічними рисами, характерними для жінок з obsесивними і фобічними невротичними порушеннями, пояснюється багатоплановість клінічних проявів фобій.

Етап **невротичного розвитку особистості** наголошується приблизно в половині жінок, що пережили патогенний стресорний вплив:

- астено-депресивний невротичний розвиток;
- дисоціативно-конверсійний невротичний розвиток;
- obsесивний невротичний розвиток.

Крім того, у жінок, які пережили сексуальне насильство, мають місце порушення сексуального здоров'я: від сексуальної гіпестезії і аноргазмії до вагінізму і абсолютної сексуальної аверсії [17].

Психологічні наслідки характерні практично для жертв будь-якого виду насильництва: втрата віри і пошани до себе і оточуючих, хворобливе неприйняття свого тіла; багато жертв переживають сильне почуття обурення, яке з часом переростає у відчуття провини або ненависті до себе [64].

Американськими дослідниками [80] виділено критерії сприятливого прогнозу при реабілітації жінок із посттравматичним стресовим розладом, постраждалих від насильства.

1. Потерпілі можуть думати про те, що відбулося, не мучаючись нав'язливими думками і жахами, не побоюючись спогадів, що раптово налинули, і асоціацій.

2. Спогади про те, що відбулося супроводжуються в міру інтенсивними емоціями, а не помилковим відчуттям відчуженості.

3. Потерпілі можуть розібратися у відчуттях, пов'язаних з тим, що трапилося, і справитися з ними.

4. Симптоми депресії, тривоги і сексуальних розладів або зовсім зникають, або носять помірний і передбачений характер.

5. Потерпілі не відмовляються від спілкування з тими, що оточують і знов здатні переживати почуття любові, довіри, прихильності до інших.

6. Відчуття провини змінилося відчуттям самоповаги: потерпілі зрозуміли, що травма і відчуття втрати несуть в собі певний сенс. На зміну нав'язливим думкам про те, що трапилося прийшла реалістична оцінка інциденту.

10.3 ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

За модель вивчення посттравматичного стрессового розладу в осіб, що працюють в екстремальних умовах, було вибрано контингент шахтарів.

При вивченні клінічної картини і етапів формування посттравматичного стрессового розладу у 180 шахтарів постраждалих внаслідок аварій на вугільних шахтах, з'ясувалося, що у хворих наголошуються деякі особливості. У гострому періоді серед потерпілих спостерігалася певна етапність формування розладів аналогічне розладам описаним А. С. Тігановим (1999), Н. В. Тарабріною (2001) та ін., а саме у вигляді афектно-шокової реакції в ситуації безпосередньої загрози життя або втрати особистого значущого

об'єкту (смерть друга, колеги). Адаптаційних ресурсів особистості виявлялося недостатньо для переробки гострої стресової ситуації, відбувалося зісковзування на онтогенетично раніші форми реагування: дисоціативні, елементарно-афектні, психомоторні, соматовегетативні. Реакції на гострий стрес виявлялися дезінтеграцією свідомості – від порівняно легкого афектного звуження до розвитку виражених дисоціативних станів. Таким чином, гострі стресові стани носили позаособистісний характер і частка симптомів, що відображає конституціональні особливості індивідуума була незначною. Після гострого періоду (що триває від секунд до годин) починалася когнітивна переробка пережитої травматичної події і її наслідків, що зазвичай ускладнюється тривожно-депресивними розладами і формуванням симптомокомплексу посттравматичного стресового розладу. Поступово у постраждалих в аварії формувалися компенсаторно-присосовні особистісні і психосоматичні зміни із закріпленням певного емоційно-поведінкового стереотипу.

При аналізі клінічної картини постраждалих звертала увагу залежність між масштабністю катастрофи і вираженістю реакцій дезадаптації у шахтарів.

Виявився також зв'язок між вираженими реакціями дезадаптації і невропатичною конституцією, а також преморбідними акцентуйованими (епілептоїдними, гістероїдними, ананкастними тощо) особистісними особливостями.

У перші 2 роки після катастрофи, що трапилася, у потерпілих внаслідок аварії в шахті в 22,0 % випадків виявлений депресивний фон настрою. Вони вважали, що катастрофа різко порушила звичний хід життя і перекреслила плани на майбутнє. Їх патологічне зниження рівня оптимізму і життєлюбності, примушувало психолога насторожитися відносно ризику суїцидальної активності. Ці постраждалі ставали пацієнтами психіатричних клінік. Вони потребували спеціального спостереження і допомоги. Крім психокорекції поведінки їм необхідне було проведення і медикаментозної терапії.

Все це утрудняло соціальну адаптацію потерпілих. Дана позиція вельми яскраво виявлялася в їх поведінці. Вони майже не виходили з будинку,

були байдужі до повсякденних проблем, уникали спілкування. У 78,0 % випадках переважала тривожно-особистісна позиція.

Всі їх думки і відчуття були зайняті приходячими неприємностями. Вони прислухалися до свого прискороеного дихання або серцебиття, мучили родичів описом очікуваних негараздів, вночі погано спали з-за вираженої тривоги, ставали метушливими, нетямущими, образливими. Оптимізм тих, що оточують, їх плани, перспективи на майбутнє, – викликали у потерпілих лише роздратування. Здавалося, що вони насолоджуються своїм горем, відкидають допомогу, не можуть ні про що інше говорити, окрім загибелі товаришів і своїх каліцтв. Будь-яка зачеплена тема поверталася до вибуху на шахті і очікуванні неприємностей. Тривога з приводу їх майбутнього і майбутнього їх сім'ї порушувала соціальну адаптацію. Вони не боролися, вони лише турбувалися і тим самим утрудняли можливість надання їм допомоги.

Як показало спостереження, з часом психологічний профіль постраждалих зазнавав певні зміни.

Так, за 4 роки у більшості випадків у потерпілих домінував вже не тривожний, а так званий «іпохондричний» профіль. При цьому тривога стосувалася не тільки майбутнього, а охоплювала сьогохвилинний стан здоров'я потерпілих. Якщо в попередні роки у шахтарів переважала тривога, що призводить до значного почастищення пульсу, і дихання, то в подальші роки, навпаки, будь-яке почастищення пульсу і дихання, навіть фізіологічно обґрунтоване, призводило до тривоги з приводу стану їх здоров'я. При цьому постраждали починали виявляти у себе безліч неіснуючих хвороб, жахатися швидкому, на їх думку, наближенню смерті, настирливо шукати допомоги у лікарів і родичів. Особистість ставала декілька грубішою, примітивнішою і егоцентричною. Власні проблеми до цього часу починали їх хвилювати не тільки більше, ніж турботи інших людей, але навіть більш ніж загибель їх товаришів.

До цього часу у постраждалих змінювалася спрямованість негативних емоцій. Тепер вони більше не звинувачували себе, не шукали своєї смерті. Як і раніше, основною темою їх бесід була катастрофа, але вони зосередили-

ся не на пошуках справедливості в глобальному масштабі, а на тому збитку, який особисто їм принесла дана катастрофа. У постраждалих з'являлися всілякі неприємні відчуття в різних ділянках організму, що дало їм підставу запідозрити наявність у них важких захворювань. Цей період життя постраждалих зазвичай присвячений лікуванню від дійсних і уявних захворювань, визначенню рівня працездатності, встановленню регресу, пошуками «справедливості» для себе. У попередньому періоді шахтар винив в катастрофі і себе, і суспільство, а на даному етапі об'єктом звинувачення було достатньо абстрактне поняття, зване «керівництвом».

За 8 років після катастрофи, що відбулася, лише 39,0 % постраждалих продовжували роботу і були соціально адаптовані. Дані особи відрізнялися гармонійністю. Проте у решти потерпілих в аварії шахтарів (61,0 %) розвивалися психопатичні риси. Зміни особистості, що почалися на попередньому тимчасовому відрізку, посилювалися. Пацієнти не тільки йшли в хворобу, аналізуючи і вишукуючи у себе різні патологічні прояви, але і ставали все більш нестриманими, дратівливими, запальними і брутальними.

При цьому у 37,0 % випадків виявлявся експлозивний тип реагування з частими неконтрольованими реакціями дезадаптації, що підтверджувалося клінічною картиною і психологічними тестами. У 24,0 % випадків невротичні соматизовані розлади, що раніше з'явилися, продовжували посилюватися.

В осіб з даним профілем ригідність, образливість, незадоволеність що оточують, – поєднувалися з вегетативною нестабільністю. Постраждалі відчували біль в різних частинах тіла, в тому числі і головні. Їх турбували серцебиття, запаморочення, підвищена пітливість, коливання артеріального тиску. За висновком фахівців неприємні відчуття були спровоковані дисбалансом вегетативної нервової системи, обумовленим перенесеним під час катастрофи стресом. Слід зазначити, яскравість емоційних проявів постраждалих при деякій поверхневості демонстрованих відчуттів. У цих пострадавших, не дивлячись на постійні розповіді про подію, достатньо рідко наголошувалися сновидіння, пов'язані із трагічними подіями. Нескінченні розповіді про тра-

гедію рясніли все новими подробицями, що характеризували шахтарів героями і рятівниками.

Постраждали були упевнені в тому, що ті, що оточують (адміністрація, колеги) були винуватцями їх нещастя. Наслідки аварії, що нанесла втрату їх матеріальному і фізичному стану, також повинен був ліквідувати хтось, але не вони самі. Вони не хотіли докладати зусиль навіть для власної реабілітації, працювали погано, повністю заперечували свої недоліки в роботі, відрізнялися підвищеною чутливістю лише до власних проблем. У постраждалих превалювали рентні установки, низька відволькаємість на проблеми соціального мікроклімату, егоцентризм. Вони не помічали своїх недоліків, власні порушення правил, що сприяли катастрофі, швидко забувалися. Чужі проріхи набували невиправдано великого значення, всіляко підкреслювалися ними, мусирувалися. Фантазії і вигадки потерпілих перепліталися з реальністю, тобто спостерігалися всі ознаки істеричних (дисоціативних) розладів.

По закінченню 10 років після катастрофи вимальовувалася етапність симптоматики, а саме, депресія змінювалася іпохондрією, потім психопатичними розладами з переважанням експлозивних або істеричних рис особистості.

Був проведений кореляційний аналіз між закономірностями зміни психологічної зовнішності шахтарів, що перенесли травму, та їх віком, освітою, стажем роботи, важкістю психотравмуючої ситуації, наявністю соматичної патології, отриманими під час аварії каліцтвами, періодом часу, що пройшов після аварії, преморбідними демонстративними, експлозивними, психастеничними, лабільними, гипертимними, шизоїдними, сензитивними, нестійкими особливостями особистості, преморбідною невротичною конституцією, підтримкою рідних, матеріальним благополуччям, резидуально-органічним ґрунтом у вигляді перинатальної патології.

Як виявилось, родичі осіб, що безпосередньо знаходилися під час аварії в шахті, також перенесли важкий емоційний стрес.

Досліджувалися не тільки потерпілі, але і їх родичі. Інтерв'ювання виявило, що до катастрофи родичі потерпілих мали найрізноманітніші риси вдачі, були соціально адаптовані і вели впорядкований спосіб життя.

Вони не відзначали у себе ні підвищеної тривожності, ні войовничості. Проте у 39,0 % випадків після катастрофи у родичів потерпілих з'явилося постійне очікування нещастя, утрований неспокій з приводу долі близьких, страх смерті.

У 32,0 % випадків родичі потерпілих ставали так званими «правдошукачами». Відразу ж після катастрофи родичі були приголомшені тим, що трапилося. Але нещастя не тільки не зменшило, а навпроти, виявляло їх активність, і вони розпочали боротися за права потерпілих і свої права, долаючи безліч перешкод. Врешті-решт подолання цих перешкод почало бути однією з самостійних цілей, так званою «псевдометою». Псевдоцілі ставали для них домінуючими.

У 29,0 % випадків психологічна сутність родичів постраждалих не змінювалася, вони хвилювалися з приводу долі близьких, таких, що залишилися працювати в шахті, але вели колишній спосіб життя, і в психологічному плані у них не виявлялися ніяких особливостей.

При проведенні кореляційного аналізу між закономірностями зміни психологічної зовнішності родичів шахтарів, що перенесли травму, і їх віком, освітою, стажем роботи, важкістю психотравмуючої ситуації, наявністю соматичної патології, каліцтвами, періодом часу, що пройшов після аварії, преморбідними особливостями особистості, підтримкою рідних, матеріального благополуччя не виявилось достовірної кореляції ні з одним з вищевказаних показників.

Була виявлена висока питома вага депресивних реакцій у шахтарів, що постраждали в аварії, і їх родичів. У зв'язку з цим для уточнення вираженості депресивних і тривожних реакцій всіх досліджуваних основної групи досліджували за допомогою шкали депресії Гамільтона.

Було виявлено наявність депресивної симптоматики у обстежених нами 75 чоловік, післяаварійний період яких складав 2 ± 1 років.

У 49,0 % постраждалих наголошувалася депресія важкого ступеня (загальний бал – 38 умовних одиниць), у 36,0 % – депресія середнього ступеня (загальний бал – 23), у 15,0 % – легка депресія (загальний бал – 8).

У 27 родичів постраждалих шахтарів (післяаварійний період 2 ± 1 роки). При цьому найчастіше спостерігалися високі показники по шкалах 10 (11,0 % випадків) і 11 (8,0 % випадків), в цілому психічна тривога у постраждалих шахтарів наголошувалася у 23,0 % випадків, а соматична – у 18,0 % випадків.

Спостереження і досвід показали, що в перших $4,5 \pm 0,5$ років, що пройшли після аварії, депресія у постраждалих утримувалася в середньому на одному і тому ж рівні.

Найбільша інтенсивність симптоматики у шахтарів при катамнезі $4,5 \pm 0,5$ років після психічної травми, обумовленою аварією, наголошувалася по шкалах 15 (іпохондрія) і 13 (загальні соматичні симптоми).

При аналізі мав місце той факт, що в перших $4,5 \pm 0,5$ років після аварії у шахтарів, що безпосередньо постраждали після аварії, превалював акцент по шкалах 10 (тривога психічна) і 11 (тривога соматична), а у їх родичів по шкалах 1 (знижений настрій) і 2 (відчуття провини). Слід також відзначити, що депресія у постраждалих вище, ніж у їх родичів. При порівнянні даних виявлялися достовірні відмінності акценту показників по шкалах 10, 11, 13, 15, тобто тривога змінювалася психічною і загальносоматичною симптоматикою. У перші 3 роки важка депресія спостерігалася в 49,0 % випадків, а за 3 роки – в 27,0 %. Порівняння інтенсивності симптоматики в обох вищезгаданих групах виявляло достовірне зменшення вираженості депресії у шахтарів, постраждалих в аварії за 4 – 6 років до дослідження. У 47 родичів тих постраждалих, які потрапили в аварію за $4,5 \pm 0,5$ років до дослідження виявлено зменшення депресії і відчуття провини у порівнянні з попереднім тимчасовим періодом, проте зростала психічна і соматична тривога.

У 47 шахтарів, що постраждали в аварії, дослідження за шкалою Гамільтона проводили за 8 ± 2 років після аварії.

По закінченню 8 ± 2 років, частота соматичної і психічної тривоги у родичів постраждалих ще більше збільшувалася.

Таким чином, у всіх постраждалих під час аварії на шахті і у їх родичів мала місце депресивна симптоматика. Найбільш високий рівень депресії у постраждалих та у їх родичів був протягом перших трьох років після аварії. При цьому у самих постраждалих домінував тривожний стан, а у їх родичів пригніченість з вираженим відчуттям провини і безпорадності перед тим, що трапилося. Після трьох років тривожне відчуття постраждалих змінилося нав'язливим аналізом неіснуючих соматичних розладів. Постраждали все більш і більш заглиблювалися в пошуки тих, що турбують їх патологічних проявів. Вони багато разів зверталися до лікарів, конфліктували з ними, намагаючись добитися підтвердження своїх хвороб. У їх родичів до цього часу починав зростати психічний і соматичний неспокій з приводу здоров'я і долі шахтарів, а також стурбованість власним здоров'ям.

Протягом подальших 3 – 4 років психологічна зовнішність постраждалих змінювалася. Депресія зашторювалася безліччю псевдосоматичних розладів, обумовлених вегетативним дисбалансом. На перший план виступала «втеча в хворобу», що носить конверсійний характер. Змінювалася особистість пацієнта, суїцидальні тенденції носили демонстративно-шантажний характер і свідчили про психопатизацію даних осіб.

В родичів постраждалих у зв'язку з постійною невротизуючою ситуацією, обумовленою спілкуванням і індуційованістю психічно неврівноваженого близького, посилювалася частота тривожних розладів, що також сприяло зміні їх особистості.

Для детальнішого уточнення складових депресії, зокрема «когнітивно-афектних» і «вегетативних» її компонентів, нами був використаний опитувальник Бека. Даний опитувальник дозволив ще детальніше, ніж шкала Гаміль-

тона, прослідкувати динаміку і виявити варіанти депресивних розладів у шахтарів, що постраждали в аварії.

Дослідження за шкалою Бека потерпілих в результаті аварії на шахтах в різні терміни, що пройшли після аварії від 1 до 10 років, показав достовірні відмінності динаміки психопатологічних симптомів у постраждалих в результаті аварії на шахті і у їх родичів. У постраждалих в результаті аварії наголошувалося зменшення безпосередньо афектних складових депресії і збільшення її вегетативного компоненту, а у родичів зниження депресивної симптоматики в цілому.

При дослідженні постраждалих і їх родичів за допомогою опитувальника «СМДО» і шкали Гамільтона був виявлений високий рівень тривоги і тривожності. Для з'ясування питання, чи був рівень тривожності преморбідним високим або був обумовлений наслідком аварії, проводилося дослідження шахтарів і їх родичів за опитувальником Спілбергера – Ханіна з метою детального вивчення реактивної і особової тривожності. Інтерв'ювання показало, що 93,0 %, постраждалих від аварій на шахті та їх родичі до виникнення вищезгаданої катастрофи були впевнені в своїх силах, не обертали уваги на життєві труднощі, вважали, що завжди зможуть справитися з неприємною ситуацією. Вони взагалі мало замислювалися над будь-якими проблемами, оптимістично дивилися в майбутнє. За їх словами вони не мали підвищену тривожність.

При вивченні динаміки тривожності наголошувалися певні закономірності перебігу тривожності залежно від давності катастрофи, а саме, у родичів потерпілих відразу ж після аварії реактивна і особистісна тривожність різко зростали порівняно з показниками реактивної і особистісної тривожності до аварії (виявленими шляхом інтерв'ю). З часом реактивна тривожність у постраждалих зменшувалась, а особистісна – зростала.

У родичів потерпілих рівень реактивної і особистісної тривожності зростала відразу ж після аварії, а потім поступово падала.

У 24,0 % випадків у потерпілих наголошувалися рентні установки, низька відволікаємість на проблеми соціального мікроклімату, егоцентризм. У даних осіб образливість, незадоволеність поєднуються з вегетативною нестабільністю і невротичними соматизованими розладами. Потерпілі не помічали своїх недоліків, власні порушення, що сприяли катастрофі, швидко забувалися ними. Чужі проріхи набували невинувато великого значення, всіляко підкреслювалося ними, мусуювалося. Фантазії і вигадки потерпілих перепліталися з реальністю, тобто спостерігалися всі ознаки істеричних (дисоціативних) розладів.

Для диференціювання характеру, вираженості і динаміки дисоціативних розладів у потерпілих та їх родичів використовувалася шкала дисоціації.

З часом все більший відсоток хворих, а саме 37,0 % перенесли аварію за 2 ± 1 роки до дослідження, у 51,0 % – що перенесли аварію за $4,5 \pm 0,5$ років до дослідження, у 72,0 % – що перенесли аварію за 8 ± 2 років до дослідження, наголошувалася зміна ставлення до подій супутнім і сприяючим аварії, а також до власної ролі в цих подіях. Потерпілі починали вважати себе головним, а деколи і єдиними постраждалими, а також несправедливо соціально обділеними особами. Їх долі, на думку самих постраждалих, були трагічними, а їх діяльність під час аварії – героїчною. Зростала настирливість і нав'язливість постраждалих. Дані особи ставали все більш егоцентричними. Вони переконувалися в своїй винятковості, їх власні проблеми починали домінувати не тільки над суспільними проблемами, але і над інтересами сім'ї. Вони все більше переконувалися, що не тільки сторонні, але і рідні не розуміють їх, оскільки не випробували тих жахів, з якими потерпілим довелося боротися. Поступово по їх провіні розривалися не тільки дружні, але і сімейні стосунки. У них втрачався інтерес до потреб інших людей, власне «Я» займало дуже велике місце в їх свідомості. Виникали раніше невластиві їм образи і незадоволеність до оточуючих. Вони постійно нагадували всім про свої страждання, прагнули привернути до себе увагу всілякими захворюваннями, зокрема нападами, гіпервентиляційним диханням, гіперкінезами. По-

страждали по будь-якому приводу підкреслювали винятковість своєї біографії. Вони часто порівнювали свої проблеми з проблемами інших людей і змінювалися в думці про те, що доля обділила їх. Витоки своїх знегод вони шукали в соціальній сфері. Весь світ представлявся їх боржником. У 83,0 % випадків у постраждалих виникали рентні установки. Таким чином, чим більше проходило років після психічної травми, тим більше вираженими ставали дисоціативні (конверсійні) розлади, досягаючи рівня клінічно окреслених порушень.

Вираженість дисоціативних реакцій у родичів потерпілих наголошувалася в достовірно меншому ступені, ніж у постраждалих ($p < 0,01$). З часом дисоціативні реакції знівелювали. Обличчя цієї групи залишалось соціально адекватним, працездатним, що підтримує суспільні зв'язки з оточуючими.

Той факт, що значна кількість безпосередньо потерпілих під час аварії на шахті, починає страждати дисоціативними розладами, при цьому катанез не тільки не призводить до компенсації процесу, але викликає ще глибші розлади, співпадає з літературними даними. У родичів потерпілих психічна травма у вигляді хвилювання за долю близьких також призводить до дисоціативних розладів, хоча і в достовірно більш окремих випадках, ніж у потерпілих ($p < 0,01$). При цьому при збільшенні терміну після аварії у родичів потерпілих зменшується вираженість симптоматики, приходивши до повної нівеляції симптомів і виникнення соціальної адаптації.

Організація психореабілітації постраждалих під час аварій на шахтах представляє вельми складне завдання, що пов'язане з виникненням в них психічних розладів. Постраждали в аварії зазвичай уникають звернення до лікувальних установ і особливо в психіатричні клініки з-за упереджень соціального характеру. Тому для них не підходять традиційно організовані форми допомоги. Є пропозиції щодо створення реабілітаційних центрів в Україні по подібності реабілітаційних центрів, створених у Сполучених Штатах Америки громадськими ветеранськими організаціями. Їх перевага перед тра-

диційною державною службою полягає в анонімності і широкій сфері допомоги аж до побутової.

Психокорекція є обов'язковою складовою процесу реабілітації шахтарів, що постраждали в аварії. Відновлення преморбідного рівня функціонування хворих вимагає створення додаткових ресурсів їх «Я», необхідних для того, щоб справитися з сьогоденням і майбутнім стресами. Для цього слід підтримати адаптивні навички «Я», сформувані позитивне ставлення до симптомів, зменшити уникнення і змінити атрибуції. При виробленні підтримки адаптивних навичок «Я» створюється позитивне ставлення до терапії. Формування позитивного ставлення до симптомів полягає у примиренні пацієнтів з тим, що перенесена психічна травма неминуче завдає збитку їх здоров'ю. Це неприємно, але цей факт, що відбувся. З приводу нанесеного психічного збитку не варто безцільно нарікати, а потрібно пристосовуватися до обставин.

Дуже важливим завданням, поставленим перед фахівцем психотерапевтом, є навчання пацієнта подоланню страхів перед всім тим, що нагадує йому обставини психічної травми. Пацієнт не повинен ховатися від цих обставин, він повинен сприймати і враховувати свій негативний досвід. Зміну атрибуції сенсу має на увазі «контроль» над психічною травмою. Для нівеляції наслідків психічної травми психотерапевт створює нову когнітивну модель життєдіяльності, афектну переоцінку травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості і знаходження ресурсів для подальшого існування. До теперішнього часу розроблено конкретні диференційні психотерапевтичні тактики. У психотерапевтичній роботі велика увага приділяється зв'язку психічних розладів з преморбідними структурами особистості.

Основною метою психотерапії є звільнення від переслідуючих спогадів і робота по включенню в сьогодення. Психотерапія повинна сприяти зниженню тривоги, відновленню відчуття особистісної цілісності і контролю над тим, що відбувається. При цьому контакт з пацієнтом вельми утрудне-

ний з-за попереднього порушення міжособистісних зв'язків – складного переплетення глибинних емоцій (недовіри, зради, залежності, ненависті).

На думку Н. В. Тарабріної (2001) найбільш прийнятним видом терапії для пацієнтів, що перенесли травматичний досвід, є групова терапія. Існують різні точки зору з приводу переваги того або іншого методу психотерапії для роботи з пацієнтами, що отримали психічну травму. Найбільш поширеними методами є робота з групами відкритого типу, орієнтованими на вирішення освітніх завдань або на структурування травматичних спогадів (робота «там і тоді») або, навпаки, робота з групами, що мають задану структуру, націленими на виконання конкретного завдання, а саме, на вироблення навичок співволодіння з травмою (робота «тут і тепер»).

Про те, що психотерапія є методом переважного лікування осіб, що перенесли важкий стрес свідчить ряд англomовних авторів. Особливо корисною є групова психотерапія для хворих, що перенесли однаковий стрес. Групова психотерапія може поєднуватися з індивідуальною. В результаті індивідуальної психотерапії хворий починає розуміти роль, яку зіграв стрес в його захворюванні і зживає старі травми. Іноді після успішної терапії хворі, що перенесли психічну травму, стають навіть більш морально сильними, а ніж до захворювання. Так відбулося і із спостережуваною групою постраждалих шахтарів. З ними був проведений соціально-психологічний тренінг.

Заняття у тренінговій групі проводили протягом перших трьох місяців двічі в тиждень по 3 години: протягом подальших трьох місяців – один раз на тиждень; у подальших 6 місяців – один раз на два тижні.

Тренінгові групи комплектувалися з 10 – 12 постраждалих із урахуванням їх психологічної сумісності. Для цього заздалегідь проводилося тестування за допомогою методики «СМДО». Тренінгову групу відвідували особи з різними варіантами особистості, зокрема з депресивними, гістероїдними, іпохондричними, тривожними, епілептоїдними. При цьому психолог враховував психологічні властивості кожного і групову терапію поєднував з індивідуальною з урахуванням можливостей особистості.

Тренінги проводилися по наступній схемі.

Підготовчий етап («розминка») тривав близько 30 хвилин.

На цьому етапі обговорювалися проблеми учасників тренінгу. Нікого з учасників на перших заняттях не примушували до «оголення відчуттів». Бесіди проводилися в довірчій обстановці. Фахівець з медичної психології старався, щоб кожен пацієнт відчував, що його індивідуальна проблема хвилює колектив. При викладі навіть неприємної ситуації пацієнт відчував підтримку з боку психолога, він повинен був бачити в його особі захисника, що відстоює його інтереси, тобто ті властивості, яких у ряді випадків його позбавляла громадськість.

Основний етап тривав близько 2 годин.

Метою основного етапу було подолання емоційної кризи особистості, що з'явилася наслідком аварії в шахті.

Для емоційного реагування застосовувалися ряд загальновідомих методів, зокрема гештальт-терапія, психодрама, елементи нейролінгвістичного програмування, техніка «прощення», психічної десенсибілізації тощо.

На основному етапі враховувалися індивідуальні особливості осіб.

Велике значення приділялося процесу прощення, оскільки саме даний процес сприяв емоційному відреагуванню і позбавленню від негативних емоцій (гніву, образи, розчарування).

Для кращого емоційного відреагування психотерапевт звертав увагу на особистісні якості постраждалих. Як з'ясувалося, в осіб із епілептоїдним радикалом слід звертати увагу на позбавлення від гніву, із шизоїдним – на визнання власної провини в трагедії, що трапилася, з ананкастним – на розуміння поглядів, що змінилися, на справедливість в світі, із гістероїдним – на готовність пробачити кривдника.

Метою завершуючого етапу було підведення підсумків заняття і у вербальній формі доведення до учасників тих нових цінностей, які вони придбали в результаті тренінгу.

Співробітники Державної установи: «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної Академії Медичних Наук України» для реабілітації осіб із посттравматичним стресовим розладом пропонують використання ряду психотерапевтичних технік, до яких вони відносять когнітивну терапію А. Бека, включаючи моделюючи техніки і техніки самоконтролю, техніки прогресивної м'язової релаксації, телесноорієнтовані, сімейної психотерапії.

Алгоритм психотерапевтичного втручання полягав в тому, що когнітивна терапія А. Бека і моделююча техніка склали основний терапевтичний блок, а решта технік і методів психотерапії була доповнюючою. В тих випадках, коли пацієнт або випробовував утруднення у вербалізації своїх проблем, або висував на перший план другорядні скарги і конфліктні ситуації, деяка допоміжна в даному випадку психотерапевтична техніка (прогресивної м'язової релаксації, тілесноорієнтованої терапії, сімейної психотерапії) використовувалася як ведуча.

Когнітивна терапія А. Бека відноситься до інсайторієнтованих видів психотерапії. В межах когнітивної психотерапії інсайт розглядається як процес встановлення зв'язку між життєвими подіями і психологічними реакціями. Завдання психотерапевта полягає в тому, щоб сконцентрувати увагу пацієнта на процесі відбору і інтерпретації інформації. Після цього пацієнтові пропонувалося перевірити обґрунтованість висновків і у разі їх помилковості замінити на адекватніші. Виділяють декілька найбільш типових логічних помилок, що часто зустрічаються, у постраждалих: надгенералізація, селективна увага, персоніфікація, дихотомічне мислення, зайва відповідальність і «катастрофування» (три останні типи найбільш є характерними для хворих із посттравматичними стресовими розладами).

Дуже важливим завданням, поставленим перед психотерапевтом, є навчання пацієнта подоланню страхів перед всім тим, що нагадує йому обставини психічної травми. Пацієнт не повинен ховатися від цих обставин, він повинен сприймати і враховувати свій негативний досвід. Зміну атрибуції сенсу має на увазі «контроль» над психічною травмою. Для нівеляції наслід-

ків психічної травми психотерапевт створює нову когнітивну модель життєдіяльності, афектну переоцінку травматичного досвіду, відновлення відчуття цінності власної особистості і здатності подальшого існування.

Н. В. Тарабріна (2001) вважає найбільш актуальним моментом в проведенні групової психотерапії, можливість розділення з групою повторного емоційного сприйняття травматичної події, що сприяє зменшенню емоційного напруження і розвитку «відчуття ліктя». Не менш важливим є зниження відчуття ізоляції, звільнення від гнітючого відчуття сорому, вироблення дружньої атмосфери, «ухвалення і безпеки». Зусилля психотерапевта повинні бути направлені на навчання методам того, що упоралося з наслідками психічної травми, на подолання відчуття власної нецінності, можливість поділитися власними «ганебними секретами», вироблення оптимістичного погляду в майбутнє. Ряд авторів відзначає позитивний ефект від когнітивно-бихевіоральної поведінкової психотерапії, спрямованої на ліквідацію наслідків аварій. У даному випадку центральне місце відводиться конфронтації особистості пацієнта з травматичними образами-спогадами. Робота із спогадами призводить до ослаблення симптоматики і подолання унікаючої поведінки. Існує декілька варіантів поведінкових тренінгів. До них відносяться техніка «висаджуючих інтервенцій», десенсибілізація і переробка травмуючих переживань за допомогою руху очей, що допомагають подолати страх. Не менш важливий тренінг подолання тривоги. За допомогою цього тренінгу пацієнт вчиться контролювати тривогу.

Для подолання тривоги, яка є такою, що становить реакції дезадаптації, виражених стресом, застосовуються різні методи аутогенного тренування від нижчого до вищого ступеня. При цьому проведення шести вправ нижчого ступеня аутогенного тренування дозволяє впливати на вегетативну нервову систему і вегето-вісцелярні функції організму. До вищого ступеня аутогенного тренування J. H. Schultz відносив вправи, мета яких полягала в тренуванні процесів уяви і нейтралізації афектних переживань. У основі вправ вищих ступенів аутогенного тренування лежить медитація. Представляє ін-

терес для лікування наслідків стресу, описана В. С. Лобзіним і М. М. Решетніковим методика «Аутогенного тренування пам'яті», спрямована на відреагування хворобливих спогадів. Флешбек є причиною соціальної дезадаптації і деяких хворобливих відчуттів пацієнтів. Флешбек може бути купейний після багатократного детального відтворення обставин, часу подій, ситуації. Спогади повинні обов'язково супроводжуватися вербалізацією, яка полегшується в стані аутогенного занурення. Відреагування хворобливих спогадів призводить до нейтралізації і поліпшення стану хворого.

Н. В. Тарабріна (2001) рекомендує застосування «біологічного зворотного зв'язку» для купірування симптоматики наслідків стресу. Будь-який емоційний стан виявляється в зміні вегетовісцеральних показників. Хвилювання, страх, тривога супроводжуються прискоренням пульсу, підвищенням артеріального тиску, зміною температури тіла, напругою поперечно-смугастої мускулатури. Астенії зазвичай супроводжує артеріальна гіпотонія, дратівлива слабкість, порушення ритму дихання, тобто в організмі людини існує зворотний зв'язок між психічними і фізіологічними функціями. Реєстрація тонших змін фізіологічних процесів і використання зворотного зв'язку дозволяє керувати мимовільними фізіологічними процесами.

Метод нервово-м'язового розслаблення розроблений Едмундом Джекобсоном, включає активну м'язову релаксацію і пасивну. Активна м'язова релаксація сприяє зменшенню напруги попереково-смугастої мускулатури і тим самим призводить до значного зниження тривожності, надмірної нервово-психічної напруги, зменшенню патологічної дії стресу. При постійних, щоденних заняттях у постраждалих має місце тенденція до розвитку «звички відпочивати» в будь-яких умовах, тим самим формується психологічна установка на зменшення збудливості і схильності до стресу, в тому числі в умовах екстремальної обстановки. Пасивна м'язова релаксація, за допомогою зосередження уваги на сенсорних сигналах, які поступають з конкретних груп попереково-смугастої мускулатури сприяє їх розслабленню в процесі безпосередньої концентрації уваги на цих м'язах. Пасивна релаксація найбільш

ефективна для нормалізації сну осіб, професія яких пов'язана з екстремальними умовами праці.

Психотерапію часто називають «тренінгом емоцій». Для такого тренінгу необхідно використовувати методики, об'єднуючі як орієнтування в середовищі (аналіз ситуації в сьогоденні, відчуття фантазії, пам'ять), так і розпускання «м'язових затисків тіла». Надмірна перевага у бік раціонального призводить до надмірного приділення уваги так званому «пристосуванню до реальності». Приділяючи дуже багато увагу «тілу», людина навчається виражати різні відчуття, але вони не відповідатимуть тому, як вона переносить свою ситуацію в нетерапевтичній сесії. «Розрядки емоційних блоків» можна досягти тільки гармонізуючи внутрішнє і зовнішнє. Дуже важлива рівновага особистості. Надмірна перевага сенсорної сторони може породити іпохондрію, надмірну перевагу емоцій – істерію, перевага мислення – «компульсивний» і «фригідний» інтелект. Така перевага однієї сторони зазвичай супроводжується недорозвиненістю інших сфер. Відновлення гармонії і інтеграції приходять за допомогою вивільнення того, що заблоковане. Відновлення рівноваги нерідко проводиться за допомогою гештальттерапії.

Будь-який емоційний стан виявляється в зміні вегетовісцеральних показників. Хвилювання, страх, тривога супроводжуються прискоренням пульсу, підвищенням артеріального тиску, зміною температури тіла, напруженою попереково-смугастою мускулатурою. Астенії зазвичай супроводжують артеріальна гіпотонія, дратівлива слабкість, порушення ритму дихання, тобто в організмі людини існує зворотний зв'язок між психічними і фізіологічними функціями. Реєстрація найтонших змін фізіологічних процесів і використання зворотного зв'язку дозволяють керувати мимовільними фізіологічними процесами.

На думку Н. В. Тарабріної небезрезультатна психодинамічна психотерапія посттравматичного стресового розладу. Дана терапія в своїх теоретичних підставах сходиться до концепції психічної травми З. Фрейда, представлену в його пізніх роботах. На думку З. Фрейда для особистості неприємні

внутрішні чинники (негативні емоції, іпохондричні установки, нездійснені надії) набагато обтяжливіші, а ніж об'єктивно важкі впливи дії. З. Фройд розрізняв два варіанти психотравмуючих дій, а саме, випадок коли травмуюча ситуація є провокуючим чинником, що загострює преморбідну невротичну структуру. І інший випадок, коли травма фактично призводить до посттравматичного стресового розладу. При цьому виникають повторення травматичних переживань, нічні жахи, що постійно повертаються, аналіз яких дозволить відреагувати травму. Подальший розвиток поглядів З. Фрейда отримали в працях англійського психоаналітика М. Ханса, що запропонував поняття «кумулятивна травма». В основі накопичення психотравмуючих чинників автор розглядає «промахи» матері в захисті своєї дитини. На думку автора при надлишку цих «промахів» у дитини можуть виникнути психосоматичні розлади. Існує ще одне трактування психічної травми, що розглядає дані обставини як результат чисельних фрустраційних суб'єктів.

Класичним трактуванням психічної травми, що викликає наслідки, є підхід до травми як до екстремальної події обмеженої в часі, тобто що має початок та кінець, і що надав несприятливий вплив на психіку суб'єкта. Останнім часом ряд авторів все частіше звертається до понять «енергетичні» або «інформаційні» уявлення про травму. Дані поняття також трактуються в ракурсі психодинамічного підходу до психічної травми, що призвела до виникнення наслідків. Вказаний підхід припускає, що інформаційне перевантаження повергає сучасника в стан постійного стресу. Надлишок інформації нав'язливим чином відтворюється в пам'яті (флешбеки). У відповідь на когнітивний конфлікт виникають емоційні реакції, які в деякій мірі мають захисний характер, виникають нові образи «Я». Конфлікт між старими і новими образами «Я» породжує виражені негативні емоції, які витісняють думки про травму. Якийсь час йде переробка інформації, викликаючи мимовільні спогади. Потім переробка інформації завершується і уявлення про травматичну подію стираються з пам'яті. Ряд авторів відзначає високу ефективність психокорекції при роботі психотерапевта саме в цьому напрямі.

В процесі дезадаптації, обумовленою травмою, психічна особа міняється, змінюється «образ Я», образи значущості інших. Виникають поєднання колишнього преморбідного образу і нового, породженого травмою. Ці образи, залишаючись в активному стані можуть вступати в суперечність і породжувати сильне емоційне напруження. Завдання психолога інтегрувати нове і старе «Я» в єдиний образ «Я». Під час активації нового і старого «Я» включаються дисоціативні механізми (уникнення, заперечення, емоційної глухоти). Будь-який раз, коли когнітивний контроль не спрацьовує, психічна травма спливає наново (флешбек), що веде знов і знов до емоційного напруження, уникнення, заперечення. Психологу під час корекції слід допомагати пацієнтові переробляти когнітивні схеми, а також понизити напруженість мимовільних спогадів, реакцію уникнення і заперечення. Психотерапія, що виникає в результаті, когнітивна і емоційна інтеграція образів «Я» і середовища дозволяють редукувати наслідки психічних травм.

Деякі фахівці рекомендують використовувати методи гіпнотерапії для подолання актуальності психотравмуючих переживань. При аваріях на підприємствах важливе значення мають соціальні наслідки хвороби, при яких відбувається зміна професійного і сімейного статусу людини. Перебіг захворювання викликає зміну всієї психічної зовнішності пацієнта. В умовах хвороби складається нова соціальна ситуація розвитку. Тому для проведення успішної реабілітаційної роботи з пацієнтами, що перенесли катастрофи, психокорекція і психотерапія їх тимчасової і життєвої перспективи є першорядним завданням.

Клініко-динамічний аналіз нервово-психічних станів внаслідок стресу показав доцільність надання трьохетапної допомоги – на амбулаторному, напівстаціонарному і стаціонарному рівнях. Амбулаторний етап призначений для пацієнтів з нерізко вираженими невротичними станами і особистісними рекомендаціями. На цьому етапі центральною ланкою лікувального впливу на наслідки стресу є психотерапевтичним комплексом, що включає одночасне і послідовне використання раціональної, когнітивно-поведінкової психо-

терапії і аутогенного тренування. На етапі напівстаціонарного лікування в умовах нічного, денного стаціонару і профілакторія за наявності динаміки посттравматичного стресового розладу передбачалося дотримання принципів комплексності, диференційованого виконання реабілітаційних програм. Базисна психотерапія поєднувала психотерапевтичну дію (раціональну, сугестію, особистісно-конструктивну, сімейну терапію) і психопрофілактичний компонент (формування «здорового способу життя»), усунення дезадаптивного стилю міжособистісних відносин (спрямованих на корекцію надмірної безпеліяційності, безкомпромісності, відсутності довіри).

Наявність розладів пограничного, а тим більше психотичного рівня припускає виконання вже власне лікувальних (іноді невідкладних) дій. На відміну від патологічних форм відреагування посттравматичного стресового розладу (гіпо- і гіперкінетичний варіанти), пограничного розладу не носили синдромально окресленого характеру, відрізняються транзиторністю і рудиментарністю проявів, відсутністю суб'єктивного відчуття «нездоров'я», супроводжується відносно підлягаючими зберіганню формами поведінки (спілкування), здатністю пошуку (хоча і не завжди продуктивного) виходу з важких ситуацій, не виявляють виражених ознак соціально-психологічної дезадаптації.

Ефективною виявилася комплексна психотерапія супортивного характеру. Вона включала на початкових етапах індивідуальну, патогенетичну, раціональну і директивно-групову психотерапію, симптоматичну сугестію і тренінгову психотерапію з переходом на подальших етапах на недирективну групову. У випадках особливо масивною психогенії методом вибору повинна бути емоційно-стресова терапія або наркопсихотерапія.

Ряд авторів рекомендує в лікуванні наслідків стресів застосовувати психотерапію, орієнтовану на реконструкцію майбутнього. Скорочена і не-позв'язна майбутня тимчасова перспектива осіб, страждаючих наслідками аварій, насиченість їх минулого психологічною травмою, що не втрачає для них актуальності, не дивлячись на перебіг часу, робить перспективнішою

психотерапевтичну роботу з сьогоденням і майбутнім особистості, чим «занурення» в її минуле. Автор концепції «реконструкція майбутнього» американський психотерапевт Ф. Мелджес висунув гіпотезу протилежну затвердженням психоаналітиків. Він доводив, що «майбутнє впливає на сьогодення» і розробив «психотерапію, орієнтовану на реконструкцію майбутнього». Аналізуючи особливості цієї терапії В. С. Хомик відзначив, що вона допомагає пацієнтам протистояти психотравматичному минулому. Психотерапія, орієнтована на реконструкцію майбутнього переважно базується на принципах футурування (перенесення очікуваних картин майбутнього в психологічне сьогодення) і тимчасовій організації минулого та майбутнього. Реконструкція майбутнього може здійснюватися за допомогою складання майбутньої автобіографії, ролевих ігор часу, психодрамою майбутнього. Метод може комбінуватися з сімейною і груповою терапією.

За даними ряду авторів реакції дезадаптації, обумовлені стресом, підлягають корекції за допомогою психотерапевтичних методик, об'єднаних під назвою «психотерапія кризових станів».

Частіше застосовується індивідуальна терапія, але може використовуватися і групова, і сімейна форма. Завданням психотерапії кризових станів є перебудова світогляду постраждалих у бік їх реалістичності і підготовки до конструктивного подолання подальших життєвих криз. Прикладом психотерапії кризових станів є аксіопсихотерапія (В. П. Ларічев, 1983) і профілактично-орієнтована патогенетична психотерапія (Б. А. Бараш, 1985).

Аксіопсихотерапія запобігає фіксації когнітивної установки особистості на безвихідній ситуації, відсутності сенсу життя, підвищує фрустраційну толерантність. Профілактично-орієнтована патогенетична психотерапія долає надцінний егоцентризм і односпрямоване програмування життя, навчає раціонально-емотивному опору, подальшому життєвому кризу. Дана психотерапія використовує парадоксально-шокові прийоми за типом «все набагато гірше». Пошук «забутих у минулому» потреб і інтересів постраждалих і шляхів їх актуалізації в ситуації блокування єдиної мети життя. Психотера-

пія кризових станів орієнтована на людей, які не мають вираженої психопатології, і не завдає їм психопатизацію і наркотизацію, можливу маніфестацію психотичної патології і суїцидальної поведінки, хроніфікування психосоматичних розладів.

Як вказує Л. М. Юр'єва (1998) вельми важливо при посттравматичних стресових розладах примирити постраждалого з його минулим. Психотерапія повинна допомогти хворому подолати відчуття провини, безпорадності, безсилля знайти втрачене відчуття контролю над тим, що оточує. Дуже важливі групи підтримки, яка допоможе пацієнтові глибше розібратися в значенні травматичної події. У Сполучених Штатах Америки існують групи підтримки ветеранів – жертв військових подій і військовополонених, в Нідерландах – притулки для битих чоловіками жінок, у Києві почала функціонувати група підтримки для жертв насильства.

Чинники соціальної підтримки що оточують успішно використовуються у подоланні наслідків аварій. Були виділені основні соціальні чинники, що впливають на успішність адаптації постраждалих. До них відносилася відсутність фізичних наслідків аварій, міцне фінансове положення, збереження колишнього соціального статусу, наявність соціальної підтримки з боку суспільства, особливо групи близьких людей. При цьому останній чинник впливає на успішність подолання наслідків травматичного стресу найбільшою мірою.

Важливим етапом психокорекційної роботи з особами, страждаючими на посттравматичний стресовий розлад, є сімейне консультування. Необхідно розповісти родичам про клінічні ознаки посттравматичного стресового розладу, про відчуття хворого, про принципи поведінки родичів в даній ситуації. Родичів необхідно проінформувати про тривалість перебігу цього захворювання про можливий флешбек-ефект. З близькими родичами також бажано проводити психотерапевтичні сеанси, оскільки неадекватна поведінка хворого може сприяти у них розвитку невротичного стану. Дуже важливо

навчити пацієнта методам релаксації, оскільки після психічної травми їх тривалий час супроводжує відчуття тривоги і напруги.

Д. Хамманд пропонує використовувати метафору «виправлення перелому» або «дезинфікування рани», щоб підготувати пацієнта до хворобливого зіткнення з травматичним досвідом. Відтворення пережитого при травмі може бути дуже хворобливим, автор порівнює його з дезинфекції рани. Психолог повинен бути особливо уважним при роботі з пацієнтом, страждаючим наслідком психічної травми. Пацієнт зможе відверто розповідати про травму тільки в тому випадку, якщо психолог його уважно вислуховує. Будь-який прояв відкидання або знецінення сприймається пацієнтом як негатив і може довести пацієнтів до припинення боротьби за одужання. Емпатичний психолог заохочує пацієнта до розповіді про події, що вселили йому жах. Важливо для фахівця психолога співпереживати пацієнтові, але не демонструвати власні емоції. Не менш важливою є здатність не зісковзувати на побічні теми. Навіть, якщо пацієнт сам під час бесіди відключається у ті галузі, які не пов'язані з травматичним страхом, психолог повинен протидіяти цьому, інакше у пацієнта може виникнути відчуття, що екзистенціальна важкість пережитого нестерпна для психолога. При цьому у пацієнта з'явиться відчуття самоти, незрозумілості. Психологу слід пам'ятати про те, що пацієнти, страждаючі наслідком аварій на підприємствах (соціальною психічною травмою), в більшості випадків втратили довіру до суспільства, тому одним з його завдань є відновлення цієї довіри. Н. В. Тарабріна підкреслює особливу чутливість пацієнтів, страждаючих наслідками стресів, і навіть пропонує відмовитися від обов'язкових діагностичних процедур перед розмовою про травматичні події, враховуючи неприязнь потерпілих до «формальностей», у тому числі і формального проведення корекції. Велика увага при роботі з пацієнтами з наслідками аварій на промислових підприємствах приділяється обговоренню і виключенню всіх можливих джерел небезпеки в реальному житті постраждалих. Ряд авторів підкреслює, що психолог повинен не нав'язувати пацієнтові свій темп роботи і саморозкриття, а прийняти той,

який йому пропонує потерпілий. Рекомендується інформувати членів сім'ї особи, яка страждає на посттравматичний стресовий розлад, про необхідність роботи по позбавленню спогадів і відтворенню травматичного досвіду, оскільки саме вони підтримують унікаючі стратегії поведінки пацієнтів.

В результаті стресових ситуацій у постраждалих часто виникає депресія. Для реабілітації постраждалих розроблені різноманітні реабілітаційні програми. Психотерапію слід проводити тим інтенсивніше, чим вище роль психогенних моментів у виникненні депресії. Велике значення для позитивного ефекту мають психотерапевтичні взаємини між психологом і пацієнтом. Необхідні довірчі бесіди з постраждаючим для виявлення пізніх метаморфоз депресивної симптоматики, які можуть бути вельми різноманітними аж до патологічних установок. Численний досвід постраждалих з приводу їх оцінки відношення до них навколишніх осіб і життєвої ситуації в цілому допомагають уточнити позицію пацієнта щодо реальності і тим самим доповнюють клінічне сприйняття психолога.

При формуванні психотерапевтичної атмосфери в роботі з постраждалими необхідним є включення в процес середнього медичного персоналу. Дуже важливим при цьому є позитивний емотивний вплив персоналу, оскільки при роз'єднаності когнітивного емоційного сприйняття інформації вона може бути або заблокована, або відкрита. Відомо, що культурний і освітній рівень родичів постраждалих допомагають психологу виявити основні проблеми, а також знайти шлях ефективного зниження негативного афектного заряду.

Ряд авторів підкреслює, що терапія тривожних і депресивних розладів, що виникли після стресових ситуацій, є вельми складним завданням, оскільки невміле втручання психолога і психіатра у ряді випадків є контрпродуктивним. Нагадування про психотравму іноді тільки загострює симптоматику. Разом з тим ряд авторів підкреслює високу ефективність ряду психотерапевтичних методик, вживаних в купіруванні наслідків стресів. До даних методів відноситься поведінкова психотерапія, серед техніки якої в деяких випадках

використовують навмисне пред'явлення хворому умовного подразника, що нагадує йому про стрес. З часом реакція на стресові чинники стає для постраждалого звичною, потім слабшає або повністю зникає. Таким чином, психолог добивається психологічної десенсибілізації, залишаючись разом з постражданим в момент панічного нападу, заспокоюючи його, допомагаючи йому розслабитися, і оцінюючи вираженість тривоги до і після кожного сеансу психотерапії.

Когнітивна поведінкова (раціональна) психотерапія – це тонший, але заснований на тих самих принципах метод. При цьому виявляються індивідуальні чинники, що характеризують патологічний стан людини. Проводячи курс когнітивної психотерапії, психолог пояснює постраждалому причини його негативного ставлення до навколишнього світу, до самого себе і до свого майбутнього. Спогади про психотравму (загиблих товаришів, можливість власного каліцтва) можуть призвести до посилення симптомів депресії і зниження самооцінки.

Мета когнітивної психотерапії полягає в усуненні «негативного мислення» і заниженої самооцінки постраждалого. Когнітивна психотерапія покликана навчити постраждалого знову дивитися на навколишній світ, відновити і укріпити його упевненість в собі.

Для формування довіри психологові корисно визнати об'єктивність труднощів, пережитих пацієнтом. Перший етап роботи психолога з пацієнтами, страждаючими на посттравматичний стресовий розлад, як і перший етап роботи з пацієнтами інших нозологічних одиниць, під час психологічного консультування – це завоювання довіри. Н. В. Тарабріна застерігає психологів від розповсюджених помилок. Існують два край негативною варіанти роботи психолога із наслідками стресу. Першим варіантом є реакція уникнення відштовхуючих фактів життя пацієнта. Проте дана тактика психолога лише підсилює «змову мовчання» навколо потерпілого, що може призвести до розвитку хронічної форми посттравматичного стресового розладу. Другою крайньою позицією психолога є реакція надідентифікації, що обумовле-

на надлишком емпатії. В результаті цього психолог виходить за межі професійного спілкування з пацієнтом. Він приймає на себе роль товариша за нещастям або боротьбою і тим самим обмежує можливості стимулювати у пацієнта коригуючий емоційний досвід. Крім того, будь-яке «розвенчання ілюзій» може зробити руйнівний вплив на терапевтичні відносини психолога і пацієнта. Робота з пацієнтом, страждаючим наслідками стресу, вимагає величезного емоційного внеску від психолога, аж до розвитку у нього розладу аналогічного постраждалому (вторинного посттравматичного стресового розладу). Вторинний посттравматичний стресовий розлад виявляється і у психолога у формі флешбеків, депресій, відчуття безпорадності, відчуження, регресії, цинізму. Високим є також ризик розвитку у психолога психосоматичних розладів (втома, дисомнії, надзбудження, неконтрольованих поривів відчуттів).

При нескінченній різноманітності особливостей особистості людини і індивідуальних стилів життя неможливо уявити собі існування одного правильного і абсолютно ефективного методу терапевтичної дії. У сучасній психології і психокорекції існує широкий спектр підходів до розладів. Вельми значними є психоаналітичні підходи до потерпілого. За кожним методом існує індивідуальне авторське бачення людини і взаємодія людей один з одним. Застосовуються різні методи: від стресового кодування до сприяння саморозкриття особистості, від тієї, що не терпить зволікання «психоемоційної реанімації» до високодуховного «садівникування»; від жорсткого тиску сугестії до безоцінного вислухування сповідаючого співбесідника. Крім техніки в мистецтві психокорекції не менш важливим є чітке уявлення цілей, що досягаються, тому психотехнологічні навички нерозривно пов'язані з етикою. Психокорекція – це не стільки позбавлення від хвороби так розкриття можливостей і ресурсів особистості.

Згідно даним катамнестических досліджень в 50 % осіб, що перенесли стреси, після 6 місяців лікування стан поліпшується. Постраждалі відновлю-

ють свою самооцінку, соціальний і професійний статус і здатні коригувати свій емоційний стан, не використовуючи ліки.

11. КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

У сучасному вигляді діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу представлені в Міжнародній класифікації хвороб Десятого перегляду, де вони виглядають таким чином:

А. Хворий піддався дії стресової події або ситуації (короткострокової або тривалої) виключно загрозового або катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини.

Б. Хворий постійно наново переживає дії стресора, що виражені у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються, або випробовує дистрес, опинившись в обставинах, що нагадують про перенесене потрясіння або асоціюються із стресом.

В. Хворий уникає (або випробовує бажання unikати) обставин, що нагадують про пережите або що асоціюються із стресором (причому до перенесеного стресу така тенденція не спостерігалася).

Г. Існує будь-яка ознака з кількості наступних:

1. Нездатність пригадати (повністю або частково) деякі важливі моменти, що відносяться до періоду дії стресового чинника;

2. Стійкі симптоми підвищеної психологічної чутливості і збудливості (які не спостерігалися у дії стресового чинника), представлені будь-якими двома з наступних:

а) утруднення засинання або підтримки сну;

б) дратівливість або спалахи гніву;

в) утруднення концентрації уваги;

г) підвищення рівня неспанья;

д) посилений чотирьоххолмний рефлекс.

Прояви, описані в пунктах Б – Г, виникають не пізніше ніж після шістьох місяців після стресової події (або вважаючи з моменту закінчення періоду стресу).

Діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу

F43.1 Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад виникає як відставлена і (або) затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які, в принципі, здатні викликати загальне потрясіння майже у будь-якої людини. Сприяючі чинники, такі як певні особові риси (наприклад, компульсивні, астеничні) або перенесене раніше невротичне захворювання, можуть знизити поріг розвитку цього синдрому або обважнювати його перебіг, але не є необхідною і достатньою умовою для його виникнення. До типових ознак відносяться епізоди повторного переживання травми у формі нав'язливих спогадів («ремінісценцій»), снів або кошмарів, що виникають на тлі хронічного відчуття «заціпенілості» і емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакції на події, що відбуваються в безпосередньому оточенні, ангедонії, а також уникнення діяльності і ситуацій, що нагадують про пережите. Як правило, спостерігається стан перезбудження вегетативної нервової системи з підвищеним рівнем неспання, посиленою реакцією переляку і безсонням. Ці симптоми і ознаки зазвичай супроводжуються тривогою і депресією; нерідко виникають суїцидальні думки. Даний розлад виникає услід за травмою після латентного періоду, який може складати від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг має хвилеподібний характер, але в більшості випадків можна чекати одужання. У незначної частини пацієнтів наголошується тенденція до хронічного перебігу; описаний стан зберігається у них впродовж багатьох років і, врешті-решт, переходить в хронічну зміну особистості (F62.0). Хворий піддався дії стресової події або ситуації (короткостроковою або тривалою) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини. Хворий постійно на-

ново переживає дію стресора, що знаходить прояв у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються, або випробовує дистрес, опинившись в обставинах, що нагадують про перенесене потрясіння або асоціюються із стресором. Хворий уникає (або викликає бажання уникати) обставин, що нагадують про пережите або що асоціюються із стресором (причому до перенесеного стресу така тенденція не спостерігалася).

12. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИКИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Для об'єктивізації діагностики посттравматичного стресового розладу застосовується спеціальні експериментально-психологічні методики.

Нами представлено деякі основні методики, які достатньо часто застосовуються в практиці психодіагностики симптомів посттравматичного стресового розладу (табл. 4, табл. 5).

СКРИНІНГОВИЙ ОПИТУВАЛЬНИК НА ВИЯВЛЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1	2	3	4
<i>Чи відбувалося з Вами що-небудь з цих подій?</i>			
1.	Чи потрапляли Ви в аварію, яка загрожувала Вашому життю?	Так	Ні
2.	Чи потрапляли Ви в пожежу, повінь або природні катастрофи?	Так	Ні
3.	Чи були Ви свідком того, як кого-небудь важко ранило або убило?	Так	Ні
4.	Чи був член Вашої сім'ї, коханий або дуже близький друг убитий або помер в результаті нещасного випадку, вбивства або самогубства?	Так	Ні
5.	Чи примушували Вас всупереч Вашій згоді вступати у сексуальні відносини?	Так	Ні
6.	Чи ображали Вас сексуально (тобто хтось торкався або чіпав Ваші статеві органи (груди), коли Ви цього не хотіли)?	Так	Ні
7.	Чи було здійснено фізичний напад на Вас або чи ставали Ви об'єктом насильства?	Так	Ні
8.	Чи перебували Ви в стосунках з партнером, якого боялися?	Так	Ні
9.	Інші випадки, окрім тих, які перераховані в попередньому питанні: Ваш коханець, член сім'ї або знайомий чи бив Вас коли-небудь, чи штовхав ногою, чи бив по обличчю, чи здійснював інше фізичне насильство?	Так	Ні
10.	Чи був у Вас досвід безпосередньої участі в бойових діях під час війни?	Так	Ні
11.	Чи були Ви в дитинстві жертвою фізичного насильства?	Так	Ні
12.	Чи були Ви в дитинстві жертвою сексуального насильства?	Так	Ні
13.	Чи були Ви дитиною, про яку абсолютно не піклувалися?	Так	Ні
(Ставте ці питання тільки тоді, коли відповіді «Так» були дані на будь-яке з питань 1 – 13)			
<i>Чи була у Вас в минулому місяці хоч би одна на наступних проблем?</i>			
14.	Спогади, які турбують Вас, приходять весь час, незважаючи на те, чи думаєте Ви про них чи ні?	Так	Ні
15.	У Вас часто повторюються нічні жахливі сни?	Так	Ні
16.	Ви відчуваєте «ретроспекцію», коли Вам здається, що те, що трапилося з Вами у минулому, повторюється знов?	Так	Ні
17.	Ви відчуваєте себе набагато гірше, коли щось нагадує Вам про подію або події, що відбулися у минулому?	Так	Ні
18.	Ви відчуваєте, що фізично реагуєте на що-небудь, що нагадує Вам про той, що відбувся з Вами у минулому? Наприклад, починає битися або часто битися серце або стає важко дихати?	Так	Ні
(Якщо відповіді на всі питання 1 – 18 «Ні», закінчуйте розділ посттравматичного стресового розладу і переходьте до № 26)			

1	2	3	4
19.	Ви навмисне намагалися уникнути всіх думок або почуттів про те, що з Вами трапилося?	Так	Ні
20.	Ви міняєте дорогу, щоб обійти певні місця, заходи або людей, які можуть Вам нагадати про те, що з Вами трапилося у минулому?	Так	Ні
21.	Ви відчували, що не можете запам'ятати щось або частина чогось, що важливе для Вас, що нагадує про те, що з Вами трапилося у минулому?	Так	Ні
22.	Ви перестали приділяти необхідну увагу таким заняттям у Вашому житті, які раніше були для Вас важливими?	Так	Ні
23.	Ви випробовуєте свою ізольованість від інших людей або Вам важко бути з ними близькими?	Так	Ні
24.	У Вас таке враження, що Ви більше не можете переживати або що у Вас значно менше емоцій, чим було раніше?	Так	Ні
25.	Те, що Ви думали про майбутньому, або плани на майбутнє змінилися внаслідок чогось, що з Вами трапилося у минулому?	Так	Ні
(Якщо у опитуваного немає хоч би трьох симптомів з пунктів 19 – 25 закінчіть цей розділ і переходьте до № 26).			
26.	Вам важко засинати або Ви часто прокидаєтеся?	Так	Ні
27.	Дурниці Вас дуже хвилюють або можуть розсердити?	Так	Ні
28.	У Вас проблеми з тим, щоб концентруватися або думати про те, що Ви робите, навіть коли Ви намагаєтеся концентруватися?	Так	Ні
29.	Ви відчуваєте, що Вам потрібно бути наготові майже весь час?	Так	Ні
30.	Несподівані звуки лякають Вас більше, ніж зазвичай?	Так	Ні
(Чи було два або більше відповідей на 26 – 31 «Так»? Якщо так, то у Вас посттравматичний стресовий розлад)			

МІССИСІПСЬКА ШКАЛА

ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Міссисипська шкала для посттравматичного стресового розладу (Kean, Caddell & Taylor, 1988), функціонує в західних країнах як надійний індикатор захворювання, проте психометричні дані надійності і валідності російськомовного варіанту ще не опубліковано.

Ключ обробки. Підраховується звичайна сума балів: зворотні шкали (2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34) і прямі шкали (останні).

При підрахунку балів в зворотних шкалах перший варіант відповіді відповідає 5 балам, п'ятій – 1 балу. Чим більше сума балів, тим вірогідніше діагноз посттравматичного стресового розладу.

Таблиця 5

1. У минулому в мене було більше близьких друзів, ніж зараз				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	частково вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
2. У мене немає відчуття провини за все те, що я робив в минулому				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	частково вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу)				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	мало-ймовірно	у деякому ступеню ймовірно	ймовірно	у край ймовірно
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і заподіює мені біль				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
6. Я здатний вступати у емоційно близькі відносини з іншими людьми				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
7. Мені сняться вночі жахи про те, що було зі мною реально у минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив у минулому, мені просто не хочеться жити				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякої ступені вірно	вірно	абсолютно вірно
9. Зовні я виглядаю бездушним				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
10. Останнім часом відчуваю, що хочу накласти на себе руки				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли потрібно вставати				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди

12. Я весь час ставлю собі питання, чому я ще живий, тоді як інші вже померли				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
13. У певних ситуаціях відчуваю себе так, як ніби я повернувся в минуле				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поті і примушую себе більше не спати				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
15. Я відчуваю, що більше не можу				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
16. Речі, які викликають у інших людей сміх або сльози, мене не чіпають				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
17. Мене як і раніше радують ті ж речі, що і раніше				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
19. Я виявив, що мені працювати не важко				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
20. Мені важко зосередитися				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
21. Я без причини плачу				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
22. Мені подобається бувати в товаристві інших людей				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
23. Мене лякають мої прагнення і бажання				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
24. Я легко засинаю				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюся				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди

26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	абсолютно вірно
27. Я легка, спокійна, урівноважена людина				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	абсолютно вірно
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які відбулися зі мною, я ніколи не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	абсолютно вірно
29. Часом я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які траплялися зі мною у минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
30. Я не випробовую дискомфорт, коли знаходжуся в натовпі				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю із-за дрібниць				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
32. Я боюся засинати				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною у минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
34. Моя пам'ять так само хороша, як і раніше				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
35. Я зазнаю труднощі в прояві своїх відчуттів, навіть по відношенню до близьких людей				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
36. Часом я поводжуся або відчуваю так, ніби те, що було зі мною у минулому, відбувається знову				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
37. Я не можу пригадати деякі важливі речі, які відбулися зі мною у минулому				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно

38. Я дуже пильний і насторожений велику частину часу				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
39. Якщо трапляється що-небудь, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що у мене починається сильне серцебиття і перехоплює дихання; я весь тремчу і покриваюся потім; у мене кружляється голова, з'являються «мурашки» і я майже непритомнію.				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто

13. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Інші психічні захворювання

Найбільш значущими в диференціально-діагностичному плані посттравматичними стресовими розладами є гострі реакції на стрес, реактивні стани психотичного рівня, тривожні і фобічні розлади. Необхідно враховувати, що симптоми тривоги є зазвичай осьовими і супроводжують як більш так і менш диференційовані психічні розлади. Найпоширенішим з них є депресія, але ці симптоми виникають також при будь-якому психозі (тобто при тих захворюваннях, які в діагностичній ієрархії розташовуються на більш високому рівні, ніж тривожний стан). Крім того, тривога є складовою частиною obsesивного стану. Отже, дуже важливо в кожному випадку упевнитися в тому, що виявлені і адекватно оцінені ті, що є у хворого симптоми і ті симптоми, і вони відповідають клінічним і тимчасовим критеріям посттравматичного стресового розладу.

Тиреотоксикоз

При тиреотоксикозі можуть спостерігатися симптомокомплекси, що нагадують посттравматичний стресовий розлад. Необхідним є об'єктивне підтвердження гіпертиреозу. За наявності мерехтіння передсердя, екзофтальму,

судинного шуму над щитовидною залозою необхідно провести дослідження функції щитовидної залози.

Лікарська інтоксикація

Слід враховувати, що симптоматику, посттравматичного стресового розладу, що нагадує, зокрема, тривогу, можуть викликати стимулятори центральної нервової системи, перш за все, кофеїнового ряду; тривожні розлади і безсоння можуть викликати також симпатоміметичні засоби, наприклад бронхолітичні препарати.

Симптоми відміни прийому психоактивних речовин

Практично облігатна тривога і дисомнія виникають на тлі відміни психоактивних речовин седативної, наркотичної, сомногенної дії – похідні бензодіазепіну, алкоголю або барбітуратів. Діагностичні труднощі виникають, коли хворий хоче приховати вживання психоактивних речовин, але просить позбавити від патологічних симптомів. Слід також враховувати, що особи, які набувають психоактивних речовин незаконним шляхом, можуть звертатися до медичних установ в надії отримання седативного засобу як лікувального препарату; у таких випадках пацієнти не схильні повідомляти правдиві анамнестичні відомості).

Феохромоцитома

У реальній клінічній практиці симптоматика, схожа з посттравматичним стресовим розладом і викликана феохромоцитомою, зустрічається вкрай рідко. На можливість феохромоцитомі можуть указувати анамнестичні дані про судинний криз, що супроводжується проносом.

Додаткові інструментальні і біохімічні дослідження

Не слід проводити зайвий об'єм специфічних досліджень на тиреотоксикоз або феохромоцитому, якщо при зборі анамнезу і соматичному огляді не виявлено ніяких ознак можливої наявності цих захворювань.

14. ТЕРАПІЯ І РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Хворі на посттравматичний стресовий розлад потребують системної послідовної терапії, включаючи психофармакологічну терапію, психотерапію, реабілітаційні заходи. Ця система повинна реалізовуватися комплексно і етапно.

Етапи надання медичної допомоги хворим з посттравматичним стресовим розладом:

1. Безпосереднє надання медико-психологічної допомоги у вогнищах катастроф і надзвичайних ситуацій.

2. Надання амбулаторної допомоги постраждалим в умовах психоневрологічних диспансерів і спеціалізованих центрів охорони психічного здоров'я.

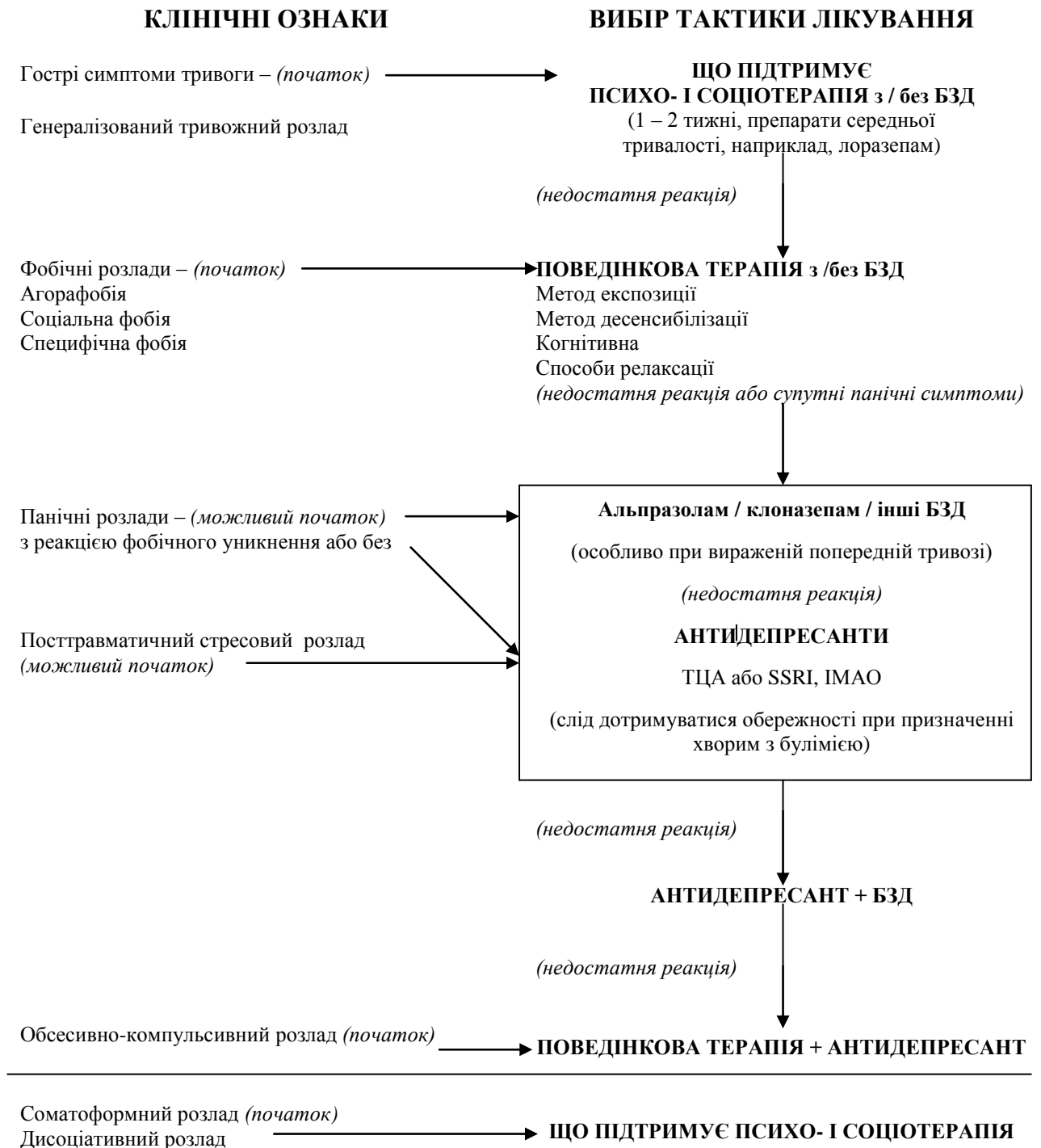
3. Надання стаціонарної допомоги за свідченнями. У випадках розгорненої декомпенсованої форми посттравматичного стресового розладу в умовах відділень неврозів і погранічних станів психіатричних лікарень і психосоматичних відділень багатопрофільних загальносоматичних лікарень.

4. Реабілітаційний етап – в амбулаторних умовах психоневрологічного диспансеру і спеціалізованих центрів з подальшим санаторно-курортним лікуванням.

У тих випадках, коли постраждалі потрапляють до лікувальних установ незабаром після дії психічної травми, спеціалізована допомога повинна надаватися негайно.

Порушення психічної сфери в цих випадках носять характер гострої реакції на стрес, реактивних станів у вигляді дисоціативних і конверсійних розладів, афективних порушень. При розвитку порушень психічної сфери, відповідних клінічній картині і діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу, слід дотримуватися наступної терапевтичної тактики.

ПРИНЦИПИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ



Психофармакологічну терапію слід призначати водночас із заходами хірургічного і терапевтичного характеру силами лікарів будь-якої спеціальності (які, зрозуміло, повинні мати необхідну підготовку).

У цих випадках найчастіше призначають невеликі дози транквілізаторів або антидепресантів, щоб добитися зменшення афектних розладів і нормалізувати сон. Іноді (при значній збудливості) використовують нейролептики.

Гострі реакції на стрес в більшості випадків проходять без лікарської терапії. Проте, якщо мають місце симптоми сильної тривоги, доцільно на строк до трьох днів призначати протитривожні засоби (наприклад, такі бензодіазепіни, як феназепам по 0,5 міліграм до трьох разів на день). Деякі небензодіазепінові протитривожні засоби, наприклад атаракс, можуть призначатися протягом тривалішого періоду часу. Якщо у пацієнта безсоння, то на строк до трьох днів можна призначити снодійні препарати (наприклад, радедорм по 5 міліграм перед сном).

14.1. МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

У лікуванні посттравматичних стресових розладів застосовуються практично всі класи фармакологічних препаратів психотропної дії. Залежно від клінічної структури ведучих симптомокомплексів посттравматичного стресового розладу препаратами вибору можуть бути в подальшому убуваючому ступені: антидепресанти, бензодіазепіни, атипові нейролептики, і у край рідко, конвенційні нейролептики. Основні препарати цих груп, що застосовуються в сучасній психофармакології, представлено в наступних таблицях [25].

Розташування препаратів в табл. 6 відображує континуальну клініко-терапевтичну класифікацію, в якій зверху вниз убуває седативний і зростає стимулюючий ефект. Вказана класифікація не враховує порівняльну силу тимоаналептичної дії препаратів і не диференціює седативний і анксиолітичний ефекти. У дану таблицю не включено деякі антидепресанти з недостатньо певним положенням в цьому ряду, зокрема, циталопрам (наявні дані дозволяють умовно віднести його до антидепресантів збалансованої дії).

Спектр клінічної дії нейролептиків

Препарат	Седативна дія	Антипсихотична (інцизивна) дія	Антимаревне дія
1	2	3	4
Переважно з седативною дією (седативні нейролептики)			
Хлорпромазін (аміназін)	++++	++	++
Левомепромазін (тизерцин)	++++	+	+
Тіоридазін (мелерил, сонапакс)	+++	+	+
Хлорпротиксен	+++	++	+
Зуклопентіксол (клопиксол)	+++	+++	+++
Периціазін (неулептил)	+++	+	+
Алімемазін (терален)	++	+	+
Тіапрід (тіапридал)	++	+	+
Переважно з антипсихотичною дією (інцизивні нейролептики)			
Перфаназін (етаперазін)	++	++	++
Трифлуоперазін (трифтазін)	++	+++	++++
Галоперидол	++	+++	++++
Сультопрід (топрал)	++	+++	+++
Флуфеназін (модитен)	+	+++	+++
Флупентіксол (флюанксол)	+	+++	++
Піпотіазін (пипортіл)	+	+++	+++
Тіоперазін (мажептіл)	+	++++	++
Переважно із стимулюючою дією (дезінгібуючі нейролептики)			
Сультірид (еглоніл)	–	++	+
Карбідін	–	+	+
Атипові нейролептики			
Клозапін (лепонекс, азалептин)	++++	+++	+++
Кветіапін (сероквель)	+	++	+++
Рісперідон (рисполепт)	+	++	+++
Оланзапін (зіпрекса)	++	+++	+++
++++	сильна (максимально виражена) дія		
+++	виражена		
++	помірна		
+	слабка		
–	відсутня		

У терапії посттравматичного стресового розладу найбільш обнадійливі результати отримані при використанні психофармакологічних засобів, в першу чергу антидепресантів. Ряд авторів [67, 71, 72, 95, 98, 105] вказує на успішне застосування трициклічних антидепресантів, амітриптиліна. В той же час у ряді публікацій існують дані про ефективність лікування посттравматичних стресових розладів антидепресантами.

Ряд авторів використовували при лікуванні посттравматичних стресових розладів адреноблокатор пропранолол і карбамазепін. А. Bleich і співавт.

[23] повідомляють про деяке поліпшення при лікуванні великими транквілізаторами і неефективності малих транквілізаторів. У більшості робіт, освітлюючих досвід лікування хворих із посттравматичними стресовими розладами, ефективність медикаментозної терапії істотно підвищувалася при поєднанні з різними видами психотерапії.

Таблиця 7

Антидепресивні засоби (спектр клінічної дії)

Спектр дії	Генерична назва	Торгові назви препарату
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Переважно седативна дія</i>	<i>Триміпрамін Доксепін Амітриптилін Тразодон Міансерін Флувоксамін Пілофезін</i>	<i>Герфонал Синекван Еліквел, амізол Тритіко Лерівон, миансан Феварін Азафен</i>
<i>Збалансованої дії</i>	<i>Мапротилін Тіанептін Пірліндол Сертралін Пароксетін Кломіпрамін</i>	<i>Людиоміл Коаксил Піразидол Золофт Паксил Анафраніл</i>
<i>З переважно стимулюючою дією</i>	<i>Флуоксетін Моклобемід Іміпрамін Ніаламід</i>	<i>Прозак, продеп, портал, флуоксетин-акри, флуоксетин нікомед Аурорікс Меліпрамін, прилойган, імпрамін Ніаламід</i>

Клінічний досвід підтверджується даними контрольованих випробувань про те, що більшість лікарських речовин, ефективних при посттравматичних стресових розладах, відносяться до препаратів, які також викликають позитивну терапевтичну реакцію як у хворих з депресивним розладом, так і у хворих з панічним розладом. Це, зокрема, відноситься до тих симптомів, які пов'язані з надмірним збудженням і нав'язливими повторними переживаннями перенесеного. Все це справедливо не тільки відносно трициклічних антидепресантів (наприклад, амітриптиліна, імпраміна, дезипраміна і доксіпіна) і ІМАО (зокрема, фенелзіна), але також з великою вірогідністю для бен-

зодіазепінів (альпразолама), літію, карбамазепіну, вальпроату, буспірону, флуоксетину, пропранолола і клонідину.

Таблиця 8

Антидепресанти

Генерічна назва	Мінімальні дози	Середні дози	Максимальні дози
1	2	3	4
Трициклічні антидепресанти			
<i>Пілофезн</i>	25 – 100	125 – 200	225 – 400
<i>Амітриптилін</i>	25 – 100 в / м + в / в 25 – 50	125 – 200 в / м + в / в 75 – 100	225 – 400 в / м + в / в 125 – 150
<i>Доксепін</i>	25 – 50 в / м + в / в 25 – 50	50 – 75 в / м + в / в 50 – 75	75 – 100 в / м + в / в 75 – 100
<i>Іміпрамін</i>	25 – 75 в / м + в / в 25 – 50	100 – 250 в / м + в / в 75 – 100	250 – 400 в / м + в / в 125 – 150
<i>Кломіпрамін</i>	25 – 75 в / м + в / в 25 – 50	100 – 225 в / м + в / в 75 – 100	250 – 300 в / м + в / в 100 – 150
<i>Тіанептін</i>	12,5 – 25	37,5	50
<i>Тріміпрамін</i>	25 – 125 в / м + в / в 25 – 50	150 – 250 в / м + в / в 75 – 125	275 – 400 в / м + в / в 150 – 200
Тетрациклічні антидепресанти			
<i>Мапротилін</i>	25 – 75 в / м + в / в 25	100 – 175 в / м + в / в 50 – 75	200 – 250 в / м + в / в 100
<i>Міансерін</i>	15 – 30	30 – 90	120
Антидепресанти іншої хімічної структури			
<i>Тразодон</i>	75 – 150	225 – 450	525 – 600
Селективні інгібітори реаптейку серотоніну			
<i>Пароксетін</i>	10	20	40 – 80
<i>Сертралін</i>	50	50 – 100	150 – 200
<i>Флувоксамін</i>	50	100 – 200	250 – 400
<i>Флуоксетін</i>	20	20	40 – 80
<i>Циталопрам</i>	20	40	40 – 60
Незворотні інгібітори MAO			
<i>Ніаламід</i>	50 – 75 в / м + в / в	100 – 400 в / м + в / в	450 – 800 в / м + в / в
Зворотні інгібітори MAO			
<i>Моклобемід</i>	150	150 – 300	300 – 600
<i>Пірліндол</i>	25 – 75 в / м + в / в 25 – 50	100 – 225 в / м + в / в 75 – 100	250 – 500 в / м + в / в 125 – 200

Наприклад, Davidson та ін. [71] показали, що при лікуванні хворих на посттравматичний стресовий розлад амітриптилін був ефективніший, ніж плацебо. Ці результати були більш показові при оцінці за шкалою Гамільтона для тривожних станів, а ніж при оцінці за шкалою нав'язливості. Такі ж результати були отримані при порівнянні ефективності іміпраміну і дезипрами-

ну з плацебо. Van der Kolk і ін. [105] повідомили про перевагу флуоксетину по відношенню до плацебо, посилаючись на аналогічність оцінок, як за шкалою депресії Гамільтона, так і за лікарською шкалою посттравматичного стресового розладу. Останнє дослідження представляє особливий інтерес і є багатообіцяючим у зв'язку з вказівкою на можливу специфічність дії SSRI при призначенні їх хворим на посттравматичний стресовий розлад. Оскільки ця група антидепресантів є найбільш безпечною в застосуванні, то вони можуть стати засобами вибору при лікуванні посттравматичного стресового розладу. Суперечливі дані були отримані відносно використання ІМАО при лікуванні хворих на посттравматичний стресовий розлад [98].

Таблиця 9

Транквілізатори і снодійні – рівні доз (міліграм)

Препарат	Дози		
	малі	середні	високі
<i>Алпразолам (ксанакс, кассадан)</i>	0,5 – 4	4 – 6	6 – 10
<i>Бромазепан (лексиліум, лексотан)</i>	3 – 12	12 – 18	18 – 36
<i>Гідазепам</i>	20 – 50	50 – 100	100 – 150
<i>Гідроксизін (атаракс)</i>	20 – 50	50 – 100	100 – 300
<i>Діазепам (седуксен, реланіум, сібазон)</i>	5 – 20	20 – 40	40 – 60
<i>Золпідем (івадал, санвал)</i>	5 – 10	10 – 15	15 – 20
<i>Зопіклон (імован)</i>	3,75	7,5	15
<i>Клоназепам (антелепсин, ривотрил)</i>	0,5 – 2	4 – 8	8 – 16
<i>Клоразепам (транксен)</i>	15 – 30	30 – 40	40 – 60
<i>Лоразепам (мерлит)</i>	1 – 4	4 – 6	6 – 10
<i>Медазепам (мезепам, рудотель)</i>	10 – 20	20 – 40	40 – 60
<i>Мідазолам (дормікум)</i>	7,5	15	30
<i>Нітразепам (радедорм, еуноктин)</i>	2,5 – 5	5 – 10	10 – 15
<i>Оксазепам (нозепам, тазепам)</i>	10 – 20	30 – 60	60 – 90
<i>Темазепам (сігнопам)</i>	7,5	15	30
<i>Тофізопам (грандаксин)</i>	50 – 150	150 – 200	200 – 300
<i>Тріазолам (хальціон)</i>	0,125 – 0,25	0,25 – 0,5	0,5 – 1
<i>Феназепам</i>	0,5 – 1,0	1,0 – 3,0	3,0 – 6,0
<i>Флунітрозепам (рогіпнол)</i>	0,5	1,0	1,5 – 2,0
<i>Хлордіазепоксид (еленіум)</i>	20 – 40	40 – 60	60 – 100

У зв'язку із значною коморбідністю даного розладу з депресією дуже важливим є питання наукового підтвердження прямої дії SSRI на симптоми посттравматичного стресового розладу, на відміну від можливої опосередкованої антидепресивної дії.

При тенденції до хронічного перебігу посттравматичного стресового розладу рекомендують застосовувати наступні групи препаратів: антидепресанти (амітриптилін – 50 – 300 міл./добу, іміпрамін – 50 – 300 міл./добу, феналзін – 30 – 90 міл./добу, флуоксетин – 20 – 60 міл./добу, сертралін – 50 – 200 міл./добу); стабілізатори настрою (карбонат літію – 300 – 1500 міл./добу); анксиолітики (клоназепам – 0,25 – 3,0 міл./добу, пропранолол – 40 – 160 міл./добу, клонідин – 0,2 – 0,6 міл./добу), антиконвульсанти (вальпроєва кислота або депакін – 750 – 1750 міл./добу, карбамазепін – 200 – 1200 міл./добу).

Таблиця 10

Нормотіміки (тимоізолептики)

Назва	Лікарська форма	Оптимальний інтервал добових доз	Частота прийому одноразової дози	Примітки
<i>Літію карбонат</i>	пігулки по 0,3 р.	0,6 – 1,2	3 рази на добу	Контроль за концентрацією літію в плазмі крові
<i>Літію карбонат (контемнол)</i>	пігулки по 0,5 р.	0,5 – 0,15	1 раз на добу	Контроль за концентрацією літію в плазмі крові
<i>Літію оксибутират</i>	20 % розчин для ін'єкцій в ампулах по 2 мл.	1,6 – 3,2	3 рази на добу	Контроль за концентрацією літію в плазмі крові
<i>Карбамазепін (фінлепсін тегретол)</i>	пігулки по 0,2 р.	0,4 – 1,0	2 – 3 рази на добу	
<i>Карбамазепін-ретард (фінлепсін-ретард, тегретол ЦР)</i>	пігулки по 0,2 і 0,4 р.	0,4 – 0,8	1 раз на добу	
<i>Вальпроат натрію (ацедипрол, конвулекс, депакін, енкорат, апілепсін)</i>	пігулки по 0,15 і 0,3 р.	0,6 – 1,4	2 – 3 рази на добу	
<i>Вальпроєва кислота (депакін-хроно)</i>	пігулки по 0,3 і 0,5 р.	0,5 – 1,5	1 раз на добу	

У підгострому періоді проводяться заходи щодо надання психокорекційної допомоги з урахуванням клінічних особливостей психічного стану

хворих. Це значною мірою знижує частоту різних психічних розладів у віддаленому періоді.

Найбільш складною є організація допомоги на віддалених етапах перебігу хвороби. Як вже мовилося, хворі уникають звертань до лікувальних установ за причинами особливостей клінічної картини посттравматичного стресового розладу. Крім того, багато хто відмовляється відвідувати психіатричні установи із-за побоювань соціального характеру. Тому традиційні організаційні форми допомоги не підходять для даного контингенту.

14.2. ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ ХВОРИХ

ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Як вже мовилося, психологічна корекція є обов'язковим і найважливішим складовим процесом реабілітації хворих із посттравматичним стресовим розладом. Відновлення преморбідного рівня функціонування хворих вимагає створення додаткових ресурсів їх «Я», необхідних для того, щоб подолати існуючі і майбутні стреси. У зв'язку з цим існують чотири стратегії терапії, здатні досягти цієї мети:

- підтримка адаптивних навичок «Я» (одним з найбільш важливих аспектів є створення позитивного ставлення до терапії);
- формування позитивного ставлення до симптомів (сенса полягає в тому, щоб змусити пацієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти подальшу травматизацію фактом існування цих розладів);
- зменшення уникнення (тому що прагнення пацієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому переробити її досвід);
- зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити сенс, який пацієнт додає перенесеній психотравмі, і таким чином створити у пацієнта відчуття «контролю над травмою»).

Більшістю фахівців рекомендовано облігатне використання методів психотерапії для подолання актуальності психотравмуючих переживань [96].

У ряді випадків посттравматичного стресового розладу обумовлюються своєрідним поєднанням стресових чинників, при цьому до стресогеної дії відносять не тільки несприятливі, але і позитивно забарвлені. Як з'ясувалося, формування посттравматичного стресового розладу залежить від суб'єктивної значущості даних чинників і ставлення особистості до них. Деколи в тих випадках, коли не можна прибрати психотравмуючий вплив, можна змінити до нього ставлення, підвищити толерантність, дезактуалізувати. Особливе значення в цьому напрямі має саме психотерапія.

Побудова системи психотерапії хворих із посттравматичними стресовим розладами

Враховуючи відокремлені вище особливості особистості хворих із посттравматичним стресовим розладом, реагування їх на захворювання, клінічну неоднорідність непсихотичних порушень психічної сфери, які наголошуються у них, в першу чергу, **психотерапевтичний вплив на цих хворих повинен бути системним і багаторівневим, зорієнтованим в трьох основних напрямках, в кожному з яких можна виділити декілька рівнів:**

Перший напрямок – біологічний, в якому виділяється п'ять рівнів реалізації психотерапевтичного впливу:

1) організму (найвищий і загальнооб'ємніший з цього напрямку, який передбачає вплив на весь організм, як тотальну біологічну систему, або систему систем);

2) функціональних систем (за П. К. Анохіним – сукупність фізіологічних систем, що взаємодіють у виконанні певної роботи);

3) фізіологічних систем (системи травлення, дихання, кровообігу, сечовиділення, ендокринної тощо);

4) органів (наприклад, навіювання спокійної роботи серця, або відчуття тепла в області шлунку, нирок тощо);

5) окремих груп кліток (незважаючи на відому долю умовності цього рівня, дослідження, проведені під керівництвом А. Т. Філатова, доказали реальність реалізації гіпнотичного впливу на клітинному рівні).

Другий напрямок – психологічний (психічний), в якому виділяють три рівні:

1) особистості (найвищий і тотальний рівень цього напрямку, який передбачає корекцію особовистісних установок, системи моральних цінностей і тому подібне);

2) сфер психіки (сприйняття, емоції, пам'ять, мислення тощо);

3) окремих властивостей сфер психіки (наприклад, зміцнення і потенціювання упевненості, спокою, витримки тощо).

Третій напрямок – соціальний, який також передбачає три рівні:

1) макросоціальної реадаптації особистості (відновлення або корекція ролевої позиції особистості);

2) мікросоціальної реадаптації особистості (відновлення або корекція мікросоціальних ролевих позицій в сім'ї та інших мікросоціальних групах);

3) аутореабілітації.

При побудові системи психотерапії хворих з посттравматичним стресовим розладом повинні враховуватися особливості організації лікувального процесу в закладі, де передбачається проведення курсової психотерапії (соматичний або психіатричний стаціонар, поліклініка, профілакторій, курорт), особливості основного захворювання, невротичних розладів і особистісного реагування на захворювання, обтяження психоанамнезу і ставлення хворої людини до психотерапії.

У комплексі психотерапевтичної корекції можуть і **повинні використовуватися методи, які базуються як на навіюванні, так і переконанні, розтлумаченні: гіпносугестивна, раціональна, групова, непряма психотерапія, навіювання наяву, самонавіювання, методи психічної саморегуляції та інші, в їх різних модифікаціях, комбінаціях і варіантах.**

В процесі психотерапії цих хворих, як правило, **комбінуються індивідуальні і групові заняття**. По найбільш поширеній методиці курс лікування складається з 10 – 12 групових занять, які проводяться 3 – 4 рази на тиждень у відкритих змішаних психотерапевтичних групах по 10 – 12 чоловік, і 4 – 5 індивідуальних сеансів, тривалістю по 55 – 65 хвилин.

При групових заняттях певна увага повинна приділятися індивідуалізації впливу (індивідуальні навіювання, підбір і відробіток індивідуальних формул самонавіювання, акцентуація уваги до особистості кожного пацієнта, обговорення його проблем в групі, символічний прийом хворого в групу і побажання групи хворому в кінці його лікування і тому подібне).

Система психотерапевтичної корекції повинна також **будуватися на підставі дидактичного підходу**, який передбачає:

- 1). Етапність впливу;
- 2). Зв'язок кожного подальшого заняття з попереднім;
- 3). Доступність (зрозумілість) для хворих інформації;
- 4). Відповідність завдань можливостям хворого;
- 5). Систематичність в оволодінні навичками психічної саморегуляції.

При цьому, в процесі психотерапевтичного впливу нами виділяється три етапи:

- 1). Седативно-адаптуючий;
- 2). Лікувально-коректувальний;
- 3). Профілактично-закріплюючий.

Перший (седативно-адаптуючий) етап, як правило, складається з 1 – 2 індивідуальних і 2 – 3 групових занять.

Основними завданнями його є:

- 1). Встановлення емоційного контакту з хворим;
- 2). Формування довіри до лікаря, адекватного ставлення до психотерапії;
- 3). Дезактуалізація гострої невротичної симптоматики.

На цьому етапі, враховуючи наявність у більшості хворих істотних проявів астенизації і відсутність певних навичок, методи аутопсихотерапії, зазвичай, не використовуються.

Основними методами при цьому є: гіпносугестивна, раціональна, непряма психотерапія (потенціювання комплексу медикаментозного лікування, фізіотерапія, дієти і тому подібне, а також лікаря-інтерніста, як ключової фігури лікувального процесу).

Головна спрямованість психотерапії цього етапу – симптоматична.

Другий (лікувально-коректувальний) етап складається з 2 – 3 індивідуальних і 4 – 6 групових занять.

Основними завданнями цього етапу є:

- 1). Досягнення позитивної динаміки емоційного стану хворих;
- 2). Усвідомлення хворими зв'язку чинників і проявів невротичних розладів з особливостями їх особистості і поведінки, конфліктами, невирішеними емоційними проблемами;
- 3). Корекція масштабу переживання хвороби, її соціальної значущості;
- 4). Перебудова особистості хворого, системи його відносин, реадаптація в макро- і мікросоціальному середовищі.

Основними методами на цьому етапі є колективно-групова, раціональна психотерапія, методи психічної саморегуляції, самонавіювання; допоміжними – гіпносугестія, навіювання наяву, непряма психотерапія.

Головна спрямованість психотерапії другого етапу – патогенетична.

Третій (профілактично-закріплюючий) етап включає 2 – 3 групових і 1 – 2 індивідуальних занять.

Основними завданнями його є закріплення:

- 1). Досягнутого терапевтичного результату;
- 2). Навичок психічної саморегуляції;
- 3). Корекція системи життєвих цілей, цінностей, ставлення до захворювання, свого «Я» і навколишнього середовища.

Психотерапевтична робота з хворими на цьому етапі здійснюється, в першу чергу, шляхом доопрацювання навичок психічної саморегуляції, раціональної психотерапії, навіювання наяву.

Головна спрямованість психотерапії цього етапу – профілактична.

Таким чином, основними принципами побудови системи психотерапії хворих із посттравматичними стресовими розладами повинні бути:

- 1). Системність і багаторівневність впливів.
- 2). Етапність психотерапевтичних заходів, яка базується на дидактичному підході.
- 3). Комплексність, використання декількох методів психотерапії, з послідовною зміною їх ролі залежно від завдань етапу системи.
- 4). Диференційоване поєднання і ієрархічність патогенетичної, симптоматичної і профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів залежно від клініко-психопатологічних і психоанамнестичних особливостей хворих з посттравматичним стресовим розладом, а також особливостей сомато-вегетативних компонентів і особистісного реагування хворих на них.
- 5). Максимальна індивідуалізація психотерапевтичного впливу при переважно груповій формі роботи з хворими.

Тим часом, при загальних закономірностях побудови системи психотерапевтичної корекції психоемоційного стану і особистісного реагування хворих з посттравматичним стресовим розладом, психотерапевтичний вплив при різних клінічних варіантах має свої особливості.

14.3. МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ

Загальні уявлення про психотерапію

Психотерапія – це система лікувального впливу на хворого, опосередкована через психічну сферу.

Об'єм форм і методів впливів, використовуваних в психотерапії, носить надзвичайно широкий, міждисциплінарний характер з використанням медико-біологічних, психологічних, дидактичних і соціологічних

підходів. Їх пріоритетність обумовлює побудова різних моделей психотерапії. В клінічній практиці взагалі застосовуються дві основні моделі.

Медична модель, в якій психотерапія представляється як метод лікування, що впливає на стан і функціонування організму хворого у сфері психічних і соматичних функцій.

Психологічна модель, в якій психотерапія є процесом психологічної корекції і навчання.

У більшості західних країн, починаючи з 70-х років, на перше місце висувалася психологічна модель. Це пов'язано з кількома чинниками, і перш за все, принципом мінімально достатньої професійної компетенції психотерапевта-психолога. При цьому вартість і терміни навчання незрівнянно менше, а ніж для фахівця з базовою медичною освітою. Крім того, психологічна модель психотерапії не вимагає нозологічної психодіагностики; достатньою виявляється синдромологічна і навіть симптоматична діагностика.

Такий підхід лежить в руслі американської психіатричної парадигми; правда, тут виявляється суперечність, закладена в самій психологічній моделі, яка, незалежно від конкретного технічного втілення, незмінно говорить про «глибинні», «первинні» й інші механізми психопатологічних феноменів.

Слід зазначити, що ми принципово заперечуємо проти визнання правомірності існування так званих «соціологічної» і «філософської» моделей психотерапії, як не-клінічних, таких, що невірно тлумачать принципове призначення психотерапії, використовують її як засоби управління або методу вивчення соціуму.

Класифікації психотерапії

По відношенню суб'єкта психотерапії до дії (аутопсихотерапія, гетеропсихотерапія).

За типом психокорекційної дії (директивна, не директивна).

За кількістю пацієнтів (індивідуальна, групова).

За характером використаної техніки: сугестія, раціональна, реконструктивно-особистісна, аналітична, бихевіоральна, когнітивна, екзистенційна.

Механізми реалізації психотерапії

Метою психотерапії є усунення патологічної симптоматики, яка має наступні ієрархічні рівні:

- психічний;
- неврологічний;
- вегетативний;
- сомато-
 - а) системний
 - б) органний

Складна структура клінічних синдромів, що включає, зазвичай, симптоматику всіх рівнів, обумовлена наявністю єдиної інтеграційної системи психо-нейро-вегетотрофо-соматичної регуляції, здійсненої нервовою системою.

Відкриття нових класів нейротрансмітерів, ендорфінів заповнило бракуючі ланки підлеглості тих, що вважалися раніше відносно автономними гуморальної і ендокринової систем.

Вибір форм і методів психотерапії визначається наступними чинниками:

- нозологічною приналежністю патології для вибору етіопатогенетичної дії;
- визначенням особистісних особливостей пацієнта;
- відносним переважанням якого-небудь з рівнів симптоматики;
- особистісною аутоідентифікацією психотерапевта;
- концептуально-методологічною основою психотерапевтичного напрямку, що визначає характер коригуючої дії.

1. Дія на психічному рівні.

Основною є інформаційна дія, тобто передача пацієнтові нової інформації або зміна значення інформації, що вже існує у нього. Дуже важливою є емоційна дія, оскільки при неспівпаданні когнітивного і емоційного сприйняття інформації вона може бути заблокована або змінена. Кінцевою метою

дії на психічному рівні може бути як нівелювання моносимптомів, так і зміна інтеграційних характеристик особистісного реагування.

2. Дія на психофізіологічному рівні.

Основною є поєднана психофізіологічна дія, як правило, на рівні аналізатора, зокрема з використанням принципу зворотного зв'язку. Терапевтична дія реалізується через рефлекторні, фізіологічні, поведінкові механізми, описані І. П. Павловим, Шерінгтоном, Скінером.

3. Дія на нейро-вегетативно-соматичному рівні.

Основною є рефлекторно-соматогенна дія, як правило, з емоційним підкріпленням, що носить тренінговий характер. При цьому використовується фізична дія на рефлекторні зони, частини тіла, системи (м'язова, дихальна, серцево-судинна та ін.).

Психотерапія сугестії

Психотерапія сугестії використовує інформаційну дію на психічну сферу у вигляді навіювання.

Навіювання (сугестія) – сприйняття суб'єктом інформації, що поступає ззовні, в повному об'ємі, некритично, без суб'єктивно-особистісної переробки.

Існує дуже важлива система психологічного захисту, що забезпечує цілісність особистості, що перешкоджає некритичному сприйняттю зовнішньої інформації. Для зниження толерантності цієї системи, що полегшує впровадження зовнішньої інформації в психічну сферу, використовуються різні психотехнічні прийоми.

До одного з прийомів, що полегшують реалізацію навіювання, відноситься зміна психофізіологічних властивостей центральної нервової системи, зокрема – розвиток у пацієнта особливих, змінених станів свідомості.

Психотерапія сугестії є однією з основних форм лікування непсихотичних порушень психічної сфери, як психогеного, так і соматичного генезу. Основною методикою терапії сугестії є гіпносугестія, тобто проведення терапевтичного навіювання пацієнтам, що знаходяться в стані гіпнозу.

Гіпноз – це особливий стан свідомості, що виникає під впливом спрямованої психологічної дії, відрізняється як від сну, так і від неспанья, і що супроводжується значним підвищенням сприйнятливості до специфічно направлених психологічних чинників при різкому пониженні чутливості до дії всіх інших чинників зовнішнього середовища.

В даний час штучно дебатуються значення гіпносугестивної терапії як застарілого методу, який є протиставленням «сучаснішим» методам, – групової, аналітичної, біхевіоральної і іншим методам терапії.

У цьому плані можна умовно виділити методи психотерапії, апелюючи до нейрофізіологічно-соматогених механізмів (гіпноз, аутогенне тренування, біхевіоральна психотерапія), а також методи, опосередковані на особистісно-психологічному рівні (групова, аналітична психотерапія, гештальт-терапія, психодрама і ін.).

Психологічні механізми навіювання

Навіювання є одним із способів психотехнічної дії на хворого і є складною системою «психотерапевт – пацієнт». Що встановлюються між ними складні багаторівневі ієрархічні взаємозв'язки об'єднуються в одне ціле і впливають на ефективність навіювання.

У цій системі можна виділити декілька взаємопов'язаних структурних елементів: дія сугестії лікаря, аперцепція цієї дії хворим, його відповідна реакція у вигляді акцептації, блокування або інверсії.

Основним засобом сучасної дії сугестії є вербальна формула. Разом з цим є можливості невербальних засобів навіювання (поза, міміка, жести, тактильні і інші дії). В. М. Бехтерев рахував навіювання дією «шляхом слова і жестів», Л. Джексон бачив в ньому вплив «словом і дією». Невербальні засоби можуть істотно потенціювати словесні навіювання або послаблювати їх.

Процес акцептації сугестії хворим опосередкований через специфічні психологічні механізми. Сприйняття формул навіювання включає безпосереднє сприйняття, запам'ятовування і відставлену реалізацію, які функціону-

ють автономно від вольової сфери пацієнта і ідентифікуються ним як аутогенні психічні феномени.

На підставі сучасних даних представляється, що акцептація навіювання можлива тільки за певних психофізіологічних умов, в стані зниженого рівня усвідомленості, що є облігатною умовою ефективності навіювання. При використанні різних психотехнічних прийомів навіювання ступінь зниження усвідомленості буде неоднаковим, реалізуючись по-різному в базисних станах неспання, гіпнозу, медикаментозного або природного сну. Тому прийоми і засоби реалізації навіювання мають принципове значення.

У цьому сенсі введення хворого в стан гіпнозу – це зміна психофізіологічних характеристик центральної нервової системи на тлі виборчої сенсорної депривації свідомості умов для сприйняття терапевтичної сугестії.

Вивчення навіюваності

Навіюваність – це своєрідна властивість психіки людини, що дозволяє йому сприймати інформацію без критичної її оцінки. Не слід змішувати навіюваність з гіпнабельністю. Остання, на нашу думку, повинна розглядатися як властивість центральної нервової системи досягаючи зміненого стану свідомості у відповідь на спрямовану психологічну дію.

Необхідність такого розділення обумовлена даними психотерапевтичної практики. Ступінь навіюваності і гіпнабельності не завжди співпадає. Лише в окремих випадках хороша реакція на навіювання поєднується з достатньо глибоким гальмуванням центральної нервової системи.

Частіше доводиться спостерігати поєднання хорошої реалізації навіювань з неглибоким станом гальмування. У цих випадках хворі відзначають у себе достатні зміни під час гіпнотичного сеансу. В той час у них наголошується досить хороша реакція на зовнішні сигнали.

Після виведення з гіпнотичного стану вони розповідають, що уловлювали навколишні звуки: кроки, пошорхування, дзвінки, стукіт і так далі. Рідше спостерігаються реакції іншого типу – хворі входять в глибокий гіпноти-

чний стан за типом гіпнотичного сну. Вони не сприймають зовнішні подразники, майже не реалізують навіювання лікаря.

Ефективність гіпнопсихотерапії більшою мірою залежить від ступеня навіюваності, а ніж від глибини гіпнотичного стану. Тому перед початком психотерапії при виборі найбільш оптимальної в даному випадку психотерапевтичної дії необхідно вивчити навіюваність хворого.

Зважаючи на значення навіюваності для досягнення ефекту психотерапії, А. Т. Філатовим запропонована наступна класифікація компонентів навіюваності:

1. По витоку навіювання:
 - а) автонавіюваність;
 - б) гетеронавіюваність.
2. По аналізатору, що сприймає навіювання:
 - а) інтерорецепція (серцево-судинний, дихальний, шлунково-кишковий, сечовивідний);
 - б) екстерорецепція (тактильний, нюховий, смаковий, зоровий, слуховий).
3. За змістом навіювання:
 - а) що активує, спрямована на прояв фізіологічної реакції;
 - б) паралізуюча, спрямована на гальмування фізіологічної реакції.

На підставі досліджень навіюваності, проведених під керівництвом А. Т. Філатова, були виявлені нові закономірності навіюваності. Виявилось, що є відмінності навіюваності, залежні від особливості особистості, віку, характеру патології.

Було виявлено, що у дітей у порівнянні з дорослими більшою мірою реалізуються навіювання, спрямовані на зміни тону м'язів. У дорослих успішніше можна викликати вселені рухи рук. Вказані відмінності залежать від ступеня кортикалізації тієї або іншої групи м'язів. У дітей переважає кортикальне представництво м'язів, а у дорослих – реалізація

навіювань, адресованих до кортикальних відділів представництва м'язів рук. У набагато меншому ступені реалізуються вселені рухи ніг.

При порівнянні інтероцептивної рецепції було виявлено, що більшою мірою реалізується сугестія, спрямована на серцево-судинну і дихальну діяльність, гірше реагує травна система. Узагальнюючи отримані дані, А. Т. Філатов висунув концепцію психотерапевтичної дії на певні фізіологічні системи. Основні положення цієї концепції наступні.

Навіювання реалізується тим краще, чим більше кортиколізована дана фізіологічна система, даний орган.

Реалізація навіювань залежить від ступеня жорсткості організації функцій системи: чим вона жорсткіше організована, тим гірше втілюються в ній навіювання.

Більшою мірою реалізуються ті навіювання, які потенціюють фізіологічні реакції захисного характеру (відчуття болю, тепла тощо).

Навіювання більше відбивається в тих кортикальних структурах, які функціонально перебудовані під впливом фізіологічних або патологічних домінант. Так, після ампутації навіювання більше реалізуються в пошкодженій кінцівці, чим в здоровій.

Активуюча і паралізуюча навіюваність виявляється в різних аналізаторах по-різному залежно від їх фізіологічних особливостей. Так, в зоровому і слуховому аналізаторах більше виражена паралізуюча, ніж активуюча навіюваність; в той же час в руховому і тактильному аналізаторах обидва дані компоненти навіюваності виражено приблизно однаковою мірою.

З метою дослідження навіюваності можна застосовувати наступні відомі прийоми:

прийом В. Є. Рожнова № 1 – навіювання неможливості розтиснення грон рук, зімкнутих в «замок»;

прийом В. Є. Рожнова № 2 – навіювання неіснуючих запахів при пред'явленні хворому трьох чистих пробірок;

прийом Кує і Бодуєна № 1 – навіювання падіння вперед;

прийом Кує і Бодуєна № 2 – навіювання падіння назад;

прийом Кує і Бодуєна № 3 – проба з маятником Шевреля;

прийом П. І. Буля – досвід з імітованим магнітом;

прийом А. Т. Філатова № 1 – хворий може знаходитися в положенні стоячи, сидячи, лежачи; руки маються в своєму розпорядженні долонями у грудей. Зігнуті в ліктьових суглобах; очі закриті. Лікар вселяє наступне: «Ваші руки самі по собі починають відходити від грудей. Руки відходять самі по собі, без Вашої участі»;

прийом А. Т. Філатова № 2 – лікар пропонує хворому закрити очі і вселяє відчуття, ніби віка змащені липким клеєм;

прийом С. Н. Астахова – викликання симптому зімкнутих вік при пальцевої дії лікаря на верхні тригемінальні точки пацієнта;

прийом Б. В. Михайлова – коливальні рухи грон рук в такт власним пульсовим ударами в положенні пози Ромберга.

Кількісна оцінка здійснюється за 5-бальною шкалою:

+3 – швидка і повна реалізація навіювання;

+2 – гарний ефект;

+1 – слабкий результат сугестії;

0 – відсутність ефекту;

-1 – реакція пацієнта протилежна такою, що вселяється.

При низькій і середній навіюваності спочатку доцільне застосування методів психічної саморегуляції. При високій і дуже високій навіюваності з успіхом можна користуватися методами гіпнопсихотерапії.

Сучасна техніка проведення гіпносугестії розроблена на кафедрі психотерапії Харківського інституту удосконалення лікарів під керівництвом А. Т. Філатова. Гіпносугестія структурована з включенням нових компонентів: інтероцептивне розслаблення, потенціювання гіпнотичного стану, навіювання загальнотерапевтичної дії, сугестія відчуття комфорту, закріплення спокою, пролонгація лікувальної дії гіпнозу. Основна суть доповнень – підвищити ефективність гіпнопсихотерапії.

Гіпноугестія

Основними методами занурення в гіпноз є: фасцинація, фіксація погляду, паси, ритмічні подразники, словесні формули.

По глибині виділяють 3 ступені гіпнозу: сонливість, гіпотаксія, сомнабулізм. Для реалізації терапевтичної сугестії достатньо досягнення 1 стадії.

Методика гіпнотерапії

Методика передбачає 16 послідовних етапів занурення в стан гіпнотичного сну, лікувального навіювання і дегіпнотизації:

1. Установка на зручну позу: «Лягаєте (сідаєте)... Прийміть зручну позу... Отже, прийняте положення тіла зручне. Закрийте очі. Заспокойтеся. Знаходьтеся в стані спокою і відпочинку».

2. Адресовка навіювань до кінестетичного аналізатора: «М'язи рук, ніг, тулубу розслаблені... У них немає анінайменшої напруги... Все тіло приємно обважніло... Вам не хочеться ні рухатися, ні ворушитися... Поступово тяжчають Ваші віка. Віка тяжчають все більше і більше... Вони обважніли і щільно-щільно злипли...»

Починають розслаблятися м'язи Вашого тіла. Розслабляється лоб. Розслабляються щоки. Відчуваєте м'язи нижньої щелепи. Повністю розслабилися м'язи лица. Ваше лице розслабилось.

Розслаблення переходить на м'язи ший. Розслабляються м'язи грудей. Розслабляються м'язи живота. Розслабляються м'язи спини. Розслабилися м'язи тулуба.

Починають розслаблятися руки. Розслабилися плечі. Розслабилися передпліччя. Розслабилися грона рук.

Починають розслаблятися ноги. Розслабилися стегна. Розслабилися гомілки. Розслабилися стопи.

Повністю розслабилися м'язи Вашого тіла».

3. Інтероцептивне розслаблення: «Починають розслаблятися внутрішні органи. Ви відчуваєте розслаблення усередині голови, усередині грудей,

усередині живота. Розслабляється кожен нерв. Розслабляється кожна нервова клітина. Все розслабилося у Вашій голові. Немає ніякої напруги».

3.1. Адресовка навіювань до дихального апарату: «Дихання Ваше стало рівним, спокійним, ритмічним».

3.2. Адресовка навіювань до серцево-судинної системи: «З кожним вдихом Ваше серце б'ється все спокійніше, ритмічніше... Приємна теплота розливається по всьому Вашому тілу».

4. Відключення від того, що оточує: «Навколишні звуки, шуми, шерехи, розмови віддаляються від Вас... віддаляються все далі і далі... Ви майже не сприймаєте сторонні подразники... Вони перестають доходити до Вашої свідомості... Відключаєтесь від того, що відбувається навколо.

Ви відключилися від того, що оточує. Навколишні звуки, шерехи, розмови як би віддалилися від Вас. Вони пішли від Вас далеко-далеко. Ви не сприймаєте сторонні подразники. Вони не доходять до Вашої свідомості».

5. Заспокоєння і відключення від особових переживань і відчуттів: «Ви поступово заспокоюєтеся... заспокоюєтеся... переходите у стан відпочинку і спокою... Заспокоюється кожна клітинка Вашого організму... Заспокоюється кожна частинка Вашого організму... Заспокоюється вся Ваша нервова система... У міру заспокоєння нервової системи заспокоюються всі внутрішні органи... Всі тривоги, турботи, хвилювання розсіваються... йдуть».

Адресовка навіювань до другої сигнальної системи: «Перебіг думок в голові пасивно слідує навіюванням. Ні на чому сторонньому не фіксується... Вас покинули всі тривоги, засмучення, турботи... Все, що раніше хвилювало і пригнічувало Вас, пішло і зараз не має ніякого значення... Вам спокійно, добре...».

6. Фіксація спокою: «Ви вже заспокоїлися... Ви абсолютно спокійні... Відпочиваєте... Відпочиває нервова система, відпочивають всі внутрішні органи... Ніщо вас не хвилює, не порушує Вашого зосередження і спокою... ні душевного, ні тілесного... Все, що раніше турбувало Вас, пішло, розсіялося,

забулося... Ви переживаєте зараз почуття внутрішнього спокою і повного заспокоєння.

Відчуття спокою наростає. Заспокоюється кожен нерв. Заспокоюється кожна нервова клітина. Заспокоюється нервова система. Всі Ваші хвилювання розсіваються. Спокій все більше і більше виражений. Ви відчуваєте, як Ваше тіло наповнюється приємним спокоєм. Ніщо не хвилює Вас. Ніщо не порушує Вашого спокою, а ні тілесного, а ні душевного...».

7. Переклад спокою в дрімоту: «М'яза тулуба, рук, ніг розслаблені. У них немає анінайменшої напруги. Вам не хочеться ні рухатися, ні ворухитися. Ви спокійні. Ваш спокій поєднується з відчуттям сонливості, дрімоти. Цей стан Вам приємний... Поступово Ви занурюєтеся в дрімотний стан... Приємна дрімота оволодіває всім Вашим тілом...

Ніякі сторонні звуки не доходять до Вашої свідомості. Ніякі відчуття з боку внутрішніх органів більше не сприймаються. Вам приємно і спокійно відпочиваєте... Ні про що не думаєте... Сонливість посилюється з кожним моїм словом... Відпочиваєте...

Ви чуєте тільки мій голос. Дрімотний стан все більше виражений. Ваше дихання стало спокійним, глибоким, ритмічним. Вам дихається легко. Ваше серце скорочується спокійно, ритмічно, автоматично. Ви не відчуваєте свого серця, як не відчуває серця кожна здорова людина.

8. Формування рапорту: «Навколишні звуки, шуми відійшли далеко... Ви вже не сприймаєте їх... Нічого не чуєте, окрім голосу лікаря... Він діє на Вас заспокійливо... На Вас діє тільки мій голос. Мої навіювання діють на Вас заспокійливо. Ви відключилися від того, що оточує і сприймаєте тільки мій голос».

9. Переклад дрімоти в гіпнотичний стан: «Ви все глибше занурюєтеся в дрімоту. Дрімати треба, це корисний для Вас стан. Це особливий стан нервової системи. Ви чуєте те, що я говорю. Все пам'ятатимете. Проте це не звичайна бесіда. Ви знаходитесь в гіпнотичному стані. Це корисний для Вас стан».

10. Потенціювання гіпнотичного стану: «Глибина гіпнотичного стану зростає. Гіпноз – це особливий стан нервової системи. Під час гіпнозу відновлюється нормальна діяльність кожної клітини Вашого тіла, кожного органу, кожної системи. Зараз організм приходить в оптимальний для нього стан (нервова система, серцево-судинна, дихальна, травна і інші системи).

З гіпнотичного стану Ви виходите іншими. Ви відчуватимете себе такими, що відпочили, здоровими, оновленими.

Гіпноз – це не бесіда і не сон. Гіпноз – це особливий стан організму, при якому слова лікаря надають виключно сильну лікувальну дію. Зараз Ви відчуєте, як під впливом моїх навіювань у Вас з'являться мимовільні рухи, що виконуються без Вашої участі» (вселяються рухи, які виконувалися при проведенні проб на навіюваність).

11. Навіювання загальнотерапевтичної дії: «В час гіпнозу наступає внутрішнє розслаблення. Розслабляються всі м'язи внутрішніх органів. Ви відчуваєте приємне розслаблення в голові, приємне розслаблення в грудях, приємне розслаблення в черевній порожнині. Це розслаблення виражене більше і більше.

Все більше розслабляються гладкі м'язи внутрішніх стінок судин. Розслабляються повністю всі кровоносні судини. Проходять спазми кровоносних судин. Кровоносні судини всього тіла розширюються.

Ваше тіло від цього починає тяжчати. Тяжчають руки. Тяжчають ноги. Відчуваєте, як ваше тіло стає важким. З'являється відчуття, що Ваше тіло важке і масивне. Це корисна зміна. З'являється приємна важкість в голові. Це також корисне відчуття.

Розширюються кровоносні судини голови. Розширюються кровоносні судини головного мозку. Від розширення кровоносних судин знижується підвищений артеріальний тиск. Артеріальний тиск знижується до нормального для Вашого організму рівня.

Тяжкість у всьому організмі зростає. Голова все глибше йде в подушку. Ноги важкі, стопудові. Серце працює спокійно, ритмічно. Ви відчуваєте себе спокійно. Ви входите в глибший гіпнотичний стан.

Ви починаєте відчувати приємне тепло в області серця. Ви відчуваєте, як серце прогрівається теплом. Розширюються кровоносні судини серцевого м'яза. Поліпшується кровопостачання серцевого м'яза. Зміцнюється серцевий м'яз. Серце працює спокійно. Кожне м'язове волокно серця отримує все більше і більше кисню і живильних речовин.

Тепло в області серця, розширення коронарних судин надає виключно сприятлива дія. Це підвищує силу, витривалість, працездатність серця, надає хорошу профілактичну дію.

Ви починаєте відчувати, як у всьому тілі, разом з важкістю, з'являється відчуття тепла. Руки теплі і важкі, ноги теплі і важкі. Все ваше тіло тепле і важке. Зараз кожна клітинка Вашого тіла стає здоровіше. Кожна клітинка Вашого тіла накопичує зараз запас енергії. Поліпшення стану кожної клітинки призводить як би до оновлення Вашого організму...».

12. Сугестія відчуття комфорту: «Зараз Ви відчуваєте себе добре. Ви спокійні. Ваше дихання вільне, спокійне, автоматичне. Ритмічність Вашого дихання зараз здійснюється автоматично. Під впливом гіпнозу автоматична регуляція дихання стає досконалішою.

Ваше серце також працює спокійно, ритмічно, автоматично. Під впливом гіпнозу досконалішою стає автоматична регуляція артеріального тиску. З кожним сеансом гіпнозу автоматична регуляція артеріального тиску у Вашому організмі стає більш досконалішою.

Так само поліпшується автоматична регуляція діяльності інших систем: травною, сечовидільної, ендокринною. Від цього у Вас виникає відчуття комфорту у всьому тілі. Це відчуття комфорту збережеться у Вас після виходу з сеансу. З кожним сеансом відчуття комфорту в тілі відчуватиметься Вами все більш явно.

Це відчуття комфорту викликане тим, що під впливом гіпнозу всі системи Вашого організму, всі органи і навіть кожна клітинка функціонують оптимально. Саморегуляція діяльності Вашого організму стає досконалою. Всі реакції приходять в норму».

13. Закріплення спокою: «Ви відчуваєте себе зараз абсолютно спокійно. Заспокоїлася нервова система, серцево-судинна, дихальна, травна і інші системи. Цей спокій закріплюється у Вашому організмі. З кожним сеансом спокій буде все більш і більш вираженим. Спокій закріплюється у Вашому організмі. З кожним сеансом спокій буде все більш і більш вираженим.

Спокій закріплюється у Вашій нервовій системі. Ви спокійніше реагуєте на те, що раніше Вас зачіпало. Спокій стає непохитним. Спокій стає основною рисою Вашої вдачі. Всі навіювання закріплюються у Вашій нервовій системі».

14. Лікувальні навіювання. Вони будуються з урахуванням особливостей особистості хворого, специфіки симптоматики, характеру перебігу захворювання. Формули сугестій повинні бути короткими, конкретними.

15. Пролонгація лікувальної дії гіпнозу: «Під впливом моїх навіювань у Вашому організмі відбулися цілющі зміни. З кожним сеансом лікувальний результат гіпнозу зростає. Лікувальний результат гіпнозу наростатиме...».

16. Дегіпнотизація: «Ви добре відпочили... Оздоровився весь Ваш організм... Ви випробовуєте повне внутрішнє заспокоєння... Вам легко і приємно... Коли Ви прийдете на наступне заняття, і я запропоную вам закрити очі, Ви відразу ж відчуєте важкість вік... Ваші м'язи розслабляться, сторонні звуки зникнуть. Ви чутиме тільки мій голос... З кожним заняттям стан відпочинку, спокою і лікувального сну заглиблюватиметься. З кожним днем Ваше самопочуття поліпшуватиметься все більше і більше.

Зараз Ви починаєте виходити з гіпнотичного стану. Проходить важкість у Вашому тілі. З'являється приємна легкість, бадьорість. Голова стає свіжіше і легше. Руки стали легкими. Ноги легкі. Все Ваше тіло легке. Спокій залишається. Залишається відчуття приємного тепла в області серця. У

всьому тілі відчуття комфорту. Ви виходите з гіпнозу, відчуваєте себе такими, що відпочили, спокійними, здоровими. У Вас гарний настрій. Вам приємно. Виходите з гіпнозу.

Я починаю рахувати. З рахунком «три» Ви вільно, спокійно розплющите очі і відчуватимете себе добре. Сьогодні увечері Ви швидко заснете, і вночі спатимете міцним і глибоким сном.

Рахую: «один» – Ви виходите з гіпнозу. Ви спокійні. «Два» – Ви добре відпочили. «Три» – Ваші очі вільно розплющуються. Вам приємно, добре. Голова свіжа, легка. Відчуття таке, нібито Ви декілька годин знаходилися в стані глибокого міцного сну».

Основні показання і протипоказання до застосування гіпнотерапії

Показанням до використання гіпнотерапії в комплексі лікування є наявність у хворих пограничних нервово-психічних розладів, перш за все, психогенного походження. Менш ефективним є гіпноз при неврозоподібних порушеннях, обумовлених соматогенними причинами.

При цьому його слід застосовувати, як правило, на початковому етапі психотерапії. В той же час, у ряді випадків за допомогою психотерапії вдається добитися не тільки корекції неврозоподібних порушень, але і регресу соматоневрологічної симптоматики.

Протипоказане застосування гіпнозу за наявності продуктивної симптоматики психотичного регістру, різко вираженої інтоксикації, високої температури, синдромів порушеної свідомості екзогенно-органічного генезу (оглушення, сопор, сумерковий, деліриозний, аментивний синдроми). Протипоказана психотерапія в тих випадках, коли вона індукує виникнення істеричних або епілептиформних нападків.

Не показано застосування гіпнотерапії при гіпнофілії, коли наголошується патологічне прагнення пацієнта до лікування гіпнозом, і при негативному ставленні хворого до даного методу психотерапії.

Отже, перед проведенням гіпнотерапії необхідно з'ясувати свідчення для гіпносугестивної терапії даному хворому.

Слід також враховувати особистісну установку хворого на ту або іншу терапевтичну методику.

Нейро-лінгвістичне програмування

В основі методу лежить поєднання вербальної сугестії, потенціювання сугестії ідеомоторних стереотипів і ритмічних словесних структур. Формули терапевтичної сугестії при цьому формуються не прямо, як в звичайному гіпнозі, а побічно, шляхом впровадження ключових слів в структуру індиферентних по сенсу пропозицій.

Діагностичні прийоми

У нейро-лінгвістичному програмуванні розроблено ряд спеціальних діагностичних прийомів, оскільки спрямована концептуально-фіксована діагностика складає значну частину [приймів] методу.

Так, в процесі діагностики виявляються мовні спотворення метамоделі, що ведуть репрезентативні системи переробки інформації, проводиться калібрування індивідуальних невербальних відповідей «так – ні» і поверхневих корелятивів глибинних мовних структур.

Діагностика «провідної» репрезентативної системи, що дозволяє вибрати оптимальну форму «підстроювання» до пацієнта, проводиться за допомогою аналізу мовної продукції і поведінкових стереотипів, а також калібрування очерухових сигналів.

У будь-якому випадку в роботі з пацієнтом рекомендується калібрування індивідуальних проєкцій репрезентативних систем і стратегій переробки інформації за допомогою цілеспрямованих команд-питань з подальшим відстежуванням очерухових реакцій.

Калібрування індивідуальних невербальних відповідей використовується в прийомі «розмова з підсвідомістю» і проводиться за допомогою тестових питань з фіксацією мікромімічних, пантомімічних і вегетативних реакцій. При калібруванні відповідей «так – ні» спочатку задаються питання, що припускають однозначні ствердження відповіді, потім – негативні. Пацієнт може говорити або мовчати, у будь-якому випадку увага дослідника спрямо-

вана на невербальні компоненти, що стереотипно повторюються при відповідях «так – ні». Кваліфікований фахівець («комунікатор») вставляє тестові питання в звичайне інтерв'ю і може прочитувати до десятків стандартних тілесних [корелятив] відповідей «так – ні» (розширення зіниць, почастішання дихання, сіпання щоки або стопи та ін.).

Аналогічним чином можуть калібруватися багато семантичних структур, переважно дихотомічного характеру («чоловік – жінка», «чистий – брудний»), що дозволяє цілеспрямовано втручатися в переживання пацієнта, орієнтуючись на виявлені невербальні сигнали.

Процедури і техніка

Коректувальна техніка нейро-лінгвістичного програмування базується переважно на змінених станах свідомості пацієнта («transe»), для досягнення яких розроблена спеціальна техніка – «помаху», «свисту», «рефреміngu», «якорю», «аудіально- і візуально- кінестетичної дисоціації», «зміни особистісної історії» та інші.

В основі терапевтичної техніки покладено поєднання вербальної сугестії (прихованих «вбудованих» команд), потенціювання сугестії ідеомоторних стереотипів і ритмічних мовних структур; формули терапевтичної сугестії при цьому формуються побічно, шляхом впровадження ключових слів в структуру індиферентних по сенсу пропозицій.

Форми проведення

Форми проведення – переважно індивідуальні, що пов'язано з вираженим невербальним характером діагностичних прийомів.

Наркопсихотерапія (наркосугестія)

Змінений стан свідомості, на тлі якого реалізується сугестія, досягається введенням фармакологічних препаратів психотропної дії: барбамілу, гексеналу, тіопенталу натрію, закису азоту в середньо-терапевтичних дозах (М. Е. Телешевська, 1985) [57].

Емоційно-стресова терапія (імперативна сугестія)

Подолання бар'єрів психологічного захисту і терапевтична реалізація сугестії здійснюється за рахунок одномоментної зміни психофізіологічного стану центральної нервової. При цьому сугестія проводиться на тлі дії гранично-поза межних по силі подразників на аналізатори різних модальностей (М. І. Аствацатуров, 1939 [68]; А. М. Свядощ, 1982 [69]).

Одним з різновидів емоційно-стресової психотерапії є одномоментний гіпноз. Він діє швидко, ефективно, без попередньої підготовки хворого. У значній частині випадків в гіпнотичний стан занурюються плохогіпнабельні особи, які надалі можуть бути загіпнотизовані звичайними засобами. Найбільше значення мають методики, що діють через кінестетичний аналізатор.

При розробці методик враховується факт широкого представництва кінестетичного аналізатора в корі головного мозку. У основі методик лежить принцип, протилежний звичайним методам гіпнотизації (через розслаблення і заспокоєння – до гіпнозу), а саме досягнення глибокого гіпнозу через довільну напругу м'язів, а потім каталепсію і гіпнотичний транс.

Техніка однієї з методик наступна:

Пацієнт стає спиною до стіни, злегка притулившись до неї (або сидить). Руки схрещені на грудях, пальці рук стискають протилежне плече (біцепс або трицепс). Руки можуть знаходитися і в іншій позиції, наприклад, пальці рук зчеплені в «замок», руки на рівні сонячного сплетіння. Погляд спрямований на лікаря-психотерапевта.

Лікар знаходиться поряд з пацієнтом лицем до лица на відстані 50 – 70 сантиметрів. Руки лікаря лежать на гронах рук пацієнта. Погляд спрямований в очі пацієнтові (фіксація погляду).

По команді психотерапевта пацієнт робить 3 – 4 спокійних, глибоких, розмірених дихальних рухи.

Лікар супроводжує дихання пацієнта словами: «Дихання рівне, спокійне, дивиться мені в очі». Мова неголосна, авторитарна.

Психотерапевт починає навіювання, спрямоване на щільне стиснення пальців рук, їх заціпеніння, відсутність можливості довільного їх розтиснення. При цьому енергійно стискає і масажує грона рук пацієнта.

Психотерапевт робить спроби розірвати руки пацієнта, супроводжуючи дію наступними формулами: «Я спробую розірвати Ваші руки, чим більше я їх тягну, тим міцніше вони стискаються. Руки злилися воєдино, їх неможливо розірвати. Зараз пробуватимете розірвати руки. Зробити це неможливо. Чим більше Ви намагаєтеся розірвати руки, тим міцніше вони стискаються. Руки заціпеніли».

Після реалізації цих навіювань лікар поширює заціпеніння на весь плечовий пояс. Потім слідує команда закрити очі, вселяється важкість вік.

Не знімаючи каталепсичної напруги, лікар приступає до навіювання сонного стану: «Зараз я рахуватиму до трьох, з кожним рахунком сонливість стає все більше і більше. Коли я скажу «три», Ви спатимете, голова поволі опуститься вперед». Потім проводяться відповідні навіювання.

Як тільки голова пацієнта опуститься вперед, що є ознакою настання гіпнотичного сну, починаються лікувальні навіювання, відповідні стану пацієнта і меті сеансу. Навіювання коротке і енергійне.

Дегіпнотизація проводиться звичайним способом. Знімаються напруга, сонливість. Вселяються гарне самопочуття, бадьорість, впевненість.

Весь сеанс триває 5 – 6 хвилин. В цілому сеанс складається з наступних елементів:

1. Підготовчий етап.
2. Фіксація уваги.
3. Навіювання каталепсії.
4. Переклад каталепсії в гіпноз.
5. Лікувальні навіювання.
6. Дегіпнотизація.

Матеріально-опосередкована сугестія

Сугестія реалізується, коли терапевтична дія приписується реальному, але такому, що не володіє такою дією, предмету або явищу. Діапазон таких практик необмежений – від діагностичних процедур, індиферентних лікарських засобів (плацебо), до фантастичних вигаданих матеріальних об'єктів – «заряджена вода», лікування «по фотографії» і тому подібне (J. Charcot, [70]) «запредметне» (В. М. Бехтерев [71]), навіювання або плацеботерапія.

Аутосугестія

Самонавіювання по E. Coue (1928) [72], аутогенне тренування по J. Shultz (1932) [73], H. Kleinsorge, G. Clambies (1965) [74], W. Luthe (1969) [75]. Всі методики засновані на тому, що вербальні формули сугестії і невербальні прийоми, що полегшують її реалізацію, проводять самі пацієнти.

Методика аутогенного тренування

Аутогенне тренування є активним методом психотерапії, психопрофілактики і психогігієни, спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини.

Основними елементами методики є тренування м'язової релаксації, самонавіювання і самовиховання (аутодидактика).

Аутогенне тренування найбільш ефективно при лікуванні невротичних і соматоформних розладів, порушень адаптації і психосоматичних захворювань. Вона показана, перш за все, при неврастенії. Найбільший ефект спостерігається при психогенних сексуальних розладах і розладах сну. Відмічений добрий результат застосування аутогенного тренування при бронхіальній астмі, у ініціальному періоді гіпертонічної хвороби і облітеруючому ендартеріїті, при диспное, езофагоспазмі, стенокардії, при спастичних болях шлунково-кишкового тракту.

Аутогенне тренування складається з двох етапів (ступенів). Завданням першого етапу є здатність контролювати головним чином соматичні функції (тому Шульц назвав його «організмичним»). Другий етап переслідує мета

оволодіння здатністю контролю психічних функцій. Проте цей етап методично вельми складний, трудомісткий, показання до його застосування дуже обмежені і нечіткі. У зв'язку з цим в дитячому і підлітковому віці він практично не застосовується.

Одночасно з освоєнням формул першого і другого етапу хворого викликає у себе відчуття повного спокою.

Перший етап:

Я абсолютно спокійний

1. Моя права (ліва) рука важка.
2. Моя права (ліва) рука тепла.
3. Серце б'ється спокійно і сильно.
4. Я дихаю абсолютно спокійно.
5. Сонячне сплетення випромінює тепло.
6. Мій лоб приємно прохолодний.

Другий етап:

Я абсолютно спокійний

1. Представити конкретний колір.
2. Представити певний об'єкт.
3. Внутрішньо показати абстрактні явища (щастя, краса і ін.).
4. Внутрішньо переживати бажане відчуття.
5. Викликати образ іншої людини.

На освоєння кожної формули першого етапу, згідно Шульцу, потрібно 2 тижні. У більшості сучасних модифікацій цей час скорочується до 7 – 8 днів. Заняття проходять 2 – 3 рази на день. Не освоївши одну формулу, не можна переходити до іншої. Освоєння проходить послідовно від першої до шостої формули. Заняття аутогенним тренуванням проводяться в трьох основних позах: лежачи, напівлежачи і в позі кучера.

Поза лежачи: хворий лежить на спині, руки витягнуті паралельно талубу і трохи зігнуті в ліктях, долоні обернені вниз; коліна і носки стоп розсунені назовні; очі закриті; м'язи розслаблені.

Поза напівлежачи: хворий напівлежить в кріслі з підлокітниками, м'язи тіла розслаблені так, як це буває при засинанні.

Поза кучера (поза сидячи): пацієнт сидить, не торкаючись спинки стільця, ноги розведені під прямим кутом. Очі закриті, голова вільно впала на груди. Знаходячись в такій позі, людина схожа на кучера, що задрімав на козлах.

Для більш специфічних терапевтичних завдань може використовуватися модифікація аутогенного тренування К. І. Міровського і А. Н. Шогама – «психотонічне тренування».

Хворі тренуються в «астено-гіпотонічній групі». М'язова релаксація виключається, оскільки зниження артеріального тиску протипоказане. У формули вводяться слова, що імітують виражені симпатоміметичні зрушення (озноб, «гусяча шкіра», холод). Тренування закінчується інтенсивною мускульною самообілізацією.

Текст тренування: «Я абсолютно спокійний. Все моє тіло розслаблене і спокійно. Ніщо не відволікає. Все байдуже мені. Я відчуваю внутрішнє задоволення. Плечі і спину обдає легкий озноб. Ніби приємний, освіжаючий душ. Всі м'язи стають пружними. По тілу пробігають «мурашки». Я – як стисла пружина. Все готово до кидку. Весь напружений. Увага! Встати! Поштовх!».

Прогресуюча м'язова релаксація Джейкобсона

В ході виконання прогресуючої м'язової релаксації за допомогою концентрації уваги спочатку формується здатність уловлювати напругу в м'язах і відчуття м'язового розслаблення, потім відпрацьовуються навички оволодіння довільним розслабленням напружених м'язових груп.

Всі м'язи тіла діляться на шістнадцять груп. Послідовність вправ така: від м'язів верхніх кінцівок (від кисті до плеча, починаючи з домінантної руки) до м'язів лиця (лоб, очі, рот), шиї, грудної клітки і живота і далі до м'язів нижніх кінцівок (від стегна до стопи, починаючи з домінантної ноги).

Вправи починаються з короткочасного, 5 – 7-секундної, напруги першої групи м'язів, які потім повністю розслабляються; увага зосереджується на відчутті релаксації в цій області тіла. Вправа в одній групі м'язів повторюється до тих пір, поки пацієнт не відчує повного м'язового розслаблення; тільки після цього переходять до наступної групи.

У міру придбання навичок в розслабленні м'язові групи укрупнюються, сила напруги в м'язах зменшується і поступова увага все більш акцентується на спогаді.

На заключному етапі пацієнт після повсякденного аналізу локальної напруги м'язів, що виникає при тривозі, страху і хвилюванні, самостійно досягає м'язового розслаблення і таким чином долає емоційну напругу.

Раціональна психотерапія

Основним психотерапевтичним прийомом є переконання. Переконання – сприйняття суб'єктом інформації, що поступає ззовні, критично, за допомогою суб'єктивної смислово-логічної (когнітивної) і емоційної переробки.

Пряма раціональна психотерапія

Відкривачем раціональної психотерапії є Р. Dubois (1911) [20], який представляв її як систему логічно-критичних, «розсудливих» дій на хворого.

Така модель постулювала патерналістично-авторитарний характер взаємин «терапевт – пацієнт». «М'якшу» модель раціональної психотерапії розробили J. Dejeirine, E. Nokler (1912) [19], що акцентували увагу на емоційному компоненті, необхідність вироблення особистісної довіри і емпатичного контакту терапевта і пацієнта.

Непряма раціональна психотерапія: арттерапія, бібліотерапія

Терапевт при цьому апелює до героїв і ситуацій витворів мистецтва, застосованих для трактування психогенних чинників у пацієнта і виробленню відповідної терапевтичної тактики (І. З. Вельвовський, 1966) [10].

Групова психотерапія

Групова психотерапія – використання сукупності взаємин і взаємодій, що виникають в групі між її учасниками, тобто групової динаміки, цілеспрямовано в лікувальних умовах щодо кожного з учасників групи.

Діагностичні прийоми

Яких-небудь універсальних для групової психотерапії діагностичних прийомів не запропоновано; вживані ж специфічні прийоми властиві методам, що з'явилися методологічною основою даного виду групової психотерапії. В цілому, повсякденна центрована на найдрібніших проявах групової динаміки дозволяє говорити про формування діагностичної спрямованості на останню.

Процедури і техніка

Основним інструментом лікувальної дії групової психотерапії виступає психотерапевтична група, що дозволяє вийти на розуміння і корекцію проблем пацієнта за рахунок міжособистісної взаємодії, групової динаміки. Всі елементи групової динаміки обговорюються в процесі роботи, оскільки в них найяскравіше виражається специфіка системи відносин, установок, особливостей поведінки, і можуть розглядатися при цьому як основні теми групової дискусії.

Найважливішою процедурою групової психотерапії є формування психотерапевтичної групи.

Класифікація психотерапевтичних груп частіше ґрунтується на критеріях складу: враховується не тільки і не стільки кількість пацієнтів, скільки принцип «однорідності / неоднорідності» («гомогенності / гетерогенності»).

По кількості пацієнтів (учасників) психотерапевтичні групи можуть бути малими – «класичними» (8 – 12 чоловік), середніми (15 – 25 чоловік) і великими (30 – 40 чоловік).

Проблема «однорідності / неоднорідності» охоплює такі параметри, як нозологія (синдромологія), стать, вік, освіта, соціокультуральний рівень, особистісні особливості, типологія конфліктів тощо.

Проблема «однорідності / неоднорідності» психотерапевтичних груп широко дискутується в літературі.

Прихильники однорідних груп відзначають такі їх особливості, як швидша взаємна ідентифікація, прискорення інсайту, зменшення тривалості лікування; швидше виникає взаємна емпатія, катарсис, зменшуються опір і прояви деструктивної поведінки, рідше формуються підгрупи. Підкреслюється, що оптимальний склад групи повинен бути таким, щоб її члени, не дивлячись на відмінності, могли вести між собою дискусію.

При лікуванні крайніх вікових контингентів (діти, підлітки, літні люди) групи, як правило, є однорідними.

Прихильники неоднорідних груп вважають, що в такій групі можлива глибша психотерапія, оскільки одне з найважливіших завдань полягає у конфронтації пацієнта, що має вузький діапазон поведінкових і емоційних стереотипів, з альтернативною поведінкою і реакціями. Різномірність групи сприяє зіткненню багатьох засобів реагування, дає пацієнтові можливість навчитися розрізняти відтінки у відносинах між людьми, вчить толерантно, лояльно відноситися до протилежних реакцій, відчувати себе безпечно в незвичному середовищі, серед інших людей. Відзначають і такі переваги різномірних груп, як ефективніше навчання, багатобічна «перевірка дійсністю», швидке формування групового «переносу», полегшення процесу створення групи.

В даний час наголошується велика кількість прихильників нозологічної однорідності груп. Разом з тим є численні дані, що свідчать про терапевтичну ефективність груп, неоднорідних в нозологічному відношенні.

Через організаційні особливості групи можуть бути амбулаторними і стаціонарними.

Психотерапевтичні групи розділяються на закриті і відкриті.

Закриті групи мають постійний склад учасників, нові члени в групу не включаються навіть в тому випадку, якщо з неї з якої-небудь причини до закінчення терміну лікування вибуває хтось з пацієнтів; закриті групи зазвичай мають фіксовану тривалість роботи.

У закритих групах відбувається сумісне і одночасне проходження пацієнтами всіх фаз психотерапевтичного процесу; їх відрізняє значна глибина і сила групових переживань, високий ступінь ідентифікації психотерапевта з групою, його емоційна залученість і відповідальність, велика згуртованість і ефективність поглибленої роботи по досягненню інсайту.

Відкриті групи не мають постійного складу учасників: у міру закінчення лікування одні пацієнти йдуть з групи і на їх місце до складу вже працюючої групи включаються нові члени; у відкритих групах, як правило, немає заздалегідь фіксованої тривалості роботи.

До переваг відкритих психотерапевтичних груп відносяться легше засвоєння пацієнтом, вступаючим у вже працюючу групу, групових норм, цілей, цінностей «групової культури», в цілому менш виражений опір, позитивний вплив пацієнтів, що закінчують лікування, і що знов поступили, велику ефективність при виконанні різних завдань тренінгового і навчального характеру (зокрема, навчання ефективнішим соціальним контактам).

У стаціонарних відділеннях переважно зазвичай використовуються закриті психотерапевтичні групи, в амбулаторних – відкриті.

Процедури і техніка групової психотерапії умовно розділяються на основні і допоміжні.

Основною є групова дискусія, що має 3 головні орієнтації, – інтеракційну, біографічну і тематичну.

До допоміжних методів відносяться: психодрама (розігрування ролевих ситуацій), психогімнастика (невербальна міжособистісна взаємодія), проектне малювання (малювання на певну тему).

Використовувані в груповій психотерапії засоби дії розділяються також на вербальні і невербальні.

До вербальних відносяться: структуризація ходу занять, збір інформації, інтерпретація (відзеркалення емоцій, кларифікація, конфронтація, власне інтерпретація), переконання, надання інформації, постановка завдань.

До невербальних засобів належать міміка, жестикуляція, інтонація.

Поєднання групової дискусії з різними вербальними і невербальними допоміжними прийомами визначається конкретною груповою ситуацією і фазою розвитку групи. Залежно від цього може змінюватися питома вага різних вербальних і невербальних методів, а також зміст і структура занять. Допоміжні вербальні і невербальні методи часто використовуються в групі для розрішення важких ситуацій. Їх застосування в ході групової дискусії дозволяє звернути увагу групи і окремих пацієнтів на характерні особливості і способи поведінки, розкрити існуючі взаємини і зробити їх наочнішими, поживавити процес взаємодії, дати додатковий матеріал для аналізу проблем групи в цілому і кожного пацієнта окремо.

Тривалість курсу групової психотерапії залежить від теоретичної орієнтації групового психотерапевта, нозологічної приналежності учасників групи (контингенту), а також типу лікувально-профілактичної установи. В середньому вона складає 40 сеансів по 1,5 години кожен; існують короткочасні (1 – 6 місяців) і довготривалі (до декількох років) варіанти.

Форми проведення

Розроблені специфічні форми проведення (варіанти) групової психотерапії.

Психогімнастика – один з невербальних варіантів проведення групової психотерапії, в основі якого лежить використання рухової експресії як головний засіб комунікації в групі. Психогімнастика припускає вираз переживань, емоційних станів, проблем за допомогою рухів, міміки, пантоміми.

Психогімнастика включає три частини, що характеризуються самостійними завданнями і власними методичними прийомами, – підготовчу, пантомімічну і завершальну.

Психогімнастика дозволяє пацієнтам проявляти себе і спілкуватися без допомоги слів; її мета – пізнання і зміна особистості пацієнта.

Різновидом групової психотерапії, в якій суміщені гіпноз і психодрама, є гіпнодрама; методика представлена у 1950 році J. L. Moreno та J. M. Enneis.

Психодрама розігрується пацієнтом, ведучим гру психотерапевтом і іншими психотерапевтами, виступаючими в ролі «допоміжних Я». Заняття проходять у присутності «глядачів» (пацієнтів).

У психодрамі використовується драматична імпровізаційна гра на задану тему, що дозволяє пацієнтові виразити у дії свої конфлікти і в деякій мірі інтегрувати їх.

Можна констатувати, що групові форми психотерапевтичної (і психологічної) дії мають одну найважливішу перевагу – економічність; вказано також на їх вищу, у порівнянні з індивідуальними формами психотерапії, ефективність. Причини цього бачаться в тому, що, по-перше, групові форми, що мають на увазі формування малих груп, компліментарні, таким чином, соціально-соцієтальним структурам взагалі; по-друге, позначається вплив приватної тенденції до демократизації суспільства.

Психоаналіз

Психоаналіз ввів в практику S. Freud [61]. Спочатку психоаналіз виник як психотерапевтична техніка, в протилежність гіпнозу школи J. Charcot. Надалі психоаналіз став також соціально-філософською доктриною. Психоаналіз у класичному вигляді заснований на трьох постулатах:

1. Структура особистості з детермінованим внутрішнім конфліктом.
2. Метод вільних асоціацій.
3. Символіка тлумачень сновидінь.

Діагностичні прийоми

Можна сказати, що [класичний] психоаналіз – це процес безперервної, покрокової діагностики – діагности симптомів і комплексів, їх прихованого значення і того, що за цим стоїть.

Діагностичне значення як таке мають багато концепт-феноменів і перш за все такий дефензивний концепт-феномен, як опір, – поява якого показує правильну спрямованість аналізу.

Психоаналізу вдалося розвинути багатющий технічний, і навіть технологічний апарат, збудований навколо його теорій і концептів. Більшість про-

цедур при цьому мають інтерпретативний характер. Характерним є введення уявлень про матеріал аналізу, що не є лексико-граматичним зв'язком, а має на увазі, що між неврозом і лікуванням лежить складний опосередкований, символізований і замаскований патогенез, доступність якого для свідомості робить саногенетичні впливи.

Процедури і техніка

Термін «аналіз» включає чотири різні процедури:

1) конфронтація – пацієнтові необхідно показати, що він уникає чогось; він повинен розрізнити той психічний феномен, який є предметом аналізу;

2) кларифікація (прояснення) – зміщення значущих деталей в чіткий фокус;

3) інтерпретація – перетворення неусвідомлених деталей в усвідомлені, при цьому фахівець використовує своє власне несвідоме, свою емпатію і інтуїцію, так само як і свої теоретичні знання;

4) ретельне опрацювання, комплекс процедур і процесів, які мають місце після інсайту; це психоаналітична робота, що відкриває шлях від інсайту до змін і, як правило, що вимагає великої кількості часу для того, щоб подолати захисні механізми, що перешкоджають тому, щоб розуміння призвело до зміни, і для створення міцних структурних змін.

Таким чином, найбільш важлива психоаналітична процедура – інтерпретація; всі останні підпорядковані їй теоретично і практично: це кроки, які або ведуть до інтерпретації, або роблять її ефективною. Таким чином, психоаналітичні процедури зводяться до інтерпретуючого (що тлумачить) аналізу згаданих вище компромісних утворень свідомості.

Для проникнення в несвідоме використовується техніка вільних асоціацій, якій надається велике значення, чим іншим засобам продукції матеріалу в психоаналітичній ситуації, і яка відома як фундаментальне правило психоаналізу.

Суть її полягає в тому, що треба послабити всі затримуючі і критикуючі інстанції свідомості. Хай приходить в голову все, що завгодно, найбезглу-

здіші думки і образи, навіть якщо це здається безглуздом, позбавленим значення і що не має на перший погляд відношення до справи. Пацієнтові слід говорити вголос навіть такі речі, які він вважає тривіальними, ганебними, неввічливими.

Така робота зустрічає сильний захист свідомості; народжується якийсь внутрішній протест: то, здається, що все зрозуміло і не потребує ніяких пояснень, то, навпаки, все настільки абсурдно і безглуздо, що не має ніякого сенсу; нарешті, думки, що приходять в голову, і образи пригнічуються як випадкові, такі, що не відносяться до справи. Іншими словами, пацієнт прагне зберегти точку зору легальної свідомості. Проте при цьому наявність опору – дуже важливе джерело аналізу: там, де воно є, там безперечно є і витиснений «нецензурний» потяг. Аналіз психологічного захисту – один з головних kamenів психоаналітичної техніки.

Цінним джерелом матеріалу для психоаналізу є перенесення на лікаря ранніх дитячих відчуттів пацієнта. Аналіз перенесення і захисту став центральним елементом психотерапевтичного процесу.

В ході психоаналізу вільна асоціація залишається основним терапевтично цінним методом комунікації для пацієнтів, а інтерпретація – найбільш важливим інструментом психоаналітика. Інші способи спілкування також зустрічаються під час курсу, але вони є підготовчими або вторинними і не типові для психоаналізу.

Одна з основної техніки психоаналізу – вільне асоціювання, або вільні асоціації, під якими розуміються уявлення, думки, спогади, що виникають спонтанно-взаємозв'язано, без напруги і зосередження.

У загальному виді асоціації – це зв'язок між психічними явищами, при якому актуалізація (сприйняття, уявлення) одного з них спричиняє за собою появу іншого. Традиційна асоціативна школа виходила з того, що зв'язки між окремими елементами свідомості, психічними «атомами» виникають через частоту повторення, суміжність в часі і просторі, тобто залежать не від внутрішніх тенденцій психічної діяльності, а від зовнішніх обставин. Для Фрейда

асоціації виступають не як проекція об'єктивного зв'язку речей, а як симптоми мотиваційних установок особистості; він шукав в асоціаціях смисловий сенс. Для смислового змісту належать віднесеність до реальних об'єктів, до зовнішніх ситуацій; порядок і зв'язок ідей, як писав Спіноза, відповідають порядку і зв'язку речей. Проте завдання, яке прагнув вирішити Фройд, звернувшись до методу вільних асоціацій, введених Юнгом від Вундта, полягала в тому, щоб з'ясувати, чому відповідають ці асоціації не в світі зовнішніх об'єктів, а на внутрішньому світі суб'єкта, тобто Фройд намагався знайти в асоціаціях смисловий зміст, але не наочне, а особове, прагнув знайти ключ до несвідомого.

Спочатку як спосіб розтину несвідомого пацієнта Фройд використовував гіпноз, проте надалі з ряду причин (нетривалість ефекту, особливості ситуації гіпнозу з чіткими командами лікаря, блокуючими спонтанність, неможливість аналізу опору) відмовився від нього і замінив методом вільних асоціацій.

Техніка вільного асоціювання ґрунтується на трьох припущеннях:

1) всі напрями думок мають тенденцію призводити до того, що має значення;

2) потреби пацієнта в психотерапії і розуміння того, що його лікують, ведуть його асоціації у напрямі значущого, за винятком того випадку, коли діє захист (яке проявляє себе під час сеансу у неможливості вільно асоціювати і указує на витиснені потяги і травматичні переживання);

3) опір зводиться до мінімуму за рахунок релаксації і значно посилюється за рахунок зосередження.

Вільне асоціювання, – разом з аналізом реакцій опору і перенесення, – є основою психоаналітичного процесу. Основне правило, яке повинен виконувати пацієнт, що заохочується інструкцією психоаналітика, полягає в тому, що він повинен прагнути до відвертості, повідомляти, вільно висловлювати свої думки, уявлення, відчуття, очікування, спогади і факти, не намагаючись в цей час зосередитися, не контролюючи і не оцінюючи їх, незалежно від то-

го, що вони можуть здаватися йому незначущими, безглуздими, ганебними. Обставини психоаналітичного сеансу створюється так, щоб сприяти вільному асоціюванню, максимально викликати до життя пригнічені колись переживання і спогади. Пацієнт знаходиться в пасивному положенні, як правило, лежить на кушетці і не бачить лікаря, а дії навколишнього середовища зводяться до мінімуму. Проте вільні асоціації не є вільними і безпосередніми в повному розумінні слова, оскільки, з одного боку, вони можуть бути обумовлені терапевтичною ситуацією, особою психоаналітика і взаєминами з ним, а з іншої – сам процес припускає не тільки вільне асоціювання пацієнта, але і інтерпретацію отриманого матеріалу психоаналітиком (і подальші асоціації пацієнта можуть бути відповіддю на це втручання) і власне дослідження своїх асоціацій пацієнтом. Таким чином, в процесі вільного асоціювання пацієнт виконує дві функції: вільне асоціювання і рефлексію, іншими словами, він є одночасно і суб'єктом і об'єктом власного досвіду, тобто дозволяє своїм думкам і спогадам вільно приходити водночас і аналізує, досліджує їх в іншій.

Техніка вільного асоціювання заснована на трьох припущеннях: всі думки спрямовані до того, що є значущим; потреба пацієнта в психотерапії і значення того, що його лікують, поведуть його асоціації у напрямі значущого, за винятком того випадку, коли діє захист; опір проявляє себе під час сеансів у неможливості вільно асоціювати. Відповідно до інструкції психоаналітика пацієнт повинен виконувати «основне правило», тобто повідомляти свої думки беззастережливо і не робити спроб зосереджуватися під час цього.

Інтерпретація (латинське – «interpretatio»), будучи найважливішою психоаналітичною процедурою, – в широкому розумінні означає роз'яснення незрозумілого або прихованого для пацієнта значення деяких аспектів його переживань і поведінки. Якщо вільні асоціації відносяться до основного способу отримання найбільш важливого матеріалу від пацієнта, то інтерпретація є головним інструментом аналізу цього матеріалу і перекладу несвідомого в свідоме.

Істотним є питання про те, коли доцільно розпочинати пояснення пацієнтові значення його симптомів, асоціацій, відносин, поведінки і інших елементів, що походять з несвідомого, спотворених і доведених до невпізнання під впливом механізмів психологічного захисту. Необхідно допомогти пацієнтові усвідомити дійсне значення своїх асоціацій в потрібний момент, коли він вже готовий і здатний зрозуміти дану інтерпретацію. Ухвалення і інтеграція пацієнтом інтерпретації можуть успішно здійснюватися лише при її емоційною опосередкованості. Інтерпретація повинна бути несподіваною для пацієнта, вона повідомляє щось нове, раніше йому невідоме про себе. Інтерпретація взаємопов'язана з інсайтом. Вона не тільки розкриває значення прихованого матеріалу, але і може сприяти новому потоку асоціацій, відчуттів і спогадів, яких пацієнт до цих пір ще не торкався.

Іноді інтерпретація здійснюється в короткій формі, у вигляді ключового слова або фрази, які розкривають нову сторону раніше матеріалу, що обговорювався, а в інших випадках просування від асоціації пацієнта до конкретної інтерпретації вимагає докладного пояснення, що проводиться крок за кроком. У ряді випадків інтерпретація може стосуватися другорядних питань і пацієнт сам досить швидко приходять до неї, але істотна інтерпретація, зокрема щодо перенесення, абсолютно неочікувана для нього, і для її ухвалення потрібна ґрунтовна підготовка пацієнта. Коли лікарю-психотерапевту стає абсолютно ясним приховане значення яких-небудь переживань пацієнта, йому дуже важко утриматися від того, щоб не сказати про це хворому. Як дуже ранне, так і дуже пізні проведення інтерпретації небажане. Емпатичне поведінка психотерапевта дозволяє уникнути цього. Кожного разу він намагається відчувати, що випробовує пацієнт, щоб передбачати його реакцію, а також зрозуміти, чи готовий він прийняти інтерпретацію і скористатися нею. На адекватну інтерпретацію пацієнт зазвичай реагує з полегшенням і відчуттям подяки. Якщо немає упевненості в правильності інтерпретації, можна надати їй форму припущення, питання, натяку, гіпотези. Існує також поняття часткової інтерпретації, що включає, по-перше, попередню інтерпретацію, обме-

жену свідомими і підсвідомими сферами, по-друге, повну інтерпретацію, але сфокусовану лише на окремих інтрапсихічних «фрагментах». В цьому випадку інтерпретація частково розкриває несвідомі мотиви і конфлікти.

Інтерпретацію корисно розпочинати з непрямих комунікацій пацієнта, таких як поведінка, мова, установки загального характеру.

Найбільш істотними в психоаналізі є інтерпретації перенесення. Якщо вони проводяться своєчасно і правильно, вони прозводять до динамічних і структуральних змін в психічному апараті пацієнта, сприяють встановленню адекватнішої рівноваги між «Я» і несвідомим, оскільки при цьому, з одного боку, важко подальше пригнічення інстинктивних імпульсів, а з іншої – полегшується повернення в свідомість пригніченого психічного змісту. Інтерпретації можуть сприяти заміні примітивних механізмів психологічного захисту (наприклад, заперечення, проекції) механізмами захисту більш високого рівня або конструктивними реакціями того, що упоралося (копінг-поведінка), внаслідок чого відбувається посилення «Я», зменшення спотворення міжособистісних відносин.

Інтерпретації в психоаналізі розглядаються як радикальні, а не симптомо-центровані психотерапевтичні втручання, передбачається, що вони вільні від сугестії. Це те, що Фройд називав «чистим золотом» психоаналізу.

Важливою процедурою є аналіз механізмів захисту, який включає декілька основних процедур.

Психоаналітик повинен: усвідомити опір, продемонструвати його пацієнтові, прояснити мотиви і форму опору (який специфічний хворобливий афект примушує пацієнта чинити опір; яку конкретну форму і метод пацієнт використовує для його виразу); інтерпретувати опір (виявити, які фантазії або спогади є причиною афектів і спонук, які стоять за опором; займатися історією і несвідомими об'єктами даних афектів і спонук або подій під час аналізу, поза аналізом і у минулому); інтерпретувати форму опору, для чого займатися аналізом цій і схожих форм діяльності в час і поза аналізом; прослідкувати

історію і несвідомі цілі цієї діяльності сьогодні і минулому пацієнта. Остання процедура – ретельне опрацювання.

Форми проведення – хворе питання психоаналізу, оскільки одним з основних заперечень проти психоаналізу як методу є, як не дивно, його виняткова тривалість.

Форми проведення

Класична аналітична техніка включає щоденні (5 разів на тиждень) зустрічі з пацієнтом, укладання його на кушетку, уникнення усіляких рад, прописування ліків, утримується від управління його життям, обмеження висловів інтерпретаціями і інструктаж по виконанню основного правила вільних асоціацій. Психоаналіз можна охарактеризувати як довгострокову, інтенсивну, інтерпретативну психотерапію.

Психоаналіз найбільш інтенсивний і строгий формою тип психотерапії. Пацієнт відвідує психоаналітика 3 – 5 разів на тиждень; тривалість лікувального курсу від декількох місяців до декількох років. Хворий лежить на кушетці і не бачить психоаналітика, що сидить позаду нього. Пацієнт прагне до вільного асоціювання, тобто намагається сказати все, що приходить йому у голову, щоб прослідкувати рух думок до їх раннього коріння; говорить також про сновидіння і відчуття перенесення, що виникають в процесі психотерапії. Психоаналітик використовує інтерпретацію і прояснення, щоб допомогти пацієнтові у вирішенні конфліктів, які часто несвідомо впливають на його життя. Для психоаналізу важливо, щоб пацієнт умів виражати свої відчуття і думки, був психологічно розташований без вираженої репресії переносити емоційну напругу, що викликається психоаналітиком, володів здібністю до стійкого психотерапевтичного альянсу. Метою психоаналізу є реконструкція структури характеру із зменшення патологічного захисту; розуміння причин стану важливіше полегшення симптомів, хоча останні в ході лікування зникають. Результатом психоаналізу повинне бути формування зрілої особистості. Психоаналіз показаний пацієнтам з невротами, особистісними розладами, сексуальними порушеннями.

Психоаналіз – у вітчизняному медичному просторі – до цього дня не інтегрований в офіційні медичні психотерапевтичні практики.

Завдяки наявності в психоаналізі власної теорії психічної патології багато проявів трактуються в рамках категоріального апарату психоаналізу – як комплекси, неврози перенесення і таке інше.

Біхевіоральна терапія (Н. J. Eysenk, 1960 [74], I. Wolpe (1973) [102]). Основний принцип терапії – тренінговий, позитивний ефект, заснований на феномені згасання реакції.

Діагностичні прийоми

В рамках поведінкової парадигми діагностично важливим визнається спостереження за поведінкою. Відсутність специфічних діагностичних прийомів пояснюється, мабуть, редукціоністськими уявленнями про терапію – терапія спрямована безпосередньо на корекцію проблем.

Процедури і техніка

Процедури і техніка поведінкової терапії відрізняються значною різноманітністю вже через той факт, що поведінка є складно структурованою і високо організованою сукупністю [соціопсихічних], фізіологічних, кінестетичних і інших процесів, тому поняття «вплив на поведінку», або «поведінкова терапія» представляється дуже загальним, невизначеним. Кожна з методик, заявлена як поведінкова – від електричного «покарання» на неправильну дію до віднесеної до поведінкових методик прогресуючої м'язової релаксації (на підставі лише того, що в ній використовується тренування, або тренінг), – апелює до цілого ряду феноменно-інтрапсихічних, особистісних характерологічних, раціональних для сугестії і інших елементів.

Поведінкова [психотерапія] може проводитися в основній своїй формі поведінкового тренінгу, метою якого є навчання пристосовним умінням, необхідним при зіткненні з складними життєвими ситуаціями. Поведінковий тренінг – це запрограмований курс навчання, ніж серія звичайних психотера-

певничних занять. Підбір пацієнтів в групи нерідко здійснюється на основі схожих проблем і необхідності вирішення певних завдань.

Людина на певних життєвих етапах набуває конкретних умінь, необхідних як для подолання критичних ситуацій, так і для продовження розвитку. Одним з таких етапів є пізній підлітковий і ранній дорослий етап, коли людина вперше зустрічається із необхідністю зробити декілька важливих виборів. Найбільш складними є ситуації знайомства, особливо з особами протилежної статі, відмови, виразу своїх потреб і відчуттів. Придбання умінь в галузі міжособистісних взаємин, подолання труднощів і управління тривогою зумовлюють майбутній успіх або невдачу у встановленні близькості, придбанні незалежності або компетентності.

Хоча поведінковий тренінг може проводитися в індивідуальній або груповій формі, він має ряд загальних особливостей:

1. Постановка цілей. Пацієнт або член групи визначає, які навички поведінки він хотів би набути в результаті роботи. У індивідуальному поведінковому тренінгу (функціональне тренування поведінки) може бути складена ієрархія цілей за складністю досягнення. Поки не досягнута одна мета, переходити до іншої за допомогою психотерапевтичних прийомів не слід.

2. Вимірювання і оцінка проблем. Завдання пацієнта – навчитися на заняттях аналізувати те, що виникає перед проблемною поведінкою, як і коли вона виникає, які його наслідки. Дія на кожному з ланок цього поведінкового тренінгу на будь-якому етапі може привести до позитивних змін. Членів групи необхідно заохочувати, займатися самопостереженням і записувати дані про себе.

3. Психотерапевтичні прийоми. Залежно від індивідуальних і групових цілей виділяються наступні методичні прийоми поведінкового тренінгу: використання рольових ігор; чітка тематична побудова занять; об'єднання ролевих ігор з транзактним аналізом; інтеграційний підхід з використанням техніки гештальт-терапії і психодрами.

Репетиція поведінки – основна методика поведінкового тренінгу, що складається з ролевого програвання складних ситуацій, які свого часу створювали або можуть створити в майбутньому певні труднощі для пацієнта. У процедурі репетиції поведінки використовуються елементи оперантного і наглядного навчання. Слухаючи змодельовані упевнені відповіді і випробовуючи їх вплив, учасники побічно навчаються цьому умінню. У деяких групах застосовуються аудіо- і відео- записи зразків упевненої поведінки. Моделювання особливе корисно тоді, коли учасник групи має обмежене уявлення про те, якою може бути позитивна, упевнена поведінка в даній ситуації. Іншим компонентом репетиції поведінки є підкріплення. Найчастіше це заохочення за будь-яке поліпшення, а не тільки за завершення складного епізоду, що демонструє упевненість в собі.

4. Домашня робота. Цей спосіб, що заохочує перенесення поведінкових змін в зовнішній світ, служить «екологічною перевіркою» придбаних навичок. Крім того, удома освоюються різні методи релаксації і угашення тривоги.

Інші відомі методики поведінкової терапії – систематична десенсибілізація, іммерсія (зокрема, «парадоксальна інтенція» Франкла), імплізія, експлозія, методики повені, покарання, зупинки думок, занурення, викликаного гніву, аццептивний тренінг, «жетонна система» тощо.

Форми проведення

Поведінкова терапія може проводитися як в індивідуальній, зокрема самотійній, так і груповій формі. Групи поведінкової терапії найбільш ефективні при навчанні техніці досягнення «впевненості в собі». Різний життєвий досвід членів групи є сприятливим ґрунтом для створення і відробки впевнених, невпевнених і агресивних відповідей і для забезпечення зворотного зв'язку.

Екзистенційна терапія

Збірною назвою екзистенційна психотерапія (латинське «exsistentia» – існування – у А. Augustinusa і ін.) позначені психотерапевтичні підходи, в

яких робиться підґрунтя на «вільну волю», необмежений розвиток особистості, усвідомлення відповідальності за вибір життєвого шляху і формування внутрішнього світу.

Недирективна психотерапія

Основою її є запропонована С. Rogers концепція особистості, в основі якої лежить поняття «Я-реального» і «Я-ідеального». При цьому головною силою психодинаміки є потреба особистості до позитивної оцінки ззовні (С. Rogers, 1959) [92].

Діагностичні прийоми

Діагностика в рамках клієнт-центрованої психотерапії зводиться, перш за все, до виявлення і констатації порушень [структур] «Я-концепції».

Процедури і техніка

Технічні засоби, згідно переконанням клієнт-центрованої психотерапії, є доповненням позиції психотерапевта і самі по собі не забезпечують психотерапевтичного просування.

Найбільш використовуваними прийомами є:

- вербалізація (латинське «verbalis» – словесний) – опис переживань, відчуттів, думок, поведінки; специфічне розуміння вербалізації – точний словесний опис, промовляння психотерапевтом емпатичного розуміння емоційного змісту переживань пацієнта;
- уміле використання мовчання, мовчазне ухвалення;
- віддзеркалення емоцій – повторюються ті слова пацієнта, в яких безпосередньо виражаються емоції.

Форми проведення

Клієнт-центрована психотерапія може проводитися не тільки в індивідуальній, але і в груповій формі.

Розмовна терапія

Завдання терапевта – допомогти пацієнтові вербалізувати емоційні переживання для усунення патологічної симптоматики (R. Tauch, 1979) [99].

Гештальт-терапія

Теоретичною основою є уявлення про те, що особистість сприймає зовнішній світ шляхом конструкції форм (фігур) – гештальтів, тобто в образному вигляді.

Універсальним патопсихологічним механізмом синдромогенезу є формування незавершених гештальтів (певного критичного рівня). Цей процес безперервний – інтеракції з тим, що оточує ведуть до формування нових гештальтів (F. Perls, 1969) [90].

Діагностичні прийоми

Діагностичні прийоми в рамках гештальт-терапії спрямовані виключно на діагностику порушень гештальт-процесів, головним чином психічних, поведінкових і фізіологічних корелятивів незавершених гештальтів.

Оскільки гештальт-терапія відноситься до «холістичних» (тобто спрямованих на досягнення цілісності) різновидів психотерапії, її метою є не «лікування» або «виправлення» будь-яких розладів, а підтримка і зміцнення загальної гармонії і самопочуття в широкому сенсі, розвиток особистості.

У гештальті високо цінується право людини бути несхожим на інших людей; таке уявлення про терапію змикається з поняттям особистісного зростання, розвитку людського потенціалу, що принципово відрізняється від «нормалізаційних» концепцій, націлених на соціальну адаптацію.

Процедури і техніка

Виходячи з актуальності клієнта як одній з трьох складових (актуальність – усвідомленість – відповідальність) терапевт під час сесії допомагає повторно пережити «незавершену» або не до кінця завершену ситуацію минулого або зустрітися віч-на-віч з невпевненістю в завтрашньому дні.

Терапевтичний сеанс націлений на одну людину, а група використовується для підтримки як «ампліфікатора-еха».

У гештальт-терапії оригінальним чином поєднуються і інтерферують безліч різних як вербальних, так і невербальних методів і технік: пробудження сенсорних можливостей, робота з диханням, тілом або голосом, вираз

емоцій, робота з сновидінням і уявою, психодрама, креативні техніки (малюнок, ліплення, музика, танок тощо).

Хоча в практиці гештальту використовується певна феноменологічна техніка, звана іграми або вправами, сутність гештальт-підходу полягає не в його техніці, а в його загальному сенсі, який виправдовує існування цієї техніки.

Симптом розглядається як спосіб спілкування людини, як вибрана ним мова, тому клієнта уважно і з повагою вислуховують і заохочують до максимального самовираження, використовуючи техніку ампліфікації (посилення). Таким чином, симптом стає «вхідними дверима», що дозволяють здійснити глибший контакт [з особистістю].

Деякі важливі принципи, які лежать в основі технічних процедур гештальт-терапії, продиктовані феноменологічним підходом.

Принцип «зараз» – функціональна концепція безпосередньої дії (так, акт спогаду далекого минулого є частиною сьогодення).

Принцип «безпосереднього спілкування» – спрямованість висловів на конкретне обличчя, адресність сентенцій.

Принцип «суб'єктивізації висловів» – переклад семантичних структур [мови] з пасивного стану в активно-діяльнісний контекст.

Принцип «континууму свідомості» – концентрація на спонтанному потоці змісту переживань, що має на увазі відмову від інтерпретацій (і вербалізацій).

Форми проведення

Форми проведення гештальт-терапії – мала група, 2 – 3 людини, 1 – 2 рази на тиждень.

Транзактний аналіз

Заснований на розігруванні типових ситуацій у вигляді гри. Основні психотерапевтичні прийоми: відробки ритуалів, процедур і розваг (E. Berne, 1961) [68].

Діагностичні прийоми

У транзактному аналізі, як і в кожній «аналітичній» [психотерапії], діагностичні прийоми займають видне місце. Основну їх частину складає аналіз змісту, характеру і спрямованості транзакцій, а також аналіз інших концептів – сценаріїв, структуризації часу і ін.

Процедури і техніка

Транзактний аналіз – інтеракційна психотерапія.

Пацієнтів навчають основним поняттям аналізу (принципи доступності і відвертості методу), розумінню механізмів поведінки і причин поведінкових розладів.

Транзактний аналіз включає структурно-особистісний аналіз, аналіз транзакцій, аналіз «психологічних ігор» і скрипт-аналіз.

Структурно-особистісний аналіз має на увазі, згідно своїй назві, аналіз структури особистості.

Аналіз транзакцій – дослідження вербальних і невербальних взаємодій між людьми.

Аналіз «психологічних ігор» вивчає «приховані» транзакції, покликані призводити до бажаного результату (виграшу).

Скрипт-аналіз, або аналіз «сценарію» має на увазі вивчення індивідуального «життєвого сценарію».

В цілях забезпечення наочності в транзактному аналізі користуються графічним записом (діаграмою) моделі «Его-станів» [особистості] і транзакцій. Модель «дитина – дорослий – батьки» традиційно зображається трьома дотичними один з одним колами, а можливі транзакції – паралельними або пересічними лініями (векторами).

Вважається, що при взаємодії (транзакціях) людей на перший план можуть виступати різні «Его-стани»; розрізняють паралельні, перехресні і приховані транзакції.

Паралельними є транзакції, що відповідні очікуванням (експектаціям) контактуючих людей, відповідають неконфліктній взаємодії (вектори стимулу і у відповідь реакції при такій взаємодії зображаються паралельними лініями; «Его-стан», в який спрямований вектор стимулу, є джерелом реакції).

Навпаки, перехресні транзакції конфліктогенні (стимул і реакція показано лініями, що перехрещуються).

Приховані транзакції відрізняються тим, що при взаємодії «активуються» більше двох «Его-станів», оскільки повідомлення-стимул в прихованій транзакції зовні маркується як соціальне, але очікувана у відповідь реакція повинна мати психологічний підтекст (що, власне, і складає сутність «психологічних ігор»).

«Психологічна гра» є серією наступних один за одним прихованих транзакцій з чітко певним, передбаченим результатом.

Е. Верне описав десятки таких «психологічних ігор»; вони можуть бути виконані з «Его-стану» батька, коли повторюються «ігри» батьків; з «Его-стану» дорослого, коли «ігри» свідомо розраховані; з «Его-стану» дитини, коли вони засновані на ранніх переживаннях, рішеннях і «психологічних позиціях», які дитина визначила відносно себе і інших ще в дитинстві.

Форми проведення

Транзактний аналіз проводиться переважно в груповій формі.

У транзактному аналізі практикується психотерапевтичний контракт, в якому обговорюються умови лікування (зокрема, в ньому вказуються цілі, поставлені пацієнтом, і шляхи, по яких вони досягатимуться; вносяться пропозиції психотерапевта з лікування і список вимог до пацієнта, які він зобов'язується виконувати).

Психодрама

Патологічна симптоматика знімається при розігруванні хворими на сцені ситуаційних дій – уривків і повних драматичних творів.

Можна застосовувати будь-які форми індивідуальної, групової, раціональної психотерапії. Всі психічні розлади включають когнітивний і поведінковий компонент і для того, щоб хворий видужав, необхідно допомогти йому змінити поведінку сприйняття і точку зору на події (J. L. Moreno, 1946), що провокують напад [88].

В даний час в професійній доктрині застосування психотерапії при посттравматичному стресовому розладі, методом вибору вважається **поведінкова психотерапія**. Поведінкова терапія спрямована на зміну відповідного компоненту психічних розладів, але для одужання повинна відбутися зміна в когнітивній сфері. То ж стосується і успішного когнітивного лікування: услід за первинними змінами в когнітивній сфері повинна відбутися зміна в поведінці. У ряді випадків доцільно спочатку впливати на поведінкову сферу, наприклад, при лікуванні obsесійних розладів з ритуалами або при лікуванні соціальних фобій. Проте застосування тільки поведінкової терапії зазвичай дає неповні результати і для ефективнішого лікування необхідним є приєднання когнітивної терапії. Оскільки ці процедури часто застосовуються в комплексі, незрідка вживається термін «когнітивно-поведінкової терапії».

Поняття «поведінкова терапія» ввели в практику незалежно один від одного Арнольд Лазарус і Ганс Айзенк в кінці 50-х років XIX століття. У нашій країні вказаний метод був відомий як умовно-рефлекторна терапія. Дана терапія орієнтована на біхевіоральні закони «навчання», які у свою чергу ґрунтуються на поєднаних рефлексах В. М. Бехтерева, умовних рефлексах І. П. Павлова, оперантному обумовленні Бархуса Фредеріка Скінера. В. М. Бехтерев, запропонувавши для лікування конверсійних проявів істерії виробляти поєднані рефлекси на індіферентний подразник, що підкріплюються ударом струму, з'явився відкривальником поведінкової терапії. Серед його послідовників був, у тому числі і В. Контарович, котрий у 1929 році ви-

користав умовно-рефлекторний метод лікування алкоголізму (прийом алко-голю поєднувався з больовим ударом електричного струму), що застосував, згодом удар струму був замінений введенням апоморфіну.

У 1938 році було опубліковано монографію Бархуса Фредеріка Скінера «Поведінка організмів» (Сполучені Штати Америки), у 1958 році видано книгу Джозефа Вольпе «Психотерапія реципрокним гальмуванням». Вказані праці мали велике значення для розвитку поведінкової психотерапії.

Теоретично біхевіоральні передумови перевірялися лабораторними експериментами, які підтвердили, що підкріплення може впливати на вербальну поведінку членів групи. У зв'язку з цим психотерапевти додали до традиційної групової терапії біхевіоральні методики. Ці і інші групові підходи намагалися звести ефекти психотерапії до соціального навчання. Етіологію всіх психічних розладів психотерапевти цього напрямку бачили в невірних стимулах і реакціях, шляхом навчання правильним реакціям намагалися і сподівалисявилікувати всі порушення психічної сфери.

Останнім часом ряд психотерапевтів еклектують поведінкові методики з більш традиційною груповою терапією. Вони ефективно використовують різноманіття досвіду членів групи і ширшу систему підтримки для навчання життєвим умінням. Поведінкові проблеми зазвичай пов'язані з взаємовідношенням пацієнта з іншими людьми. Присутність або відсутність інших людей може впливати на поведінку, у момент лікування група замінює хворому реальний світ. На цьому і ґрунтується успіх лікування. Групи представляють соціальну мережу, в якій можна практикувати напрацювання адекватних соціальних умінь.

В центрі поведінкового підходу існує поведінка спостереження. Такі «фрейдистські» поняття, як «придушення», «несвідоме», або заперечуються, або перекладаються менш містичною мовою. Поведінкові психотерапевти не займаються минулим, їх цікавить саме поведінка і чинники навколишнього середовища.

Метою поведінкової групи є вироблення такої поведінки, яка може бути прийнятою не тільки для індивідуума, але й для суспільства в цілому. Така група є своєрідною лабораторією для формування і засвоєння нормальних життєвих умінь.

До основних видів життєвих умінь, яким навчають в групі, відносяться управління емоціями, планування свого найближчого і віддаленого майбутнього, ухвалення рішень, батьківські функції, комунікативні уміння, упевненість в собі.

На відміну від інших психокорекційних груп, групи тренінгу умінь жорстко структуровані, їх керівники активно керують групою, ставлять перед учасниками конкретну мету, планують кожне завдання.

При лікуванні хворих з посттравматичним стресовим розладом в період розгорненої клінічної картини, психотерапія сама по собі не досить ефективна. Ефективність лікування при застосуванні тільки психотерапії невисока, але за наявності у хворого психосоціальних проблем, що ускладнюють одужання, ефективність психотерапії різко підвищується. У багатьох випадках адекватні, конгруентні взаємини лікаря з хворим самі по собі є могутнім психотерапевтичним засобом.

Будь-яка подія може асоціюватися в психіці з якоюсь конкретною реакцією. Завданням лікаря є вселити упевненість хворого і навчити його ігнорувати неприємні асоціації. Після невеликого тренування багато хворих починають відчувати себе вільно в ситуаціях, що раніше уникали.

При важких варіантах клінічних проявів і перебігу посттравматичного стресового розладу поведінкова психотерапія застосовується тривало. Існують різні методики поведінкової терапії, що мають між собою одне загальне зіткнення з чинниками що викликають патологію в реальному житті. Найбільш важливим для терапевтичного успіху в цих випадках є тривалість експозиції. Лікувальний сеанс повинен займати не менше двох-трьох годин. Слід часто повторювати сеанси і по можливості проводити події, близькі до реальних.

У 50-х роках намітився розвиток не тільки поведінкової психотерапії, але і ряду інших напрямів. Однією з найбільш популярних течій стала гештальт-терапія, заснована Ф. С. Перлзом [68]. Хоча гештальт-терапія формувалася як метод індивідуальної психотерапії, не менш поширена її групова форма. Проте гештальт-група вельми відрізняється від груп інших видів, в ній в основному, задіяно лише груповий лідер і один з учасників, що займає так зване «гаряче місце». Решта членів групи є лише виразниками мовчазної групової підтримки. Проте, спостерігаючи за роботою з пацієнтом, що знаходиться на емоційно «гарячому місці», решта членів групи краще розуміє свої проблеми. Гештальт-терапія, вже починаючи з 60-х років, входить до ланки достатньо вживаних видів психотерапевтичного впливу на різні варіанти посттравматичного стресового розладу.

У останні десятиріччя в нашій країні вельми високу популярність отримало нейро-лінгвістичне програмування. Одним з базових положень нейро-лінгвістичного програмування є переконання в прихованих не використаних психічних ресурсах людини. Тому основним завданням психотерапевта є витягання ресурсів з підсвідомості, доведення їх до рівня свідомості і навчання пацієнта користуватися ними. Існує багато технік нейро-лінгвістичного програмування: «метод якоря», «робота з субмодальностями», «положення», «ухвалення рішення», «зміна переконання» тощо.

Найбільш простим методом психотерапії, що використовується в лікуванні посттравматичного стресового розладу є навчання релаксації. Релаксацію можна проводити регулярно, щодня, або удаватися до неї тільки в стресових ситуаціях. Навчання релаксації може бути використане в цілях симптоматичної терапії, наприклад, при коливанні артеріального тиску і за наявності соматовегетативних компонентів посттравматичного стресового розладу, в тому випадку, якщо поточні стресові чинники посилюють симптоматику наявного розладу, викликаючи надмірне збудження вегетативної нервової системи. Як показують дослідження, релаксація також істотно потенціює ін-

ші методики: «метод якоря», «робота з субмодальностями», «положення», «ухвалення рішення», «зміна переконання» тощо.

Як стверджують Р. Гріндер і Дж. Бендлер [16], при виборі психотерапевтичної техніки велика увага повинна приділятися внутрішньому стану пацієнта, особливостям його особистості. Експериментальні дослідження ряду вчених з порівняння ефективності авторських не тиражованих і традиційних технологічних методів довела, що ніж більшу свободу пацієнтові надає психотерапевт, тим ефективніше впливає на патологічну симптоматику психотерапевтичні методи, як сугестії, так і не сугестії. Існує безліч особових варіантів, до кожного з яких слід підбирати свій гіпнотичний метод, komponуючи методи сугестій і не сугестій так, щоб вони відповідали індивідуальним потребам пацієнта і певній ситуації. Тобто, при використанні психотерапії, лікар повинен орієнтуватися як у всіх типах психотерапевтичної техніки, так і в особливостях особистості пацієнта. Для правильного підбору психотерапевтичної техніки також слід враховувати преморбідні особливості особистості, розузгодження її когнітивного, емоційного і поведінкового компонентів.

Проводяться різні технічні прийоми поведінкової терапії (моделювання, метод аверсивної терапії, біологічного зворотного зв'язку і ін.).

При методах біопідкріплення хворому допомагають навчитися контролювати функції свого організму, зокрема кров'яний тиск, частоту пульсу, серцевих скорочень тощо.

Найдетальніше розроблено психотерапевтичну тактику відносно депресивних компонентів посттравматичного стресового розладу. При депресивних розладах дуже важливим є поєднання поведінкових і когнітивних прийомів, спрямованих на зміну образу мислення. З поведінкових прийомів найбільш поширено «розклад активності», тобто градуйована діяльність, відповідна інтересам хворого. Не менш важливим є «випробування реальністю», що передбачає виконання пацієнтом дій, спрямованих на критичне ставлення до ірраціональних ідей. Когнітивні компоненти включають реєстрацію появів нав'язливих ідей, переривання їх шляхом відвернення уваги і використання

альтернативних заспокійливих думок. Виявивши логічні помилки пацієнта, психотерапевт потім багато разів звертає на них увагу хворого, спонукаючи його самостійному розпізнаванню і коригуванню їх у повсякденному житті.

Використовуються і інші методи психотерапії. За бажання пацієнта йому призначаються сеанси гіпнозу. Гіпнотичний стан досягається поряд з процедурами, спрямованими на досягнення релаксації, уповільнення ритму дихання, вибору точки фіксації уваги. Проводяться ритмічні, монотонні інструкції, застосовується послідовний ряд навіювань. Гіпноз використовують для прямого навіювання, поліпшення або для пробудження раніше пригнічених спогадів.

Застосовуються також різні модифікації аутогенного тренування. При аутогенному тренуванні використовують «стандартні вправи» для викликання відчуття важкості, відчуття тепла або холоду, уповільнення ритму дихання. Потім проводяться «медитативні вправи», при яких кольори або предмети дуже живо уявляються. Використання даних вправ дозволяє змінити активність вегетативної нервової системи і сприяє усуненню різних порушень в серцево-судинній, ендокринній і сечостатевої системах. Проте до теперішнього часу не встановлена ефективність аутогенного тренування як при посттравматичному стресовому розладі в цілому, так і відносно соматовегетативному його компоненті. У Англії і Сполучених Штатах Америки а ні гіпноз, а ні аутогенне тренування не набули пріоритетного поширення, значно частіше вони застосовуються в континентальній Європі і в Канаді. На думку ряду авторів, гіпноз, музикотерапія і інші варіанти психотерапії грають роль в нормалізації міжполушарних взаємодій, що в свою чергу є потенціуючою технікою і методом профілактики, особливо відносно соматовегетативних компонентів посттравматичного стресового розладу. Переважна більшість вважає психотерапію вельми ефективним методом лікування посттравматичного стресового розладу.

При застосуванні психотерапії до теперішнього часу багато неясного, зокрема, не з'ясований ступінь ролі особистості психотерапевта у досягненні

ефекту. Висловлювалося припущення про те, що результати лікування багато в чому залежать від того, наскільки виражені у психотерапевта такі особистісні якості як емпатія, теплота, щирість тощо.

14.4. МЕТОДИКИ КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Спеціальна техніка

Існують декілька різноманітних методів релаксації, наприклад, прогресуюча м'язова релаксація – в цьому випадку пацієнта навчають серії вправ, при яких він попеременно напружує, розслабляє окремі групи м'язів, щоб добитися розслабленого стану. При цьому використовується ефект ізометричної для росту м'язової релаксації без попередньої напруги груп м'язів шляхом безпосереднього первинного вироблення навичок релаксації. Можуть бути і інші відмінності в проведенні тренінгу – інтенсивності, що стосуються його, і темпів вироблення релаксаційного навичку в режимі спокою – відпочинку, а також активного застосування навичок розслаблення в психотравмуючих ситуаціях. Згідно загальноприйнятій думці, засвоєння прийомів релаксації є навичками і включає такі когнітивні аспекти, як відчуття контролю над важкими ситуаціями. Варто також відзначити, що деякі хворі знаходять дуже важким поставлене перед ними завдання розслабитися або навіть стверджують, що ця процедура провокує тривогу, оскільки відчуття «зняття» напруги може «вивести страх з-під контролю».

Дуже важливі також адекватне навчання дихальним вправам, особливо для пацієнтів з схильністю до гіпервентиляційного синдрому, що є характерним, зокрема, для багатьох хворих, у яких в структурі клінічної картини посттравматичного стресового розладу спостерігаються кризові стани, схожі на панічні атаки.

Експозиція

Багато методів, вживаних в рамках когнітивно-біхевіоральної терапії, вимагають використання техніки **експозиції**, при якій пацієнта піддають дії подразників, що викликають страх, або обумовлюючих стимулів. Робиться це з метою створити умови для згасання (у міру того як ситуація стає звичною) умовно-рефлекторної емоційної реакції на цей набір стимулів. Вважається, що даний прийом може також служити засобом спростування очікувань або переконань хворого щодо певних ситуацій і їх наслідків. Існує декілька різ-

новидів методів лікування, заснованих на використанні техніки експозиції; вони розрізняються залежно від способу пред'явлення стимулів (пацієнт може піддаватися їх дії в уяві або *in vivo*) і по інтенсивності дії (чи здійснюється в процесі лікування поступовий перехід до сильніших подразників або хворого відразу ж зіштовхують з найвизначальніших з них). У деяких випадках, наприклад при адаптації до психотравмуючих спогадів в процесі лікування посттравматичного стресового розладу, вже через специфічну природу розладу застосовна тільки експозиція в уяві. Аналогічним чином при використанні методів лікування, орієнтованих на когнітивні функції, ірраціональні думки пацієнта оспорожують, піддаючи його дії ситуацій, які показують, що ці ідеї помилкові або нереалістичні.

Десенситизація

За допомогою психотерапевта хворий будує ієрархію подразників, що провокують, в першу чергу, тривогу, а потім і відтворюють психотравму в цілому. Потім йому пред'являють ці стимули, починаючи з найбільш нешкідливих. Після того, як він справиться з одним подразником, пред'являють наступний. При пред'явленні стимулів можуть використовуватися два способи: або десенситизація в уяві, або градуйована дія (десенситизація *in vivo*).

Десенситизація в уяві полягає в тому, що хворий, знаходячись в стані розслаблення, уявляє собі сцени, що викликають у нього тривогу.

Поступова, градуйована дія (або десенситизація *in vivo*) припускає, що хворий повинен зустрічатися із зухвалюючими тривогу подразниками (починаючи з найбільш слабких) в реальному житті. Даний варіант віддають перевазі більшість психотерапевтів, оскільки саме зіткнення із стресорами в реальному житті завжди є кінцевою метою лікування, і цей метод ефективніший. Його використання можна проілюструвати наступним прикладом.

Занурення

Якщо підхід, використовуваний при десенситизації, можна було б порівняти з тим, як людину вчать плавати спочатку на дрібному місці, мало-помалу переходячи на глибину, – то при «зануренні» (використовуючи ту ж

аналогію) його, навпаки, відразу ж кидають. При використанні цього методу пацієнта поміщають в саму важку для нього ситуацію, що відноситься до вершини ієрархії подразників, причому він повинен піддаватися її дії до тих пір, поки тривога не зникне спонтанно («придбання звички»). Хоча багато хворих непросто переконати піти на це, занурення – більш швидкодіючий і, загалом, ефективніший метод, ніж десенситизація.

14.5. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНЕ ПОТЕНЦЮВАННЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ І МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

Збір анамнезу, соматичний огляд і проведення будь-яких необхідних лабораторних досліджень – всі ці процедури служать цілям лікування і є його невід’ємною частиною за умови, що вони виконуються належним чином.

В процесі збору анамнезу потрібно надати пацієнтові можливість «про-вентилювати» свої проблеми; необхідно також заспокоїти його, давши відповідні роз’яснення з приводу будь-яких його ірраціональних страхів: і те і інше – психотерапевтичні процедури, що мають важливе значення при наданні медичної допомоги.

Соматичний огляд слід (якщо це можливо) проводити так, щоб заспокоїти і підбадьорити пацієнта. Наприклад, добре, якщо лікар – знаючи, що хворого турбують підозра щодо раку шлунку – скаже, що пухлиноподібні утворення не пальпуються, немає також ніяких інших ознак, які давали б підстави припускати злякисну пухлину.

Нарешті, при правильному підході до проведення лабораторних досліджень вони також можуть відіграти важливу терапевтичну роль, заспокоюючи пацієнта і остаточно розсіюючи його побоювання. Але психологічний вплив цього чинника може бути негативним, якщо у хворого створиться враження, ніби лікарі не в змозі зрозуміти, що з ним відбувається, і готові проводити все нові і нові дослідження, будуючи свої нескінченні припущення.

Всі тривожні люди потребують поради; дуже мало хто з них виявляє бажання приймати седативні лікарські препарати, і ще менше таких, кому це дійсно необхідно. Так які ж рекомендації можна дати в подібних випадках?

В першу чергу необхідно пояснити пацієнтові, що різноманітні симптоми, що є у нього, складають поширений, добре відомий лікареві синдром і зовсім не вказують на яке-небудь серйозне захворювання. Потім слід поради-ти, як поводитися під час нападу тривоги: потрібно сісти (якщо обставини дозволяють), постаратися розслабитися, дихати ще глибше, ніж зазвичай, – і ознаки тривоги пройдуть самі собою. Нарешті, варто сказати про доцільність занять по навчанню релаксації, медитації або йоги – залежно від схильностей інтересів хворого.

Під час збору анамнезу лікар, як правило, отримує інформацію і про інші проблеми, які необхідно оцінити з клінічної точки зору, щоб залежно від їх характеру вирішити, чи потрібна допомога з боку інших фахівців.

14.6. ДИСТАНЦІЙНІ МЕТОДИ ПСИХОТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ТЕЛЕКОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УМОВАХ МАСОВИХ ПОДІЙ КАТАСТРОФІЧНОГО РІВНЯ

Під час масових подій катастрофічного характеру – природних, техногенних, військових та іншої природи катаклізмів, велика кількість людей зазнає того чи іншого психотравмуючого впливу, нерідко з подальшим розвитком гострих і віддалених порушень психіки та поведінки.

Надання психотерапевтичної допомоги в традиційних організаційних формах у вигляді формування комплексних медико-психологічних бригад, створення кризових центрів, центрів з надання невідкладної психологічної та психотерапевтичної допомоги в подібних випадках здебільшого ускладнено, а об'єм допомоги недостатній. У таких випадках суттєву роль відіграє застосування інноваційних технологій з використанням технічних засобів.

Прийоми дистанційного психологічного / психотерапевтичного впливу розроблено, упроваджено й використано А. М. Кашпировським.

Суть подібного впливу полягає у дистанційності комунікації психотерапевта з реципієнтом (реципієнтами) з проекцією аудіовізуального образу психотерапевта за допомогою телевізійної, комп'ютерної й іншої технічної підтримки.

Механізми терапевтично-корекційної дії

Передбачається, що дистанційна комунікація психотерапевта з реципієнтом призводить до активізації комплексу мнемонічних патернів («матриця пам'яті норми», за А.М. Кашпировським) і подальшого «створення програмуючих ситуацій». В основі таких припущень лежить чутливість процесів біологічної саморегуляції до впливу свідомості.

Збої у системі саморегуляції внаслідок психотравмуючого впливу можуть досягати клінічного рівня і служити патофізіологічною базою для розвитку патологічних відхилень у здоров'ї людини.

Саме ці збої у функціонуванні біологічної саморегуляції лежать в основі психосоматичних захворювань і соматоформних розладів, що виникають внаслідок психотравм, нервових перевантажень, стресів.

Відомо, що в організмі людини закладені механізми відновлення, повернення до норми порушених функцій і морфологічних структур. І не останню роль у запуску репаративних процесів відіграє психогенний тригер.

У процесі психотерапії необхідно сформуванню установку на відновлення нормальних варіантів функціонування, з підсвідомим пошуком оптимальних форм реагування на психологічні фактори.

У сучасній клінічній практиці склався певний парадокс: у той час, коли нема такого лікаря, в діяльності якого були би відсутні елементи психології, її питома вага в медицині дуже мала.

«Повернення до пам'яті норми», що виконує базову саногенну роль, за словом А. М. Кашпировського, можна охарактеризувати як своєрідний «засіб отримання медичного результату немедичним шляхом», - і, за твердженням автора, чим більше таке співвідношення, тим кращий результат.

Таким чином, подібний психотерапевтичний вплив є скоріше реабілітацією – реабілітацією на основі «згадки» про колишню норму з подальшим відновленням порушених функцій і регенерацією пошкоджених тканин.

Технологія проведення терапевтичних сеансів

Підготовка до психотерапевтичної сесії проводиться з дотриманням загальних деонтологічних умов і звичайного протоколу психотерапевтичного дійства (у вигляді запрошення зайняти свої місця, прийняти зручну позу, загальної релаксації).

Приєднання інших учасників у ході психотерапевтичної сесії можливо, але слід враховувати, що зазвичай процес супроводжується тими чи іншими звуковими або іншого виду подразниками, що може порушити нормальний перебіг сесії та викликати відчуття дискомфорту у присутніх учасників.

Психотерапевтичні сесії можуть мати універсальний характер або бути зробленими із врахуванням специфіки різних вікових та гендерних аудиторій. При цьому можлива їх реалізація як в індивідуальному, так і в груповому порядку. Безумовною перевагою дистанційної психотерапії з використанням телекомунікаційних технологій є можливість одномоментного залучення практично необмеженого контингенту.

Тривалість психотерапевтичних сесій може становити від 10 – 15 хв до півтори години, в залежності від специфіки аудиторії та поставлених завдань.

Проведені у 1988 і 1989 роках телесеанси А. М. Кашпировського різноманітним досягнутим результатам переконливо продемонстрували, що в психотерапії головним є не апеляція до свідомої реакції на захворювання, а сам факт психотерапії. Цей факт свідчить на користь гіпотези, згідно з якою в організмі людини під впливом психотерапевтичних факторів відбуваються складні біохімічні процеси, що приводять у дію «матрицю пам'яті норми».

Тому, проводячи сеанси дистанційного впливу, спеціаліст повинен бути готовий до того, що, паралельно з патологією, на котру орієнтовано сеанс, може відбуватися санація інших патологій.

Для формування позитивного настрою учасників рекомендується у вступній частині чи в ході психотерапевтичної сесії акцентувати увагу на позитивних результатах, досягнутих під час попередніх психотерапевтичних сесій, у тому числі тих, що спостерігалися не лише у присутніх, але й отриманих раніше на інших аудиторіях.

Необхідно розуміти, що успіх психотерапії залежить від міцності впровадженої інформації. Важливо не зосереджуватися тільки на одному, вербальному, каналі передачі інформації. Психотерапевтична сесія може проходити під музичний супровід, поєднуватися з поезією, піснями, чергуватися з фрагментами музичних творів або певними візуальними образами, а також паузами.

Під час організації циклу психотерапевтичних сесій доцільно дотримуватися певного ритуалу, декотрих конкретних елементів, з якими можна пов'язати дійство, його початок; у той же час під час кожної наступної сесії можна вносити творчі відмінні елементи.

Палітру психотерапевтичних впливів (у тому числі їх чисельність, диспозицію, чергування, яскравість) психотерапевт повинен майстерно поєднувати з подачею власного «я». Відсутність сумнівів у погляді й виразі обличчя, впевнені жести, що відповідають інтонації голосу, та рухи тіла, пропорційно поєднані зі сценарієм психотерапевтичної сесії, – все повинно бути направлено на забезпечення максимально позитивного результату.

Непереконливо подана інформація сприймається як недостовірною, тому одна з найважливіших задач психотерапевта – зробити інформацію переконливою, щоб вона не була затримана антисугестивними бар'єрами, а міцно увійшла в підсвідомість. Методика А. М. Кашпировського була апробована на значних контингентах пацієнтів із різноманітними захворюваннями нервової та серцево-судинної систем, органів дихання, з нейродермітами, розладами психіки та поведінки, травмами та декотрими іншими видами патології.

Технологія реалізації методу

Психолого-психотерапевтична допомога шляхом дистанційного впливу може реалізуватися через використання CD-записів, телебачення, інтернет-транслявання й інших технічних засобів. Організаційні моменти в наданні допомоги спрощує те, що дистанційний вплив може здійснюватися як у режимі прямої трансляції (у тому числі on-line через Skype), так і в записі.

Використання сучасних телекомунікаційних технологій дає можливість оперативно й ефективно здійснювати медико-психологічний супровід значних контингентів населення у найкоротші строки після впливу техногенних факторів, у тому числі безпосередньо в зоні катастрофи.

15. ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ І МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ

Оскільки метою психокорекційної і лікувально-реабілітаційної роботи з особами, що пережили дію тієї або іншої екстремальної ситуації, є їх соціально-психологічна адаптація, провідними методами їх реабілітації є різні форми психологічної і психотерапевтичної допомоги, в меншому ступені власне медикаментозне лікування. У цьому контексті представляється доцільною тісніша взаємодія між Міністерством охорони здоров'я України і іншими міністерствами і відомствами країни, що займаються проблемами ліквідації наслідків різного походження катастроф і екстремальних подій (МВС, МНС). Доцільним є також створення міжвідомчої комісії для координації діяльності цих міністерств і відомств з метою розробки загальнодержавної програми з профілактики розвитку посттравматичного стресового розладу в осіб, що беруть участь у ліквідації наслідків катастроф і екстремальних ситуацій, медико-психологічній і соціальній реабілітації осіб, що постраждали в них.

Центр охорони психічного здоров'я організований з метою раннього виявлення передхворобливих і хворобливих розладів психічної сфери психогенного, соматогенного і ендогенного характеру в ланці первинної медико-санітарної допомоги; своєчасного надання спеціалізованої психіатричної, психотерапевтичної, наркологічної, сексологічної допомоги студентам, страждаючим різними психічними розладами (функціональними розладами і пограничними станами психіки, залежністю від психоактивних речовин, сексуальними розладами, виключаючи випадки, що вимагають госпіталізації в психіатричний стаціонар, згідно закону України від 22.02.2000 року № 1489 – III «Про психіатричну допомогу»).

15.1. ХАРАКТЕР І ОБ'ЄМ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ І ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ НА ЕТАПАХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Зразкова тематика просвітницької роботи:

1. Загальна валеологія (поняття «індивідуального і суспільного здоров'я»; організм і урбанізоване місце існування; здоровий спосіб життя і принципи збереження здоров'я; шкідливі звички і їх наслідки; мінімальні гігієнічні вимоги до живлення соціально незахищеного контингенту тощо).

2. Психогігієна (загальна конфліктологія; психологія конфлікту; психогігієна сім'ї; психогігієна при катастрофах; методики подолання стресових ситуацій; формування адекватної системи цінностей і життєвих орієнтацій; забезпечення особистісного зростання в умовах різкої зміни життєвого стереотипу тощо).

3. Питання сім'ї і браку (психогігієна статі; психогігієна статевого життя; статеве виховання і сексуальна освіта; мотивостворення сексуальної поведінки; сім'я і її функції; культура сексу; причини і варіанти сексуальної дисгармонії; планування сім'ї: методи контрацепції, профілактика абортів).

Об'єм просвітницької роботи

Первинна ланка <i>(сімейний лікар, дільничний лікар, фельдшер)</i>	Вторинна ланка <i>(центр охорони психічного здоров'я)</i>
--	---

<ol style="list-style-type: none"> 1. Індивідуальні бесіди із пацієнтами. 2. Виявлення груп ризику по різним захворюванням і по девіантній поведінці для цілеспрямованої агітації. 3. Проведення лекційно-просвітницької роботи серед контингентів підвищеного ризику. 4. Цілеспрямоване розміщення друкарської продукції просвітницько-профілактичної спрямованості в місцях проведення дозвілля і масового скупчення контингентів підвищеного ризику із залученням волонтерів. 5. Виявлення неформальних лідерів для співпраці і агітаційної роботи. 6. Формування груп волонтерів і безпосереднє керівництво їх діяльністю. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Розробка навчальних програм і проведення просвітницьких лекцій для: <ul style="list-style-type: none"> – медичного персоналу низової ланки; – сімейних лікарів; – психологів; – волонтерів; – неформальних лідерів громадських організацій ветеранів; – груп ризику по окремих нозологіях; – соціальних працівників на етапах їх безпосереднього навчання і перепідготовки; – персоналу самого Центру силами кафедр психотерапії вищих медичних закладів післядипломної освіти. 2. Забезпечення безпосереднього організаційно-методичного керівництва низової ланки. 3. Інформаційна підтримка: <ul style="list-style-type: none"> – шляхом співпраці із засобами масової інформації, розміщення в них прямої соціальної реклами і прихованої реклами в матеріалах, адресованих представникам молодіжної субкультури; – шляхом власної видавничої діяльності – листівки, плакати, і їх розповсюдження через низову ланку; – видання допоміжної методичної літератури, орієнтованої на фахівців різного профілю і волонтерів, що беруть участь в програмі. 4. Забезпечення можливості конфіденційного отримання пацієнтом інформації про стан власного здоров'я, вірогідність виникнення певних захворювань і так далі за допомогою локальної комп'ютерної мережі.
--	--

В період епідемічно несприятливих ситуацій сили і засобу центру можуть бути привернуті для вирішення агітаційних завдань в рамках програм обл- і гор- санітарно-епідемічних станцій (епідеміологічна ситуація за проблемами грипу, кишкових інфекцій, масових випадків отруєння грибами).

Лікувально-діагностична діяльність

Первинна ланка (сімейний лікар, дільничний лікар, фельдшер)	Вторинна ланка (центр охорони психічного здоров'я)
<p>1. Діагностика станів, що входять в компетенцію лікаря-фахівця низової ланки.</p> <p>2. Анкетування груп ризику.</p> <p>3. Безпосередній патронаж на місцях осіб з груп ризику і осіб, що отримували терапію.</p> <p>4. Консультативна робота з членами сімей хворих із посттравматичним стресовим розладом.</p> <p>5. Направлення осіб, що потребують дообстеження і лікування на наступні етапи надання медичної допомоги.</p> <p>6. Лікування ситуаційних розладів може проводитися в індивідуальній або груповій формах з урахуванням нозологічної необхідності і здійснюватися короткофокусними методами</p> <ul style="list-style-type: none"> – раціональною – розсудливою – непрямую – потенціуючою – опосередкованою психотерапією – нейро-лінгвістичним програмуванням тощо <p>Групова психотерапія застосовується при нагоді збалансувати групу за статевою ознакою, бажане проведення психотерапії в закритих групах із подальшим відстежуванням групової динаміки за рахунок співпраці членів групи після проведення терапії.</p> <p>7. Активне виявлення психічної патології в середовищі груп ризику. Обов'язковим є огляд і патронаж особливих контингентів – ліквідаторів аварії на Чорнобильській атомній електростанції, воїнів-інтернаціоналістів і так далі.</p>	<p>1. Діагностика станів, що входять в компетенцію лікарів-фахівців центру.</p> <p>2. Аналіз статистичних даних, отриманих в результаті діяльності центру і формувань первинної ланки.</p> <p>3. Застосування лікувальних методів</p> <ul style="list-style-type: none"> – що включають багатоетапну побудову психотерапевтичного процесу (довгофокусні методики) – що вимагають облігатної анонімності – що вимагають застосування психофармакологічних препаратів. <p>4. Терапія:</p> <ul style="list-style-type: none"> – станів, резистентних до короткострокової психотерапії на рівні низової ланки – станів, що вимагають додаткового обстеження – терапія пацієнтів з соматичними розладами, вимагаючих спостереження лікаря-інтерніста. <p>5. Первинна реабілітація хворих, – що перенесли одиничний гострий психотичний епізод, – незавершений суїцид, – медикаментозний синдром відміни психоактивних речовин, – госпіталізацію в стаціонар психіатричного профілю.</p> <p>6. Оцінка соціального і трудового прогнозу осіб із посттравматичним стресовим розладом з подальшим направленням їх на медико-соціальну експертизу і подальшій трудовій і психореабілітації, реадaptaції.</p> <p>7. Комплексний прийом по питань дезадаптації в сексуальній сфері (сексологія + гінеколог + венеролог).</p> <p>8. Комплексний прийом осіб, що вживають психоактивні речовини (нарколог + венеролог).</p> <p>9. Виконання функцій первинної ланки по відношенню до контингенту, що знаходиться на стаціонарному лікуванні.</p> <p>10. Фахівці центру, при необхідності, підсилюють роботу первинної ланки.</p>

Примітка. Співпраця з правоохоронними органами і конфіденційність інформації здійснюються у суворій відповідності з нормами закону України від 22.02.2000 року № 1489 – III «Про психіатричну допомогу». У разі виникнення критичної ситуації по одній з відстежуваних нозологій (наприклад, спалах хламідіозу і тому подібне у вищому навчальному закладі) у сфері обслуговування низової ланки проводиться посилення агітаційної потужності первинної ланки за рахунок відповідного фахівця Центру. Просвітницька діяльність центру переноситься в низову ланку.

СХЕМА ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕРВИННОЇ КОНСУЛЬТАТИВНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ І ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

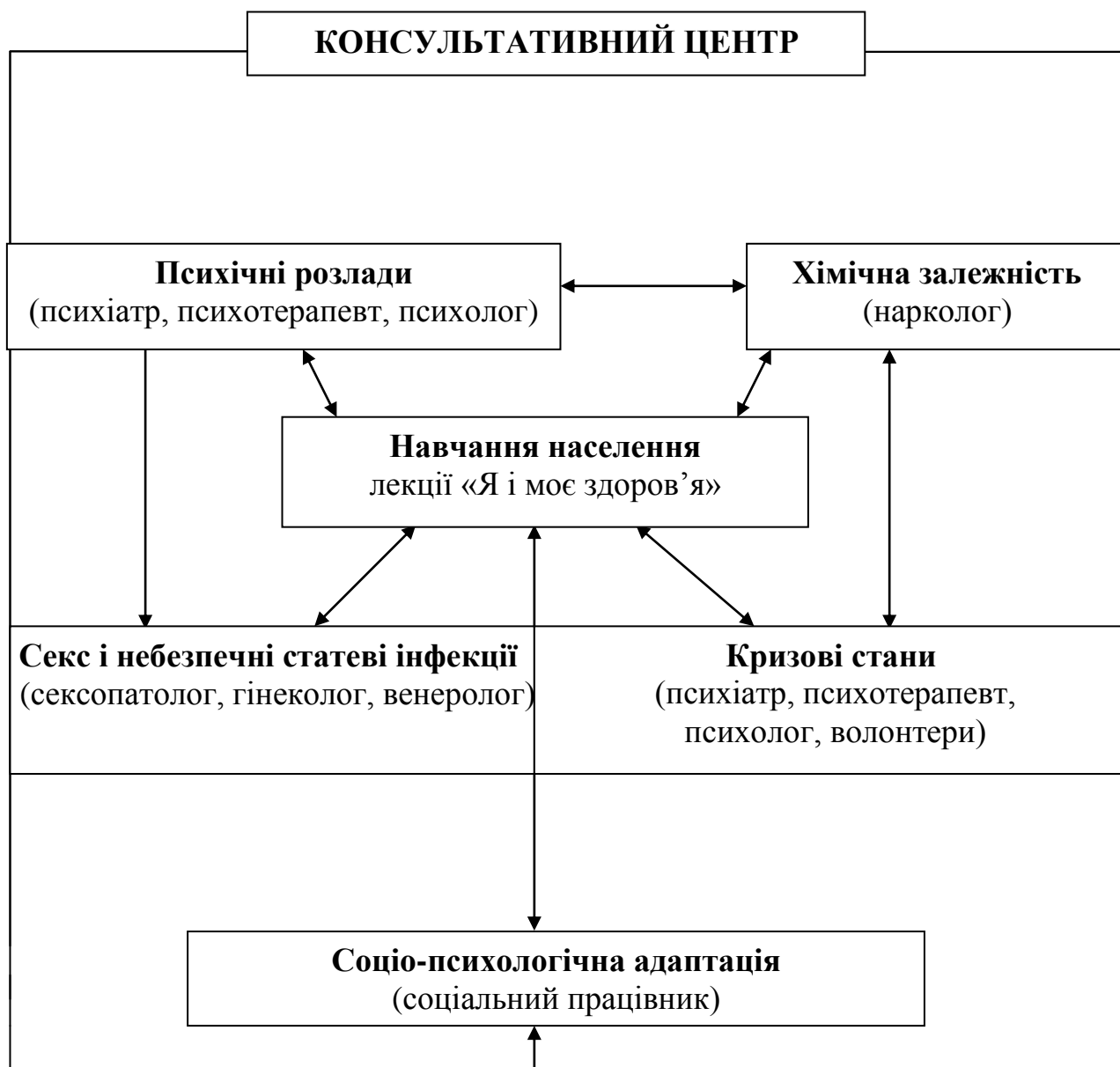


Допомога клінічних психологів

Іноді посттравматичний стресовий розлад є терапевтично резистентним відносно поширених схем терапії; деяким пацієнтам не вдається засвоїти метод релаксації на тих заняттях, які виявилися найбільш доступними в даних умовах. Такі випадки нерідко призводять до успіху навчання техніці релаксації в процесі індивідуального лікування. При виражених тривожних думках слід розглянути можливості застосування «комплексу методів лікування тривоги». При фобіях зазвичай допомагає використання релаксації разом з методами, при яких пацієнта піддають дозованим, поступово зростаючій дії тих, що пред'являються *in vivo* чинників, викликаючих страх.

У всіх випадках відносно хворих із посттравматичним стресовим розладом ведучим в психотерапевтичному комплексі повинен бути когнітивно-біхевіоральний підхід до їх проблем.

ФУНКЦІЇ ЦЕНТРУ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я



Допомога соціальних працівників

У хворих із посттравматичним стресовим розладом, особливо з вираженими тривожними розладами, часто виникають труднощі в соціальній сфері або в міжособистісних відносинах. У подібних випадках відчутну допомогу може надати добре підготовлений соціальний працівник.

Лікарська терапія

Слід уникати проведення спонтанно-необґрунтованої, хаотичної лікарської терапії, за винятком короткочасного застосування препаратів в деяких ситуаціях: наприклад, коли хворий, не дивлячись на багатократні роз'яснення

і домовленості, має сильну тривогу у зв'язку з певною медичною процедурою, або якщо мати, яку дуже хвилює результат хірургічної операції у дитини, просить допомогти зберегти спокій. Іноді необхідно запропонувати похідні бензодіазепіну – саме більше на декілька тижнів, але після закінчення цього терміну відновлювати їх безконтрольне застосування небажано, оскільки ці препарати викликають залежність.

Лікарську терапію посттравматичного стресового розладу слід розпочинати із застосування трициклічних антидепресантів.

В більшості випадків гострі тривожні стани проходять самі по собі, і це – найвагоміший аргумент проти призначення лікарських препаратів, здатних викликати залежність. У багатьох з тих, хто отримував похідні бензодіазепіну, надалі спостерігаються явища, які лікар нерідко сприймає за «хронічний тривожний стан»; насправді ж їх тривога обумовлена відміною лікарського препарату, і частіше всього через 7 – 10 днів ці симптоми безслідно зникають.

Деякі хворі із посттравматичним стресовим розладом, в структуру якого входить хронічна тривога, мають соціальні проблеми, і у таких випадках слід привертати фахівців, що надають відповідну допомогу. Фактично у більшості хворих із стійкими тривожними станами поступово розвивається і депресивна симптоматика.

15.2. СТРУКТУРНО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ФОРМИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ МЕРЕЖІ ДЛЯ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ

В даний час зроблено певні організаційні кроки для створення багаторівневої психотерапевтичної мережі в загальносоматичних і спеціалізованих психоневрологічних лікувально-профілактичних установах України. Фахівцями, що працюють в підрозділах цієї мережі надається психотерапевтична допомога хворим із посттравматичним стресовим розладом.

Штатний і структурний розподіл психотерапевтичної мережі в лікувально-профілактичних установах України регламентований наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 року № 33 і знаходиться у відповідних додатках до цього наказу, які наведено далі.

Проспективний аналіз медико-соціальних тенденцій в Україні дозволяє прогнозувати зростання пограничної психогенно обумовленої нервово-психічної патології, у тому числі і посттравматичного стресового розладу в популяції України. Тому актуальним і важливим є розширення інформованості широкого круга лікарів різних спеціальностей, медичних психологів, соціальних працівників, інших фахівців з проблем посттравматичного стресового розладу, перш за все, клініці і терапевтичній тактиці.

Впровадження адекватних діагностичних, терапевтичних і реабілітаційних підходів, у поєднанні із структурно-організаційними заходами в мережі лікувально-профілактичних установ, дозволить істотно поліпшити допомогу хворим із посттравматичними стресовими розладами і підвищити рівень їх медичної, трудової і соціальної реабілітації.

Необхідні також адекватні організаційні форми надання допомоги цим хворим в структурі лікувально-психіатричних установ: розширення мережі психотерапевтичних кабінетів у поліклініках загальносоматичного профілю і відкриття психосоматичних відділень в структурі обласних, великих міських загальносоматичних лікарень, обласних медико-психологічних центрів.

16. КЛІНІЧНИЙ ЗМІСТ ТА АЛГОРИТМ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Вступ

Зростання числа екстремальних ситуацій (техногенних і природних катастроф, катастроф соціального характеру) за останні роки диктує необхідність підготовки фахівців, здатних надавати екстрену медико-психологічну допомогу постраждалим особам.

Психогенні розлади при соціальних заворушеннях, стихійних лихах, масових катастрофах займають особливе місце в зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великої кількості людей. Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, які виявляються, а також проведення всіх можливих (в конкретних екстремальних умовах) лікувальних заходів.

Характеристика надзвичайних ситуацій

Надзвичайна ситуація (далі – НС) – обстановка на певній території (акваторії, об'єкті), що склалася в результаті аварії, небезпечного природного явища, катастрофи, стихійного чи іншого лиха, соціального заворушення, які можуть спричинити або спричинили людські жертви, шкоду здоров'ю людей або навколишньому природному середовищу, значні матеріальні збитки та порушення умов життєдіяльності людей.

Типи надзвичайних ситуацій

До *НС соціального характеру* належать: війни; військові зіткнення, економічні кризи, соціальні вибухи, розгул кримінальної злочинності, терористичні (диверсійні) акти, локальні і регіональні конфлікти (міжнаціональні, міжконфесійні та ін.), голод, великі страйки, масові заворушення, погроми, підпали та ін.

НС техногенного характеру – ситуації, які виникають в результаті виробничих аварій і катастроф на об'єктах, транспортних магістралях і продуктопроводах; пожеж, вибухів на об'єктах; забруднення місцевості і атмосфери сильнодіючими отруйними речовинами, біологічно (бактеріологічно) небезпечними і радіоактивними речовинами; раптове обвалення споруд; аварії на електро- і енергетичних системах або комунальних системах життєзабезпечення; аварії на промислових очисних спорудах, гідродинамічні аварії, тощо.

До *НС природного характеру* належать: гідрометеорологічні, гідргеоморфологічні і ендегенні явища.

НС одного типу можуть викликати, в свою чергу, НС інших типів.

Будь-які екстремальні впливи розцінюються як катастрофічні тоді, коли вони призводять до значних руйнувань, викликають смерть, поранення і страждання великої кількості людей. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає стихійні лиха (катастрофи) як ситуації, що характеризуються непередбачуваною серйозною і безпосередньою загрозою суспільному здоров'ю.

Однією з головних небезпек при будь-якій надзвичайній ситуації є натовп. Різні форми поведінки натовпу називають «стихійна масова поведінка». Його ознаками є: залученість великої кількості людей, одночасність, ірраціональність (ослаблення свідомого контролю), а також слабка структурованість, тобто розмитість позиційно-рольової структури, характерної для нормативних форм групової поведінки.

У НС найбільшу небезпеку має підвид діючого натовпу – панічний натовп. Панічний натовп обійнятий жахом, прагненням кожного уникнути реальної чи уявної небезпеки.

Паніка – тимчасове переживання гіпертрофованого страху, що породжує некеровану, нерегульовану поведінку людей (втрата критики і контролю), іноді з повною втратою самоконтролю, нездатністю реагувати на заклики, з втратою почуття обов'язку і честі. В основі паніки полягає страх – опредмечіна тривога, що виникає як результат переживання безпорадності

перед реальною чи уявною небезпекою, прагнення будь-яким шляхом піти від неї замість того, щоб боротися з нею.

Вплив на панічну поведінку в кінцевому рахунку являє собою всього лише окремий випадок психологічного впливу на будь-яку стихійну поведінку – насамперед, на поведінку натовпу. Тут діє загальне по відношенню до будь-якого натовпу правило: перш за все необхідно знизити загальну інтенсивність емоційного зараження, вивести людей з-під взаємоіндукуючого стану і раціоналізувати, індивідуалізувати психіку. У натовпі будь-яка людина позбавлена індивідуальності – вона являє собою всього лише частину маси, що розділяє єдиний емоційний стан, підпорядковуючий їй всю свою поведінку.

Психопатологічні розлади в надзвичайних ситуаціях

Психопатологічні розлади в НС мають багато спільного з клінічними порушеннями, що розвиваються в звичайних умовах. Однак є і суттєві відмінності. По-перше, внаслідок чисельності раптово діючих психотравмуючих чинників в НС психічні розлади одночасно виникають у великої кількості людей. По-друге, клінічна картина в цих випадках не носить строго індивідуального, як при звичайних психотравмуючих обставинах, характеру і зводиться до невеликого числа досить типових проявів.

В умовах катастроф і стихійних лих нервово-психічні порушення проявляються в широкому діапазоні: від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психозів. Їхня тяжкість залежить від багатьох факторів: віку, статі, рівня попередньої соціальної адаптації; індивідуальних характерологічних особливостей; додаткових обтяжливих факторів на момент катастрофи.

Психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози для життя людини, але й опосередкованої, пов'язаної з її очікуванням. Психічні реакції при різних екстремальних ситуаціях не носять якогось специфічного характеру, притаманного лише конкре-

тної екстремальної ситуації. Це скоріше універсальні реакції на небезпеку, а їх частота і глибина визначаються раптовістю і інтенсивністю екстремальної ситуації.

Визначальне значення для виникнення реактивного стану мають характер і сила психічної травми, з одного боку, і конституціональні особливості та преморбідні стан – з іншого. Реактивні стани легше виникають у психопатичних особистостей, а також в осіб із скомпрометованим анамнезом.

Клінічна характеристика психопатологічних розладів у надзвичайних ситуаціях

Психодіагностика і процедура надання медико-психологічної допомоги в НС мають свою специфіку. Зокрема, психодіагностика в екстремальних ситуаціях має свої відмінні особливості. У цих умовах через недостатність часу неможливо використовувати стандартні діагностичні процедури. Тому доцільним є користування клінічною класифікацією реактивних станів.

Психогенні розлади, які спостерігаються під час і безпосередньо після НС, об'єднують в 4 групи – непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психози. У віддаленому періоді у постраждалих внаслідок НС розвиваються розлади психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів (ПТСР) – F 43.1 або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи (F 62.0).

1. Непатологічні (фізіологічні) реакції. Характеризуються переважанням емоційної напруженості, психомоторних, психовегетативних, гіпотимічних проявів. Типовими для людини, що опинилася в катастрофічній ситуації, є почуття тривоги, страху, пригніченості, занепокоєння за долю рідних і близьких, прагнення з'ясувати справжні розміри катастрофи. Зазвичай зберігаються працездатність (хоча вона і знижена), можливість спілкування з оточуючими і критичного аналізу своєї поведінки, здатності до цілеспрямованої діяльності. Такі реакції також позначаються як стан стресу, психічної напруженості, афективні реакції і т.п.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) такі реакції рубрифікуються за діагностичною рубрикою Z 65.5 (переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин).

2. Психогенні патологічні реакції. Невротичний рівень розладів – астеничний, депресивний, істеричний та інші синдроми, які характеризуються гострим виникненням, зниженням критичної оцінки того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності.

Безпосередньо після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки небезпеки, у людей виникають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається. За цим коротким періодом при простій реакції страху спостерігається помірне підвищення активності. Порушення мови обмежуються прискоренням її темпу, запинками, голос стає голосним, дзвінким. Відзначається мобілізація волі, мнестичні порушення в цей період представлені зниженням фіксації навколишнього, нечіткими спогадами того, що відбувається навколо, проте в повному обсязі запам'ятовуються власні дії і переживання. Характерним є зміна відчуття часу, течія якого сповільнюється і тривалість гострого періоду представляється збільшеною в кілька разів. При складних реакціях страху, в першу чергу, відзначаються більш виражені рухові розлади за гіпердинамічним або гіподинамічним варіантами. При спробі надати допомогу постраждалі або пасивно підкоряються, або стають негативістичними. Мовна продукція уривчаста, обмежується вигуками, в ряді випадків має місце афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих в цей період недиференційовані, сумарні.

Поряд із власне психопатологічною симптоматикою нерідко відзначаються соматовегетативні кореляти – нудота, запаморочення, прискорене серцебиття, ознобоподібний тремор, непритомність. Сприйняття простору змінюється, спотворюються відстань між предметами, їх розміри і форма. Часом навколишнє представляється «нереальним», причому це відчуття зберігається протягом декількох годин після дії. Тривалими можуть бути і кінестетичні ілюзії.

При простій та складній реакціях страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається доступність зовнішніх впливів, вибірковість поведінки та можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного стану.

Найбільш характерними є три феномена:

- 1) суб'єктивне почуття звуження часу, коли всі сприймається як «тут і зараз», а минулого і майбутнього немає;
- 2) уявлення про відсутність ресурсів для виходу з ситуації;
- 3) переживання загрози на рівні смислів цінностей.

При пом'якшенні або зникненні стресової ситуації симптоми слабшають протягом 8 годин, а при збереженні стресу – протягом 48 – 72 годин.

В МКХ-10 психогенні патологічні реакції діагностуються в межах рубрики F 43.0 (гостра реакція на стрес).

3. Психогенні невротичні стани. Стабілізовані невротичні розлади, які характеризуються ускладненням, в ряді випадків – втратою критичного розуміння того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності. Важливою особливістю неврозів є збереження інтелекту і найважливіших психологічних характеристик особистості, а також зворотність патологічної симптоматики. Клінічна картина неврозів формується поступово, має тривалий характер. У хворих повністю зберігається критичне відношення до навколишнього і свого захворювання. За МКХ-10 ці стани ідентифікуються в межах діагностичного кластеру F 4 – невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади.

Неврастенія (F 48.0 за МКХ-10) проявляється звичайно в афективній дратівливості, емоційній нестійкості, зниженні працездатності, головних болях, запамороченнях, безсонні.

Неврастенія розвивається непомітно і тече тривало. Спочатку з'являється підвищена збудливість і лабільність нервової системи, в подальшому – підвищена виснаженість, стомлюваність («дратівлива слабкість»), нездатність зосередитися на виконуваній роботі, порушення концентрації уваги, непереносимість звичайних подразників (звук, світло). Настрій у таких

осіб, як правило, знижений. Відмічаються різноманітні скарги на неприємні «соматичні» відчуття, болі в області серця, інші вегетативні порушення.

Обсесивно-компульсивний розлад (F 42) характеризується явищами нав'язливості, нав'язливими ідеями, страхами (фобіями), нав'язливим рахунком, нав'язливим мудруванням («розумової жуйкою»), нав'язливим спогадом забутих імен, термінів, дат, формулювань і т.д. Нав'язливі думки, потяги, сумніви, спогади, страхи та подання іноді переходять в нав'язливі дії, тобто такі, що здійснюються проти бажання або при повному усвідомленні їх безглуздості, незважаючи на всі прикладені зусилля, щоб утриматися від них.

Дисоціативний (конверсійний) розлад (F 44). У клінічній картині виділяють три головні симптомокомплекси: рухові, сенсорні та вегетативні порушення. Рухові розлади представлені гіперкінезією. Гіперкінези досить різноманітні: грубий ритмічний тремор голови та кінцівок, тики, хорееформні посіпування, блефароспазм, глосолабільний спазм та ін. Гіперкінези корелюють з емоційним станом хворих, поєднуються з іншими істероїдними симптомами. Акінезії спостерігаються у вигляді істеричного парезу та паралічу. Їхній перебіг відбувається за типом моно-, пара-, рідко – геміпарезу та плегії. Вони можуть імітувати центральні спастичні та периферичні в'ялі паралічі. Класичними є порушення ходи – абазія або неможливість стояти – астазія. При цьому тонус м'язів, сила та об'єм рухів у кінцівках зберігаються в положенні лежачи. Відносно рідко спостерігаються втрата голосу – афонія, параліч язика, м'язів шиї, кінцівок, істеричні контрактури. Локалізація істеричних паралічів не збігається з топографією нервів; не буває патологічних рефлексів. Одним із характерних істеричних проявів є напади.

Сенсорні порушення найчастіше спостерігаються у вигляді розладів чутливості та больового синдрому: гіпер-, гіпоанестезії, алгії. Як і при рухливих порушеннях, не буває анатомо-топографічної відповідності.

Фобічний розлад (F 40.1 – 40.2). Характеризується розвитком відчуття страху із чіткою фабулою за наявності достатньої критики. На тлі гострих нападів страху критичне начало може втрачатися, і хворі вважають небезпеку

реальною. Фобічний невроз у «чистому» вигляді, без obsesивного компонента, вирізняється пасивним характером реагування.

Розлади адаптації (F 43.2). У клінічній структурі переважає депресивний синдром на астенічному тлі. Депресія не має вітального характеру, її прояв ситуаційно залежний. Туга неглибока, не буває брадикінезії (загальне сповільнення рухів), слабо виражені сомато-вегетативні стигми. Добова динаміка зворотна порівняно з ендogenous депресією (при неврозі стан погіршується у вечірні години). Найчастіше депресивний невроз розвивається у пізньому віці та пов'язаний із певною ситуацією. Характерні дифузні іпохондричні та астенічні скарги, сльозливість, порушення сну із частим прокиданням. В ці проміжки з'являється тривога, виникають серцебиття, страхи, побоювання за своє життя або суїцидальні думки з тенденцією до їх реалізації.

Іпохондричний розлад (F 45.2). Основним клінічним проявом є формування неадекватно перебільшеної заклопотаності станом власного здоров'я. Облігатні компоненти клініки іпохондричного неврозу: сенестопатії, емоційно-афективні розлади, порушення мислення за типом надцінності.

Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F 62.0). Більш пролонговані стійкі зміни психіки і поведінки можуть проявлятися хронічним змінням особистості, яке виникає внаслідок стресу катастрофи, і спостерігається протягом 2 років і більше. Такі стани характеризуються наявністю ригідних і дезадаптуючих ознак, які призводять до порушень у міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні, а саме: вороже або недовірливе ставлення до світу; соціальна відгородженість; відчуття спустошеності й безнадійності; хронічне почуття хвилювання, як б постійної загрози, існування «на межі»; відчуженість.

У деяких постраждалих можуть формуватися **посттравматичні стресові розлади** (F 43.1) – відставлені і затяжні реакції на стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, після латентного періоду від кількох тижнів до кількох місяців. Типові ознаки включають епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремініс-

ценцій), снів чи кошмарів, що виникають на тлі хронічного почуття «заціпеніння» і емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакції на навколишнє, ангедонії, ухилення від діяльності та ситуацій, що нагадують про травму.

4. Реактивні психози.

Серед реактивних психозів в ситуації масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шокові реакції, депресивні реакції і істеричні психози.

Афективно-шокові реакції виникають при раптовому потрясінні із загрозою для життя, вони завжди нетривалі – від 15-20 хвилин до декількох годин або діб. Клінічно ці реакції проявляються у двох формах: гіперкінетичній і гіпокінетичній.

Гіперкінетична форма (реактивне, психогенне збудження): дисоціативна fuga (F 44.1) – раптове хаотичне, безглузде рухове занепокоєння. Хворий метається, кричить, благає про допомогу, іноді кидається бігти без будь-якої мети, нерідко в бік нової небезпеки. Це поведінка виникає на тлі психогенного сутінкового розладу свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому і подальшою амнезією.

Гіпокінетична форма (реактивний, психогенний ступор): дисоціативний ступор (F 44.2) – раптова знерухомість. Незважаючи на смертельну небезпеку, людина застигає, не може зробити жодного руху, не в силах вимовити ні слова (мутизм). Реактивний ступор зазвичай триває від декількох хвилин до декількох годин. У важких випадках цей стан затягується. Настає виражене атонія або напруженість м'язів. Хворі лежать в ембріональній позі або витягнувшись на спині, не приймають їжу. Очі широко розкриті, міміка відображає або переляк, або безвихідний відчай. При згадці про психотравмуючу ситуацію хворі бліднуть або червоніють, покриваються потом, відзначається прискорене серцебиття (вегетативні симптоми реактивного ступору). Затьмарення свідомості при реактивному ступорі обумовлює подальшу амнезію.

Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору. У цих випадках хворі доступні контакту, хоча відповідають коротко, із затримкою, розтягуючи слова. Моторика скута, рухи уповільнені. Свідомість звужена або хворий приголомшений. Іноді картина гострого психогенного ступору визначається вираженим страхом: міміка, жестикуляція висловлюють жах, відчай, страх, розгубленість.

У рідкісних випадках у відповідь на раптові і сильні психотравмуючі дії настає так званий емоційний параліч: тривала апатія з байдужим ставленням до загрозової ситуації і індіферентна реєстрація того, що відбувається навколо.

Депресивні психогенні реакції (реактивна депресія). У цьому стані хворі пригнічені, сумні, слізливі, ходять згорбившись, сидять в згорбленій позі з опущеною на груди головою або лежать, підібгавши ноги. Ідеї самозвинувачення бувають не завжди, але зазвичай переживання концентруються навколо обставин, пов'язаних з психічною травмою. Думки про неприємний випадок невідступні, деталізуються, часто стають надцінними, іноді досягають ступеня марення. Психомоторна загальмованість іноді досягає депресивного ступору; хворі весь час лежать або сидять згорбившись, обличчя застигле, з виразом глибокої туги або безвихідного розпачу, вони безініціативні, не можуть обслужити себе, навколишнє не залучає їх уваги, складні питань не осмислюються.

Реактивна депресія іноді поєднується з окремими істеричними розладами, а також явищами дереалізація, деперсоналізації, сенестопатично-іпохондричними розладами, маренням. Іноді стан приймає вид депресивного раптусу.

Від ендогенних реактивні депресії відрізняються тим, що їх виникнення збігається з психічною травмою; психотравмуючі переживання позначаються в клінічній картині депресії, після вирішення психотравмуючої ситуації або після закінчення деякого часу реактивна депресія зникає.

У випадку, коли депресія має відчутну позитивну динаміку, ці стани слід визначати за МКХ-10 як F 43.2 (розлади адаптації), якщо ж динаміка має прогресуючий характер, вона набуває ознаки т.з. ендореактивної депресії за О.Б. Смулевичем і має рубрикуватися як F 33 (рекурентний депресивний розлад).

Істеричні реакції характеризуються наявністю виразної симптоматики і проявляються невеликою кількістю клінічних картин, які можуть переходити один в одного. Вони можуть спостерігатися у формі істеричних порушень свідомості, які описані під назвою синдрому Ганзера і близького до нього стану – псевдодеменції, а також пуерілізма і реактивного ступору.

Ганзеровській синдром (F 44.90) характеризується істеричним присмерковим розладом свідомості, під час якого хворі дають безглузді відповіді на найпростіші запитання, виявляють нездатність виробляти найпростіші дії, не розуміють призначення повсякденних предметів. Звертає на себе увагу та обставина, що безглузді відповіді хворих зазвичай знаходяться в площині поставленого питання. Хворі безцільно топчуться, здійснюють неправильні вчинки. Стан протікає гостро і закінчується протягом декількох днів.

Псевдодеменція (F 44.9) відрізняється від ганзеровського синдрому меншою виразністю порушень свідомості. Хворі також дають неправильні відповіді на прості запитання. Роблячи помилки при простих діях, хворі несподівано можуть впоратися зі складним завданням. Вираз обличчя дурнуватий, хворі витріщають очі, іноді сміються, проте афект частіше депресивний. Іноді бувають стани тривоги. Псевдодеменція може протікати гостро і закінчуватися в кілька днів, але іноді триває місяцями.

Пуерілізм (F 44.9). Клінічна картина його характеризується вираженими рисами дитячості в поведінці, міміці й мові, характері суджень і емоційних реакцій. Хворі починають грати в іграшки, роблять кораблики, вередують, плачуть, називають себе дитячими іменами. При виконанні елементарних завдань роблять такі ж помилки, як і хворі з псевдодеменцією. У порів-

нянні з псевдодеменцією пуерілізм має тенденцію до більш тривалого перебігу.

Психогенний ступор – дисоціативний ступор (F 44.2), якому може передувати один з описаних вище реактивних станів, виражається в повній знеухомленості хворих і мутизмі. На обличчі хворих зазвичай вираз страху, вони відмовляються від їжі, бувають неохайні. Спостерігаються тахікардія, підвищена пітливість. Ця форма реактивного стану розвивається поступово, має тенденцію до затяжного перебігу.

Особливістю всіх істеричних реакцій є їх здатність переходити з однієї форми в іншу, а також схильність до повного зворотного розвитку.

Загальні положення надання медичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій з реактивними станами

При всіх реактивних станах насамперед за можливістю слід усунути причину захворювання – психотравмуючу ситуацію. Афективно-шокові реакції через короткий час зазвичай або закінчуються, або переходять в інший реактивний стан, перш ніж хворий потрапляє до лікаря. При реактивних депресіях, параноїдах, галюцінозах, істеричних психозах необхідна госпіталізація. Комплексне лікування реактивних психозів проводиться із застосуванням нейролептиків в поєднанні з антидепресантами і транквілізаторами. При ажитації, тривозі в структурі депресії рекомендується комбінована терапія антидепресантами (призначають в першій половині дня) і нейролептиками (призначають в другій половині дня). Якщо реактивні депресії неглибокі, то можливо амбулаторне лікування, але за умови пильного нагляду за хворим в сім'ї.

При реакціях адаптації та багатьох початкових невротичних розладах метою медико-психологічних впливів є профілактика (первинна і вторинна) психічної дезадаптації, психічних і психосоматичних захворювань. У цих випадках поряд з усуненням додаткових травмуючих впливів мають використовуватися психокорекція, когнітивно-поведінкова і деякі інші види психоте-

рапії. Іноді необхідні короткочасний відпочинок, фізіотерапія, рефлексотерапія. За спеціальними показаннями призначаються препарати групи адаптогенів і ноотропів, які надають патогенетичну лікувально-профілактичну дію, а також транквілізатори і психостимулятори. Для того щоб людина вийшла з пасивної ролі жертви, необхідно відновити у неї почуття власної активності, контролю над ситуацією. Завданням допомоги є підтримка, опрацювання травмуючого матеріалу, переоцінка кризової ситуації, зміна світосприйняття, підвищення самооцінки, вироблення реалістичної перспективи та активної життєвої позиції. Важливо повернути постраждалому почуття компетентності за рахунок спогади про подолані важкі ситуації і проектування майбутнього, в якому можна використовувати вдалий минулий досвід. При цьому потрібно відстежувати можливі суїцидальні тенденції і афективні реакції, розряджати агресію, переводячи її на себе.

При невротичних станах основною метою лікування є купірування тривожної напруги й страху, пристосування людини до життя і діяльності в умовах психогенії, що продовжується. Для цього використовують транквілізатори, антидепресанти з універсальною заспокійливою дією і психотерапію. Найбільш ефективним психотерапевтичним методом в цих випадках є когнітивна психотерапія.

Психофармакотерапія реактивних станів

Психофармакотерапія невротичних станів. Найчастіше з психофармакологічних засобів застосовують транквілізатори, коректори поведінки та «м'які» антидепресанти. Широко призначають також вегетотропні препарати (беллоїд, белатамінал, беласпон), ноотропи, біостимулятори, адаптогени (препарати женьшеню, лимоннику китайського, елеутерококу, пантокрин та ін.), вітамінні засоби. Поряд із цим використовують фізіо-, рефлексо-, бальнео-, дієто-, голодотерапію.

Фобічний синдром (обсесивно-фобічний, тривожно-фобічний). Показані: бензодіазепінові похідні – рудотель (медазепам), по 10 – 30 мг; радедорм

(нітразепам), по 5 – 10 мг; транксен, по 20 – 200 мг; івадал, по 10 – 15 мг; хлордіазепоксид, по 20 – 60 мг; діазепам, по 15 – 20 мг; феназепам, по 1,5 – 2,0 мг; гідазепам, по 20-40 мг на добу. Під час загострення ефективна парентеральна психофармакотерапія. У разі вираженого obsесивного компоненту застосовують френолон – до 30 мг/добу.

При іпохондричному синдромі поряд із транквілізаторами використовують антидепресанти (іміпрамін – до 50 мг), амітриптилін (до 100 мг), ципраміл (до 60 мг), прозак (до 60 мг на добу), сертралін (по 25 – 100 мг на добу), психостимулятори (сиднокарб, сиднофен – до 10 – 15 мг на добу).

Лікування хворих з депресивним синдромом проводять за допомогою перерахованих вище та інших антидепресантів, транквілізаторів у середньотерапевтичних дозах.

При астеничному синдромі поєднують середньотерапевтичні дози седативних та психостимулювальних засобів (сиднокарб, сиднофен – 10 – 20 мг на добу, кофеїн, кордіамін – до 10 мг на добу), рослинні адаптогени, біостимулятори, вітаміни, ноотропні препарати.

Для лікування соматовегетативних порушень додатково призначають також альфа- та бета-блокатори (піроксан – до 100 мг на добу, анаприлін – до 40 мг на добу та їхні аналоги), М-холінолітики (амізил – до 3 мг на добу), препарати нікотинової кислоти, гангліоблокатори (ганглерон – до 100 мг на добу).

Психофармакотерапія реактивних психозів. Терапевтична тактика визначається гостротою або клінічною формою реактивного психозу. При гострих формах з переважанням порушення свідомості та психомоторного збудження потрібна невідкладна допомога. Іноді проводять іммобілізацію хворого. Парентерально вводять нейрорептичні засоби хлорпромазин (до 500 мг на добу), галоперидол (до 40 мг на добу), тизерцин (до 400 мг на добу), клопіксол (до 400 мг на добу) з корекцією дії паркопаном, циклодолом та ін. Після купірування найгострішого періоду можливий перехід до транквілізаторів бензодіазепінового ряду (діазепам, хлордіазепоксид, до 40 – 60 мг на добу).

бу, транксен, по 50 – 100 мг) із подальшим пероральним введенням цих або інших (медазепам, по 20 – 30 мг, нітразепам, по 5 – 10 мг) транквілізаторів.

У лікуванні реактивних депресій головне місце належить тимолептикам, за потреби – в поєднанні із нейролептичними засобами та транквілізаторами. При мономорфних депресіях з переважанням моторної та ідеаторної загальмованості показані іміпрамін (до 75 – 100 мг), прозак (60 мг на добу). Поліморфні депресії, в клінічній картині яких є психопатоподібні розлади (найчастіше істероїдного кола), лікують антидепресантами широкого спектру дії з седативним компонентом (амітриптилін – до 100 мг; ципраміл – до 60 мг; сертралін – 25 – 200 мг; флуоксетин – 20 мг; пароксетин – 20 мг; тіанепін – 35 мг на добу).

У лікуванні затяжних реактивних психозів провідну роль відіграють транквілізатори. Показане парентеральне введення діазепаму (до 80 мг на добу), феназепаму (до 5 мг на добу), рудотелю (30 мг на добу); транксену (50 – 80 мг). У тяжких випадках, коли переважає симптоматика дисоціативного кола (галюцинації, ступор, паранояльні думки), застосовують комбінацію транквілізаторів, нейролептиків (хлорпротиксен, флюанксол, оланзапін, рисперидол, соліан) та коректорів поведінки (мелерил, сонапакс) у середньотерапевтичних дозах. У лікуванні псевдодемментного симптомокомплексу не втратили свого значення амітал – кофеїнові розгальмовування.

Екстрена медико-психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях

Мета і завдання екстреної медико-психологічної допомоги включають профілактику гострих панічних реакцій, психогенних нервово-психічних порушень; підвищення адаптаційних можливостей індивіда; психотерапію граничних нервово-психічних порушень. Екстрена медико-психологічна допомога населенню повинна ґрунтуватися на інтервенціях в поверхневі шари свідомості, тобто на роботі з симптоматикою, а не з синдромами.

В цілому служба екстреної медико-психологічної допомоги виконує наступні базові функції:

— практичну: безпосереднє надання швидкої медико-психологічної і (за необхідності) першої медичної допомоги населенню;

— координаційну: забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими медико-психологічними і психіатричними службами.

Головними принципами надання допомоги постраждалим, які перенесли психологічну травму в результаті впливу НС, є:

— невідкладність;

— наближеність до місця подій;

— очікування, що нормальний стан відновиться;

— єдність і простота психологічного впливу.

Невідкладність означає, що допомога постраждалому повинна бути надана якомога швидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення хронічних розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу.

Сенс принципу **наближеності** полягає в наданні допомоги у звичній обстановці і соціальному оточенні, а також в мінімізації негативних наслідків «госпіталізму».

Очікування, що нормальний стан відновиться: з особою, що перенесли стресову ситуацію, слід звертатися не як з пацієнтом, а як із здоровою людиною. Необхідно підтримати впевненість у швидкому поверненні нормального стану.

Єдність медико-психологічного впливу означає, що або його джерелом має виступати одна особа, або процедура надання психологічної допомоги повинна бути уніфікованою.

Простота медико-психологічного впливу – необхідно відвести потерпілого від джерела травми, надати їжу, відпочинок, безпечне оточення і можливість бути вислуханим.

Техніки екстреної медико-психологічної допомоги

Екстрена медико-психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях проводиться на засадах кризового втручання.

Кризове втручання визначається як екстрена та невідкладна медико-психологічна швидка допомога, спрямована на повернення постраждалого до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативного впливу травматичної події.

Основними принципами кризового втручання визнані:

- невідкладність;
- близькість до місця події;
- установка на відновлення;
- фокус на вирішенні проблем;
- короткочасність і простота.

Основними цілями позначені стабілізація стану (купірування наростання дистресу), зняття або зменшення гострих симптомів дистресу і відновлення адаптивного незалежного функціонування.

Основна мета кризової інтервенції в тому, щоб допомогти пацієнтові впоратися з травмою, пристосуватися до нової ситуації, повернути пацієнта до колишніх рівнів функціонування. Для досягнення цієї цілі пацієнта заохочують говорити про свої переживання, виробити якийсь погляд на подію, розібратися в пов'язаних з ним почуттях, і вирішити питання про те, як поводитися зі своїми проблемами.

Завдання кризового втручання:

- 1) допомогти пацієнтові розповісти свою історію;
- 2) допомогти пацієнтові дещо дистанціюватися від події, щоб зрозуміти, що сталося;
- 3) наділити досвід в слова;
- 4) повернути пацієнта до його колишнього рівня функціонування.

Розповідаючи історію травмуючого переживання, пацієнт може плакати, сміятися, кричати, шепотіти, замовкати на деякий час, згадувати про інші, не пов'язані з подією, втрати або потурбуватися якийсь історією, яка здається

незначною. Терапевту слід терпляче слухати і повертати пацієнта до його історії.

У процесі висловлення травмуючих переживань виявляються кілька повторюваних клінічних картин (цей список жодною мірою не є вичерпним):

- 1) люди, які захоплені емоціями і насилу говорять;
- 2) люди, які, розповідаючи про страхітливі події, не виражають ніяких емоцій взагалі;
- 3) люди, які відчують почуття провини за те, що вони пережили це лихо, тоді як інші загинули або постраждали;
- 4) люди, які відчують, що вони якимось чином стали причиною катастрофи, або що їм слід було зробити щось інакше, щоб когось врятувати.

Особливості контакту із постраждалими.

1. Коли людину захльостують емоції, консультант повинен допомогти йому заспокоїтися, відвівши його в тихе місце, запропонувавши склянку води, дозволивши йому «попереживати» деякий час, і потім постаратися допомогти йому говорити про те, що він переживає. Посидіти з пацієнтом у тиші або дозволити йому поплакати деякий час дуже корисно, але в кінцевому підсумку важливо буде допомогти йому спробувати висловити невимовне.

2. Пацієнтам, які знаходяться в стані емоційного заціпеніння, консультант може вказати на звичайні почуття, які більшість людей могли б відчувати в подібних обставинах, і подумати разом з пацієнтом, які почуття можуть бути приховані від погляду. Але також важливо пам'ятати, що емоційне заціпеніння служить відведенню непереборного афекту. Важливо, щоб консультант поважав захисту пацієнта і давав йому час, щоб пацієнт міг дозволити почуттям, пов'язаним з пережитим, піднятися на поверхню. Деякі жертви травми можуть здаватися благополучними в перші дні після кризи, а потім через пару тижнів «розвалитися на частини», будучи вже в безпеці.

3. Хоча це й суперечить здоровому глузду, також дуже часто зустрічаються люди, які відчують почуття провини за те, що вони вижили в трагедії, в якій інші не вижили. Кризового консультанту потрібно стежити за суї-

цидальністю у цих пацієнтів і допомагати їм оплакувати їх втрати, заохочуючи їх говорити про людей і речі, які вони втратили. Іноді буває корисно запитати людину, хотіли б його загиблі улюблені, щоб він страждав або щоб він був щасливий протягом подальшого життя. Це звичайно зміщує фокус з вини того, хто вижив, на скорботу, яка міститься під нею.

4. Тим, хто відчуває, що вони могли якимось чином стати причиною катастрофи або могли щось зробити, щоб врятувати когось, важливо допомогти усвідомити, наскільки потужним був противник, з яким їм довелося зіткнутися, усвідомити страх і замішання того моменту, і знову-таки, допомогти їм оплакати свої втрати. Після того як людина розповість свою історію, для неї часто буває корисно розповідати її знову і знову, знову і знову. Немає потреби говорити про це пацієнтам, але потрібно давати їм відчути, що вони можуть вільно розповідати свою історію заново, не відчуваючи при цьому почуття, що вони докучають людям одним і тим же оповіданням. Консультант може очікувати, що з кожним викладом розповідь буде обростати новими подробицями і стримуваний афект буде далі вивільнятися.

Кризове консультування за своєю природою дуже короткострокове. Багато інтервенцій здійснюються повністю протягом однієї сесії. Важливо провести цю сесію як лікування однією сесією. Якщо консультант зустрічається з пацієнтом ще раз, це добре, але корисно розглядати кожну сесію як інтервенцію саму по собі. Кризова інтервенція повинна закінчитися складанням конкретного плану, якому пацієнт буде слідувати. План повинен бути записаний і відданий пацієнтові. Консультантові слід видати пацієнту всі направлення, які можуть знадобитися, і потім пацієнт і терапевт повинні попрощатися один з одним.

Особи, у яких зберігаються психічні розлади психотичного регістру, повинні направлятися для подальшого лікування у відповідні відділення психіатричних закладів, особи з психічними розладами невротичного регістру – до психотерапевтичної мережі загально соматичних закладів.

при різних розладах психічної сфери та поведінки

Екстремальні ситуації, пов'язані із загрозою для життя. За короткий час відбувається зіткнення з реальною загрозою смерті (у повсякденному житті психіка створює захист, дозволяючи сприймати смерть як щось далеке або навіть нереальне). Змінюється образ світу, дійсність представляється наповненою фатальними випадковостями. Людина починає ділити своє життя на дві частини - до події і після неї. Виникає відчуття, що оточуючі не можуть зрозуміти його почуттів і переживань. Необхідно пам'ятати, що навіть якщо людина не піддалася фізичному насильству, вона все одно отримала найсильнішу психічну травму.

Допомога постраждалому:

1. Допоможіть постраждалому висловити почуття, пов'язані з пережитою подією.
2. Покажіть потерпілому, що навіть у зв'язку з найжахливішою подією можна зробити висновки, корисні для подальшого життя (нехай людина сама поміркує над тим досвідом, який вона придбала в ході життєвих випробувань).
3. Дайте постраждалому можливість спілкуватися з людьми, які з ним пережили трагічну ситуацію (обмін номерами телефонів учасників події, тощо).
4. Не дозволяйте потерпілому грати роль «жертви», тобто використовувати трагічну подію для отримання вигоди («Я не можу нічого робити, адже я пережив такі страшні хвилини»).

Марення і галюцинації.

1. Викличте бригаду швидкої психіатричної допомоги.
2. До прибуття спеціалістів стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі і оточуючим. Заберіть від нього предмети, що представляють потенційну небезпеку.
3. Ізолюйте потерпілого і не залишайте його одного.

4. Говоріть з постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Пам'ятайте, що в такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

Апатія може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи; або в ситуації, коли людина терпить серйозну невдачу, перестає бачити сенс своєї діяльності; або коли близька загинув. У стані апатії людина може перебувати від кількох годин до декількох тижнів.

У даній ситуації:

1. Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих запитань: «Як тебе звуть?»; «Як ти себе відчуваєш?»; «Хочеш їсти?» і т.д.

2. Проводьте потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (обов'язково зняти взуття).

3. Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло.

4. Дайте постраждалому можливість поспати або просто полежати.

5. Якщо немає можливості відпочити, то більше говоріть з потерпілим, залучайте його в будь-яку спільну діяльність (прогулятися, сходити випити чаю або кави, допомогти оточуючим, що потребують допомоги).

Ступор – одна з найсильніших захисних реакцій організму. Вона настає після найсильніших нервових потрясінь, коли людина витратила на виживання стільки енергії, що сил на контакт з навколишнім світом вже немає.

У даній ситуації:

1. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні.

2. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.

3. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Підстройте своє дихання під ритм його дихання.

4. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому говорите йому на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції

(краще негативні). Необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

Рухове збудження. Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха) настільки сильне, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо нього. Він не в змозі визначити, де вороги, а де помічники, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати, рішення, стає схожим на тварину, яка метається в клітці.

У даній ситуації:

1. Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притисніть його до себе і злегка перекиньте на себе.

2. Ізолюйте постраждалого від оточуючих.

3. Масажуйте «позитивні» точки. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває. («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається?»).

4. Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте питань, в розмові уникайте фраз з часткою «не», що відносяться до небажаних дій (наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи»).

5. Пам'ятайте, що потерпілий може заподіяти шкоду собі та іншим.

6. Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Агресія. Агресивна поведінка - один з мимовільних способів, яким організм людини «намагається» знизити високу внутрішню напругу.

У даній ситуації:

1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.

2. Дайте постраждалому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися або «побити» подушку).

3. Доручіть йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.

4. Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з постраждалим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде направлено на вас. Не можна казати: «Що ж ти за людина!» Слід сказати: «Ти жахливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід з цієї ситуації».

5. Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями чи діями.

6. Агресія може бути погашена страхом покарання: якщо немає мети отримати вигоду від агресивної поведінки; якщо покарання суворе і ймовірність його здійснення велика.

7. Якщо не надати допомогу розлюченого людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями людина буде робити необдумані вчинки, може нанести каліцтва собі та іншим.

Страх. Панічний страх, жах може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, збудження, агресивну поведінку. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що він робить і що відбувається навколо.

У цій ситуації:

1. Покладіть руку потерпілого собі на зап'ясті, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!».

2. Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі.

3. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Нервове тремтіння.

1. Потрібно посилити тремтіння.

2. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд.

3. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад.

4. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано укласти його спати.

5. Не можна: обіймати потерпілого або притискати його до себе; вкрити потерпілого чимось теплим; заспокоювати постраждалого, говорити, щоб він узяв себе в руки.

Плач.

1. Не залишайте постраждалого одного.

2. Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчуття, що ви поруч.

3. Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе): періодично вимовляєте «ага», «так», кивайте головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте; повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює свої почуття; говорите про свої почуття і почуття потерпілого.

4. Не старайтесь заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути» з себе горе, страх, образ.

5. Не ставте питань, не давайте порад. Ваше завдання - вислухати.

Істерика.

1. Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишіться з потерпілим наодинці, якщо це не небезпечно для вас.

2. Несподівано зробіть дію, яка може сильно здивувати (можна дати ляпас, облити водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого).

3. Говоріть з постраждалим короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Вмийся»).

4. Після істерики настає занепад сил. Покладіть постраждалого спати. До прибуття фахівця спостерігайте за його станом.

5. Не потурайте бажанням потерпілого.

Для кризового консультування нормально, якщо терапевт висловлює смуток і гнів у зв'язку з трагедією, з якою зіткнувся пацієнт, дає поради і бажає пацієнтові удачі. Хоча в психотерапії фізичний контакт уникається, в розпалі катастрофічних подій нерідкими бувають обійми. Іноді втішний дотик або обійми можуть мати величезне значення. Хоча консультантам не потрібно боятися доторкатися до пацієнта, важливо пам'ятати, що нерви у кризових пацієнтів часто оголені й занадто багато фізичного розташування може приводити їх у замішання.

Заклучення

Діяльність спеціалістів, які залучаються до надання медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги, регламентується Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 р. №199 зареєстрований Міністерством юстиції за № 577/15268 від 03.07.2008 р., а саме:

«6.1.обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах: визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація); психологічне забезпечення навчально-виховного процесу (визначення психофізичного розвитку дітей, психолого-педагогічна корекція, профілактика, реабілітація).

6.2. обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога: діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).

6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта: діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових ста-

нів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний.

8.1. Місцями застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу з метою діагностики, лікування, профілактики, реабілітації розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний, корекції психічного стану людини, її особистості мають бути психотерапевтичні кабінети, відділення, центри у закладах охорони здоров'я за умови дотримання ними ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики».

Особи, які можуть застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу як професійну діяльність:

Психолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Психологія» (магістр, спеціаліст).

Лікар-психолог – фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст) за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «медична психологія».

Лікар-психотерапевт – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психотерапія».

Лікар-психіатр – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психіатрія».

Лікар-нарколог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «наркологія».

Лікар-сексопатолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «сексопатологія».

Направлення до психіатричної мережі у недобровільному порядку має бути виключно при наявності у особи ознак тяжкого психічного розладу відповідно до Закону України від 22.02.2000 р. № 1489- III «Про психіатричну допомогу» і МКХ – 10.

Медико-психологічна реабілітація осіб, які мають стійкі розлади психічного і поведінкового функціонування має проводитися в центрах медико-

психологічної реабілітації в санаторно-курортній мережі відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 12.08.2009 р. №859 «Про затвердження Порядку визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації» та спільного наказу МОЗ України та МНС України від 09.11.2009 р. №816/734 «Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації», який зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20 січня 2010 року за № 54/17349.

**17. ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ПОСТРАЖДАЛОГО НАСЕЛЕННЯ,
ОСІБ, ЯКІ ЗАЛУЧАЛИСЯ ДО ВИКОНАННЯ
АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНИХ РОБІТ ПРИ ВИНИКНЕННІ
НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ТЕХНОГЕННОГО
АБО ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ, І РЯТУВАЛЬНИКІВ**

Загальні положення

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується розвитком технічних галузей знань і наукоємних технологій. Поряд з позитивними змінами в житті суспільства, це послужило причиною вторинного формування умов, які спричиняють негативний вплив на організм людини: виникнення нових і патоморфоз існуючих захворювань, підвищення навантаження, насамперед, на психоемоційну сферу, погіршення екології, збільшення соціально обумовлених стресогенних факторів, зростання кількості і масштабів техногенних і природних катастроф.

Все це обумовлює необхідність створення системи медико-психологічних заходів для ліквідації наслідків катастрофічних подій техногенного і природного походження (психолого-психотерапевтична бригада для роботи в зоні надзвичайної ситуації, психоневрологічний медико-психологічний центр для роботи на етапі лікування гострих розладів та розробки програми реабілітації, центр медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортному закладі).

Постановою Кабінету Міністрів України від 12.08.2009 року № 859 «Про затвердження Порядку визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації» затверджено Порядок визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації.

На виконання п.2 Постанови Кабінету Міністрів України від 12.08.2009 року № 859 «Про затвердження Порядку визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної ре-

абілітації» з метою проведення заходів, пов'язаних з визначенням санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації затверджено спільні накази МОЗ України та МНС України від 09.11.2009 року №816 / 734 «Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації», який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20 січня 2010 року за №54 / 17349 та від 20.11.2009 року №849 / 776 «Про створення міжвідомчої комісії і робочої групи з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації».

Основними завданнями міжвідомчої комісії з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації є:

а) проведення конкурсного відбору та складення експертного висновку про відповідність (невідповідність) санаторно-курортних закладів вимогам медико-психологічної реабілітації, можливість та доцільність створення при них Центрів медико-психологічної реабілітації;

б) здійснення контролю за діяльністю Центрів медико-психологічної реабілітації;

в) підготовка та внесення в установленому порядку пропозицій щодо вдосконалення нормативно-правової бази з питань діяльності Центрів медико-психологічної реабілітації.

Визначення основних понять, термінів

Надзвичайна ситуація техногенного та природного характеру (далі – НС) – порушення нормальних умов життя і діяльності людей на окремій території чи об'єкті на ній або на водному об'єкті, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом або іншою небезпечною подією, у тому числі епідемією, епізоотією, епіфітотією, пожежею, яке призвело (може призвести) до неможливості проживання населення на території чи об'єкті, ведення там господарської діяльності, загибелі людей та / або значних матеріальних втрат.

Зона надзвичайної ситуації (далі – зона НС) – окрема територія, де сталася НС.

Медико-психологічна реабілітація (далі – реабілітація) – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення та збереження психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт, при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру і рятувальників.

Медико-психологічний реабілітаційний центр (далі – Центр) – структурний підрозділ санаторно-курортного закладу, діяльність якого спрямована на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт, при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру і рятувальників.

Рятувальник – особа, яка має відповідну спеціальну підготовку, атестована на здатність до проведення аварійно-рятувальних робіт і безпосередньо бере в них участь, має спеціальну фізичну та психологічну підготовку та відповідає за її підтримання.

Постраждалі внаслідок НС (далі – постраждалі) – особи, здоров'ю яких була заподіяна шкода внаслідок НС.

Лікар-психотерапевт – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «Психотерапія».

Лікар-психолог – фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст) за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «медична психологія».

Практичний психолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Психологія» (магістр, спеціаліст).

Положення про Центр медико-психологічної реабілітації

1. Загальна частина

1.1. Центр медико-психологічної реабілітації (далі – Центр) створюється з метою відновлення рівня здоров'я, рівня соціального функціонування і якості життя постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання

аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників.

1.2. Центр є структурним підрозділом санаторно-курортного закладу.

1.3. Медико-психологічна реабілітація – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності рятувальників аварійно-рятувальних служб (формувань), осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайної ситуації техногенного та природного характеру, а також осіб із числа постраждалих внаслідок такої надзвичайної ситуації.

1.4. Медико-психологічна реабілітація проводиться для:

– рятувальників державних, комунальних, об'єктових аварійно-рятувальних служб та аварійно-рятувальних служб громадських організацій, особового складу і працівників органів та підрозділів цивільного захисту, які на професійній основі беруть участь у проведенні аварійно-рятувальних робіт та або залучаються до цілодобового чергування у складі штабів з ліквідації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру (рятувальники професійних аварійно-рятувальних служб);

– інших осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт, при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру (особи, залучені до виконання аварійно-рятувальних робіт);

– осіб (передусім неповнолітніх) із числа постраждалих внаслідок надзвичайної ситуації природного або техногенного характеру, дорожньо-транспортної пригоди, неповнолітніх осіб, у яких внаслідок надзвичайної ситуації природного або техногенного характеру, дорожньо-транспортної пригоди загинув один із батьків або обоє батьків (постраждалі внаслідок надзвичайних ситуацій).

1.5. Центр у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, на-

казами Міністерства охорони здоров'я України, іншими нормативно-правовими актами.

1.6. Штати Центру складаються з працівників санаторно-курортного закладу та інших фахівців, які можуть бути залучені до роботи та консультування у відповідності до поставлених завдань.

1.7. Фінансування діяльності Центру здійснюється відповідно до чинного законодавства.

1.8. Центр очолює завідувач (або керівник), який призначається головним лікарем (або директором) санаторно-курортного закладу у встановленому порядку.

2. Завдання та функції Центру

2.1. Основним завданням Центру є максимально можливе відновлення рівня здоров'я, рівня соціального функціонування і якості життя хворих на несприятливі психічні розлади психогенного походження (невротичні та невротоподібні розлади) за допомогою лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів.

2.2. Проведення курсового відновлювального лікування та реабілітації хворих за допомогою комплексу медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних та немедикаментозних заходів.

2.3. Психотерапевтична та медико-психологічна допомога особам, які перенесли катастрофічні події техногенного або природного походження, або їх ліквідаторам.

2.4. Психотерапевтична та психологічна корекція наслідків невротичних розладів.

2.5. Психотерапевтична та психологічна корекція реакцій на стрес і реакцій дезадаптації.

2.6. Психотерапевтична та психологічна корекція субкомпенсованих особистісних реакцій та наслідків невротоподібних станів у хворих на органічні ураження головного мозку.

2.7. Розробка та впровадження комплексів психологічного розвантаження для осіб, що працюють в умовах екстремальної діяльності і підвищеної психоемоційної напруги.

2.8. Відповідно до завдань, Центр:

– створює умови для своєчасного надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги;

– забезпечує застосування сучасних методів та методик діагностики, психодіагностичних, психотерапевтичних, психокорекційних, соціореабілітаційних програми;

– впроваджує сучасні медичні технології у співпраці з науково-дослідними установами;

– впроваджує галузеві, державні, національні, грантові, громадські та інші програми, спрямовані на удосконалення надання медичної допомоги.

2.9. Центр здійснює також інші види діяльності, які не заборонені законодавством України.

3. Організаційна структура Центру

3.1. Центр здійснює свою роботу в структурі санаторно-курортного закладу на засадах окремого підрозділу.

3.2. Організовує діяльність у межах своїх повноважень.

3.3. Фахівці Центру визначають обсяг застосування лікувально-оздоровчих та реабілітаційних заходів відповідно до реабілітаційної програми.

3.4. Завідувач (або керівник) Центру – підпорядковується головному лікарю (або директору) і заступнику головного лікаря (директора) з лікувальної роботи.

3.4.1. Лікарі-психотерапевти – працюють відповідно до функціональних обов'язків, затверджених головним лікарем (або директором) санаторно-курортного закладу.

3.4.2. Лікарі-психологи / практичні психологи – працюють відповідно до функціональних обов'язків затверджених головним лікарем (або директором) санаторно-курортного закладу.

3.4.3. Середній та молодший медичний персонал – працюють відповідно до функціональних обов'язків затверджених головним лікарем (або директором) санаторно-курортного закладу.

Програма медико-психологічної реабілітації

Принципи побудови

Для вирішення основних задач медико-психологічної реабілітації необхідно оптимально використовувати різні фактори, індивідуально підбираючи лікувальні впливи, щоб уникнути перенапруги адаптаційних механізмів, дотримуючись основних принципів побудови реабілітаційних заходів, а саме:

1. Принцип максимального синергічного співробітництва: лікар-пацієнт-терапевтичний комплекс.
2. Багаторівневий характер саногенних заходів.
3. Сполучений характер біологічних і психологічно-орієнтованих впливів.
4. Послідовність і етапність проведених заходів.
5. Комплексний підхід для вирішення клінічних задач, тобто сполучений послідовний вплив на всі етіопатогенетичні ланки функціональних розладів.
6. Принцип оптимальності застосованих медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних і немедикаментозних факторів.

Тривалість програми – від 18 до 24 діб.

Показання для направлення до Центру:

- 1) Початкові прояви недостатності кровообігу головного мозку (I60), дисциркуляторна енцефалопатія (I67);

2) Граничні (непсихотичні) психічні розлади (згідно МКХ – 10) на етапі компенсації та, при необхідності, санаторно-курортного до лікування.

2.1. Неврастенія (F48.0);

2.2. Соматоформна вегетативна дисфункція (вегето-судинна дистонія, нейроциркуляторна дистонія) (F45.3);

2.3. Тривожно-фобичні розлади (F40), зокрема агорафобія (F40.0) і панічні розлади (F41.0);

2.4. Гостра реакція на стрес (F43.0), розлади адаптації (F43.2) та посттравматичні стресові розлади (F43.1);

2.5. Дисоціативні (конверсійні) розлади (F44);

2.6. Дисомнічні розлади, безсоння неорганічної природи (F51);

2.7. Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F62.0);

2.8. Проблеми, пов'язані з труднощами подолання життєвих проблем (Z73).

Диференційно-діагностичні критерії психічних розладів психогенного походження окремо представлені у додатку 1.

Протипоказання для направлення до Центру: розлади психіки і поведінки психотичного рівня, гострий період непсихотичних психічних розладів та розладів поведінки, олігофренія, гострі соматичні захворювання та їх загострення, які потребують профільного лікування.

Програма реалізується за 3 етапами:

1) Початковий (етап налагодження терапевтичного контакту – комплаєнсу).

Тривалість – 2 – 3 доби.

Проводиться:

– структуроване діагностичне інтерв'ю лікаря; психодіагностична сесія з фахівцем психологом;

– визначення індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми за принципом мультидисциплінарного обговорення;

– узгодження індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми з пацієнтом;

– початок індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми.

2) Основний (реабілітаційний).

Тривалість – 14 – 18 діб.

Проводиться:

– індивідуальна психотерапія (4 сесії);

– групова психотерапія (10 – 12 сесій);

– релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

– ФТО, ЛФК, ароматерапія, рефлексотерапія та інші методи не медикаментозного впливу (постійно);

– медикаментозна терапія (за показаннями).

3) Супортивний (завершуючий / підтримуючий).

Тривалість – 2 – 3 доби.

Проводиться:

– індивідуальна психотерапія (2 – 3 сесії);

– релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

– завершення всіх інших лікувальних заходів.

Форми і методи психотерапії:

1). Індивідуальна психотерапія проводиться у формі консультування із застосуванням прийомів раціональної, психодинамічної і когнітивно-поведінкової психотерапії, а при значних сомато-вегетативних проявах – і гіпно-сугестивної.

2). Групова психотерапія проводиться у вигляді відкритих груп.

3). На супортивному етапі доцільно використовувати техніки «якоріння», матеріально опосередкованої психотерапії, плацебо-терапії.

4). Загальним принципом має бути мінімізація медикаментозної терапії за винятком базової – гіпотензивної, коронаролітичної, тощо.

5). В якості препаратів седативної, протитривожної, сомногенної дії мають застосовуватися переважно препарати рослинного походження.

Описи варіантів психотерапії в залежності від особливостей й методології, які використовуються у медико-психологічній реабілітації вищезазначеного контингенту представлені у додатку 2.

Примірний розподіл медико-психологічних реабілітаційних заходів на день перебування на основному етапі представлений в додатку 3.

В основний лікувальний комплекс необхідно включати фізіотерапевтичні заходи, згідно з основними правилами, що передбачають поступове наростання сили подразнювача по всім параметрам процедур: температура, експозиція, густина струму, фізичні навантаження, площа рефлексогенної зони. Вибір оптимальної дози ґрунтується на оцінці теперішнього стану пацієнта. Для цього можна проводити одномоментні проби на вплив фізичного фактору з урахуванням суб'єктивних відчуттів і об'єктивних фізіологічних параметрів (артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, зміни електрошкіряного опору в біологічно активних точках).

Інформаційно-санологічні заходи.

Вступні лекції деонтологічної спрямованості, корекція шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю). У лекціях основна увага приділяється негативним наслідкам стресу і шляхам їхнього подолання.

Психотерапія.

Психотерапія – це система терапевтичного впливу, опосередкована через психічну сферу. Основними принципами реалізації психотерапії в реабілітаційній системі є: системність, багаторівневність і динамічність впливу; етапність; комплексність і використання декількох методів психотерапії з їхньою послідовною зміною; диференційоване застосування з ієрархічністю, патогенетичної, симптоматичної і превентивної спрямованості психотерапевтичних прийомів; максимальна індивідуалізація психотерапевтичних впливів при переважно груповій формі роботи з пацієнтами.

Допоміжні методи терапевтичних втручань представлені у додатку 4.

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Перспективний аналіз медико-соціальних тенденцій в Україні дозволяє прогнозувати зростання пограничної психогенно обумовленої нервово-психічної патології, в тому числі посттравматичного стресового розладу в популяції України. Тому актуальним і важливим є розширення інформованості широкого кола лікарів різних спеціальностей, медичних психологів, соціальних працівників, інших фахівців з проблеми посттравматичного стресового розладу, клініки і терапевтичної тактики.

Введення адекватних діагностичних, терапевтичних і реабілітаційних підходів, разом із структурно-організаційними заходами в мережі лікувально-профілактичними закладами, дозволить значно підвищити рівень допомоги хворим із посттравматичним стресовим розладом, а також підвищити рівень їх медичної, трудової і соціальної реабілітації.

Необхідними також є адекватні організаційні форми надання допомоги цим хворим в структурі лікувальних психіатричних закладів: розширення мережі психотерапевтичних кабінетів у поліклініках загальносоматичного профілювання і відкриття психосоматичних відділень в структурі обласних й великих міських загально соматичних лікарень.

Найбільш адекватною формою надання лікувально-реабілітаційних заходів є створення обласних медико-психологічних центрів.

ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПСИХОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

1) Неврастенія (F48.0)

Діагностичні критерії:

а) постійні скарги на підвищену стомлюваність після розумової роботи або скарги на слабкість у тілі і виснаження після мінімальних зусиль;

б) принаймні два з наступних симптомів:

- відчуття мускульного болю,
- запаморочення,
- тензійний головний біль,
- порушення сну,
- нездатність розслабитися,
- дратівливість,
- диспепсія.

в) будь-які наявні вегетативні або депресивні симптоми не настільки тривалі і важкі, щоб відповідати критеріям більш специфічних розладів, що описуються в даній класифікації.

2) Соматоформна вегетативна дисфункція (вегето-судинна дистонія, нейрони-регуляторна дистонія) (F45.3)

Діагностичні критерії:

а) симптоми вегетативного порушення, такі як серцебиття, потіння, тремор, почервоніння, що мають хронічний характер і заподіюють занепокоєння;

б) додаткові суб'єктивні симптоми, що відносяться до визначеного органа або системи;

в) занепокоєність і прикρόсті з приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органа або системи, причому

повторні пояснення і переконування на цей рахунок лікарів залишаються марними;

г) відсутні дані про істотне структурне або функціональне порушення даного органа або системи.

П'ятий знак може використовуватися для виділення окремих розладів цієї групи з вказівкою органа або системи, що розглядаються хворим у якості джерела симптоматики.

F45.30. Серця і серцево-судинної системи

Включаються:

- невроз серця;
- синдром Да Коста;
- нейроциркуляторна астенія.

F45.31. Верхньої частини шлунково-кишкового тракту

Включаються:

- невроз шлунка;
- психогенна аерофагія;
- гикавка;
- диспепсія;
- пілороспазм.

F45.32. нижньої частини шлунково-кишкового тракту

Включаються:

- психогенний метеоризм;
- синдром роздратованого кишечника;
- синдром газової діареї.

F45.33. дихальної системи

Включаються:

- психогенні форми кашлю і задишки.

F45.34. уrogenитальної системи

Включаються:

- психогенне підвищення частоти сечовипускання:

– психогенна дизурія.

F45.38. Іншого органа або системи

F45.4. Хронічний соматоформний больовий розлад

3). Тривожно-фобичні розлади (F40), зокрема агорафобія (F40.0) і панічні розлади (F41.0)

F40.0. Агорафобія

Діагностичні критерії:

а) психологічні або вегетативні симптоми повинні бути первинним проявом тривоги, а не бути вторинними стосовно інших симптомів, таким, як марення або нав'язливої думки;

б) тривога повинна бути обмежена тільки (або переважно) хоча б двома з наступних ситуацій: натовп, суспільні місця, пересування поза будинком і подорож на самоті;

в) уникання провокуючих ситуацій є або було вираженою ознакою.

F40.00. Агорафобія без панічного розладу

F40.01. Агорафобія із панічним розладом

F40.1. Соціальні фобії

Діагностичні критерії:

а) психологічні, поведінкові або вегетативні симптоми повинні бути проявом насамперед тривоги, а не бути вторинними стосовно інших симптомів, таким, як марення або нав'язливої думки:

б) тривога повинна бути обмежена тільки або переважно визначеними соціальними ситуаціями:

в) уникання провокуючих ситуацій повинно бути вираженою ознакою.

F40.2. Специфічні (ізолювані) фобії

Діагностичні критерії:

а) психологічні або вегетативні симптоми повинні бути первинними проявами тривоги, а не вторинними стосовно інших симптомів таким, як марення або нав'язливої думки;

б) тривога повинна обмежуватися визначеним фобічним об'єктом або ситуацією;

в) пацієнт уникає провокуючої ситуації, коли тільки це можливо.

F40.8. Інші тривожно-фобічні розлади

F40.9. Фобічний тривожний розлад, неуточнений

F41. Інші тривожні розлади

F41.0. Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога)

Діагностичні критерії:

Панічний розлад повинний бути діагностовано як основний діагноз тільки при відсутності жодної із ознак у F40.

Для достовірного діагнозу необхідно, щоб декілька важких атак вегетативної тривоги виникали протягом 1 місяця:

а) при обставинах, не зв'язаних з об'єктивною погрозою;

б) атаки не повинні бути обмежені відомими або передбаченими ситуаціями;

в) між атаками стан повинний бути порівняно вільним від тривожних симптомів (хоча тривога передбачення є звичайною).

F41.1. Генералізований тривожний розлад

Діагностичні критерії:

У хворого повинні бути первинні симптоми тривоги більшість днів принаймні декілька тижнів підряд, а звичайно декілька місяців. Вони містять:

а) побоювання (занепокоєння про майбутні невдачі, відчуття хвилювання, труднощі в зосередженні та ін.);

б) моторна напруга (метушливість, головний біль напруги, дрижання, неможливість розслабитися);

в) вегетативну гіперактивність (пітливість, тахікардія або тахіпное. епі-гастральний дискомфорт, запаморочення, сухість у роті та ін.).

F41.2. Змішаний тривожний і депресивний розлад

Включається:

– тривожна депресія (легка або нестійка).

Виключені:

– хронічна тривожна депресія (дистімія) (F.34.1).

F41.3. Інші змішані тривожні розлади

F41.8. Інші уточнені тривожні розлади

Включається:

– тривожна істерія.

F41.9. Тривожний розлад, неуточнений

4) Гостра реакція на стрес (F43.0), розлади адаптації (F43.2) та посттравматичні стресові розлади (F43.1);

F43.0. Гостра реакція на стрес

Діагностичні критерії:

Обов'язковий і чіткий зв'язок між впливом незвичайного стресора і початком симптоматики; початок звичайно негайний або через кілька хвилин. Симптоми:

а) мають змішану і звичайно мінливу картину: на додаток до ініціального стану оглушення можуть спостерігатися депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність і відгородженість, але жодний із симптомів не є довгостроким;

б) припиняються швидко (як найбільше впродовж декількох годин) у тих випадках, де можливо усунення стресових обставин. У випадках, де стрес продовжується або по своїй природі не може припинитися, симптоми звичайно починають зникати через 24 – 48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

F43.1. Посттравматичний стресовий розлад

Діагностичні критерії:

Цей розлад не повинний діагностуватися, якщо немає доказів, що він виникнув протягом 6 місяців від важкої травматичної події. Докази наявності травми повинні бути доповнені повторюваними нав'язливими спогадами про подію, фантазіями й уявленнями в денний час. Помітна емоційна відчуженість, заціпеніння почуттів і уникання стимулів, що могли б

викликати спогаду про травму. Зустрічаються часто, але не є необхідними для діагностики. Вегетативні розлади, розлад настрою і порушення поведінки можуть включатися в діагноз, але не є першорядно значимими.

F43.2. Розлади адаптації

Діагностичні критерії:

Діагноз залежить від уважної оцінки співвідношення між:

а) формою, утриманням і вагою симптомів;

б) анамнестичними даними й особистістю;

в) стресовою подією, ситуацією і життєвою кризою. Наявність третього чинника повинно бути чітко встановлене і повинні бути вагомі, хоча, можливо, і приблизні докази, що розлад не з'явився б без нього. Якщо стресор відносно малий і якщо тимчасовий зв'язок (менше 3 місяців) не може бути встановлений, розлад варто класифікувати в іншому місці відповідно до наявних ознак.

При критеріях розладів адаптації клінічна форма або переважні ознаки можуть бути уточнені за п'ятим знаком:

F43.20. Короткочасна депресивна реакція

F43.21. Пролонгована депресивна реакція

F43.22. Змішана тривожна і депресивна реакція

F43.23. Із переваженням порушення інших емоцій

F43.24. Із переваженням порушення поведінки

F43.25. Змішаний розлад емоцій і поведінки

F43.28. Інші специфічні переважаючі симптоми

б). Дисоціативні (конверсійні) розлади (F44);

Діагностичні критерії:

Для достовірного діагнозу повинні бути:

а) наявність загальних клінічних ознак, для невротичних розладів.

б) відсутність якогось фізичного або неврологічного порушення, із яким могли б бути зв'язані виявлені симптоми;

в) наявність психогенної обумовленості у формі чіткого зв'язку із стресовими подіями або проблемами або порушеними взаємовідносинами (навіть якщо вона заперечиться хворим).

Переконаливі докази психологічної обумовленості можуть бути важко виявлені, навіть якщо вони обумовлено підозрюються. При наявності відомих розладів центральної або периферичної нервової системи діагноз дисоціативного розладу повинний встановлюватися з великою обережністю. При відсутності даних про психологічну обумовленість діагноз повинний бути тимчасовим і варто продовжувати дослідження фізичних і психологічних аспектів.

F44.0 Дисоціативна амнезія

Діагностичні критерії:

а) амнезія, парціальна або повна, на недавні події травматичної або стресової природи (ці аспекти можуть з'ясуватися при наявності іншої інформації);

б) відсутність органічних розладів мозку, інтоксикації або надмірної втоми.

F44.1. Дисоціативная фуга

Діагностичні критерії:

а) ознаки дисоціативної амнезії (F44. 0);

б) цілеспрямована подорож поза межами звичайної повсякденності (диференціація між подорожжю і блуканням повинне проводитися з обліком місцевої специфіки);

в) підтримка нагляду за собою (харчування, вмивання та ін.) і нескладна соціальна взаємодія з незнайомими людьми (наприклад, хворі купують квитки або бензин, питають як проїхати, замовляють їжу).

F44.2. Дисоціативний ступор

Діагностичні критерії:

а) ступор як неможливість рухатися;

б) відсутність фізичного або психічного розладу, що могло б пояснити ступор;

в) данні про недавні стресові події або поточні проблеми.

F44.3. Транси і стани оволодіння

F44.4. Дисоціативні розлади моторики

При наявності органічних розладів нервової системи, а також у раніш добре адаптованих осіб із нормальними сімейними і соціальними взаємозв'язками діагноз повинний установлюватися з великою обережністю.

Для достовірного діагнозу:

а) повинні бути відсутніми дані про фізичний розлад;

б) потрібно мати у своєму розпорядженні достатню інформацію про психологічну і соціальну ситуацію, у якому знаходиться хворий, і про його особистостних взаємозв'язках, щоб можна було переконливо сформулювати причини виникнення розладів.

Якщо є сумніви щодо фактичних або можливих фізичних розладів або якщо неможливо зрозуміти чому розвився розлад, то діагноз повинний установлюватися як ймовірний або тимчасовий. У заплутаних або невиразних випадках варто завжди мати на увазі можливість більш пізнього прояву важких фізичних або психічних розладів.

F44.5. Дисоціативні судоми

F44.6. Дисоціативна анестезія і втрата почуттєвого сприйняття

F44.8. Інші дисоціативні (конверсійні) розлади

F44.80. Синдром Ганзера

F44.81. Розлад множинної особистості

F44.82. Транзиторні дисоціативні (конверсійні) розлади, що виникають у дитячому і підлітковому віці

F44.88. Інші неуточнені дисоціативні (конверсійні) розлади.

ВАРІАНТИ ПСИХОТЕРАПІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ Й МЕТОДОЛОГІЇ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Сугестивна особистісно-орієнтована психотерапія, що проводиться в групах по 10 – 12 чоловік. Сугестивний вплив здійснюється у вигляді вербальних формул, спрямований на зняття емоційної напруги, концентрацію уваги на роботі життєво важливих органів і систем організму, налагодження їх на ритмічну роботу. Розвивається здатність вольового керування своїми вегетативними функціями, активністю, настроєм, самопочуттям.

Навіювання проводять в особливому стані пацієнта, гіпнотичному. За глибиною виділяють три ступені гіпнозу: сонливість, гіпотаксія, сомнамбулізм. Терапевтичне навіювання реалізується у I – II ступені гіпнозу. Спочатку робляться проби на гіпнабільність:

- Кує – Бодуена I – падіння назад;
- Кує – Бодуена II – падіння вперед;
- Кує – Бодуена III – розкачування маятника Шевреля;
- Каткова – розходження рук;
- Рожнова – розтискання рук, взятих у «замок»;
- Філатова – «склеювання повік»;
- Михайлова – розкачування в позі Ромберга.

Використовують такі методи введення в гіпноз:

- фасцинація;
- фіксація погляду;
- паси;
- ритмічне подразнення;
- вербальні формули.

Сеанс складається із чотирьох фаз: гіпнотизації; лікувального навіювання; лікувального відпочинку; дегіпнотизації.

Клінічні ефекти: нормалізація функціональних показників зовнішнього дихання (частоти дихання, життєвої ємності легень), гемодинаміки (частоти серцевих скорочень, артеріального тиску), вегетативних реакцій (потовиділення, забарвлення шкіри), нормалізація психоемоційного статусу (поліпшення настрою, самопочуття, сну).

Групова психотерапія – проводиться 10 – 12 сеансів групової психотерапії, тривалість 45 – 60 хвилин, щодня, через 30 – 60 хвилин після їжі, кращий час з 15 до 16 годин. Форма проведення – групова дискусія.

Аутотренінг (далі – АТ). Перша вправа АТ передбачає реалізацію почуття обтяжіння в кінцівках. Досягається останнє через розслаблення рухів м'язів рук. Формула першої вправи: «моя права рука важка». Цю фразу варто повторити шість разів. Перед нею введена допоміжна формула «я зовсім спокійний». Отже перша початкова вправа буде мати такий вигляд: «Я зовсім спокійний» (1 раз); «Моя права рука важка» (6 разів); «Я зовсім спокійний» (1 раз); «Моя права рука важка» (6 разів); «Я зовсім спокійний» (1 раз); «Моя права рука важка» (1 раз).

Виконується вправа в одній із запропонованих поз: в позі сидячи або в ліжку. Після того, як пацієнт відчуває вагу в правій руці переходять до вправи з лівою рукою. Потім вправа поширюється на праву і ліву ноги, і, нарешті, вправа формулюється як «Руки і ноги абсолютно важкі».

Друга вправа аутогенного тренування спрямована на викликання відчуття тепла в кінцівках. Починають другу вправу відразу ж за першою у тій же позі. Техніка виконання така ж сама. Приводимо текст вправи: «Моя права рука (ліва) рука тепла» (6 разів); «Я зовсім спокійний» (1 раз); «Моя права рука (ліва) рука тепла» (6 разів); «Я зовсім спокійний» (1 раз) і т.д. аналогічно першій вправі.

Після освоєння перших двох вправ переходять до третьої – регуляції частоти серцевих скорочень. Формула: «Серце б'ється спокійно і сильно» або «Серце б'ється спокійно і ритмічно».

Четверта вправа: «Подих абсолютний спокійний». Можна також вживати формулу: «Дихаю спокійно».

П'ята вправа – регуляція органів шлунково-кишкового тракту. Формула: «Живіт випромінює тепло», «Сонячне сплетіння випромінює тепло».

Шоста вправа: на відміну від попередніх є не релаксаційною, а мобілізуючою і спрямована на почуття прохолоди чола. Формула звучить так: «Чоло приємно прохолодне».

У кінцевому варіанті повного засвоєння методика АТ має такий зміст: «Я зовсім спокійний. Моя права (ліва) рука важка. Моя права рука (ліва) рука тепла. Серце працює зовсім спокійно і ритмічно. Подих абсолютний спокійний. Живіт випромінює тепло. Чоло приємно прохолодне».

На освоєння кожної з 6 формул першого етапу, відповідно до Шульца, потрібно 2 тижня (у більшості сучасних модифікацій цей час скорочується до 7 – 8 днів). Заняття проходять 2 – 3 рази в день. Не освоївши одну формулу, не можна переходити до іншої. Освоєння проходить послідовно від першої до шостої формули. Весь курс АТ-1 триває біля трьох місяців.

Текст АТ у модифікації К.И. Мировского й А.Н. Шогама («психотонічне тренування»): «Я зовсім спокійний. Усе моє тіло розслаблене і спокійне. Ніщо не відволікає. Усе байдуже мені. Я почуваю внутрішнє заспокоєння. Плечі і спину обдає легкий озноб. Начебто приємний, освіжаючий душ. Усі м'язи стають пружними. По тілу пробігають «мурашки». Я – як стиснута пружина. Усе готово до кидка. Весь напружений. Увага! Встати! Поштовх!».

Когнітивно-поведінкова терапія, розроблена А. Бек, є короткочасовою структурованою терапією, котра застосовує активне співробітництво між лікарем та хворим для досягнення терапевтичної мети. Когнітивний підхід в терапії депресії включає чотири процеси: 1) створення автоматичних думок, 2) тестування автоматичних думок, 3) ідентифікація дезадаптивних положень, що лежать в основі порушень, 4) перевірка обґрунтованості дезадаптивних положень. Релаксаційно-мобілізаційний тренінг проводиться за допомогою комп'ютеризованого аудіо-візуального комплексу.

**ПРИМІРНИЙ РОЗПОДІЛ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ
РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ НА ДЕНЬ ПЕРЕБУВАННЯ
НА ОСНОВНОМУ ЕТАПІ**

Примірний розподіл медико-психологічних реабілітаційних заходів на день перебування на основному етапі:

- пробудження;
- санітарно-гігієнічні процедури;
- релаксаційно-мобілізаційний тренінг з відео / аудіо супроводом;
- сніданок;
- медикаментозні процедури;
- психотерапія в групі;
- ФТЛ, ЛФК, ароматерапія, рефлексотерапія;
- обід
- релаксаційна терапія з аудіовізуальним супроводом;
- тиха година;
- медикаментозна терапія;
- інформаційно-освітня програма (валеологічна);
- групова психотерапія;
- медикаментозна терапія;
- вільний час;
- релаксаційний тренінг з відео / аудіо супроводом;
- санітарно-гігієнічні процедури;
- сон.

ДОПОМІЖНІ МЕТОДИ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Аромо-музико-кольоротерапія.

Вплив комбінований. Біологічно активні речовини (БАР) ефіроолійних рослин через рецептори нюху і шкіри, через слизові дихальних шляхів, нейрогуморальним і рефлекторним шляхами впливають на головний мозок, регулюючи процеси збудження та гальмування у центральній нервовій системі, впливають на неспецифічну реактивність організму, підвищують адаптаційні здібності, активують метаболічні процеси.

Музика акцентує психотропний вплив. Вона полегшує спілкування з хворими, допомагаючи їм перебороти непередбачені конфлікти, що досягаються під час глибокого розслаблення, коли увага хворого спрямована на виникаючі в його уяві картини на тлі музики. Звукова інформація подається у виді музичного супроводу середньої частоти, інтенсивності, ритмічності. Використовуються музичні композиції, які створюють звукові ефекти шуму морського прибою чи шелесту листя, що дозволяє впливати регулярно на психіку людини через сферу емоційно забарвлених асоціацій. Функціональна музика формує позитивні емоції, гарний настрій, закріплює оптимальний фізіологічний стан вегетативної нервової системи і внутрішніх органів.

Теренкур – це прогулянки в середньому темпі, зі швидкістю 4 – 5 км. / годину для дорослої людини, по рівній місцевості з підйомами і спусками.

Методи бальнеотерапії і теплолікування.

Різні види ванн (з морською водою, «перлинних», розвідних із блакитною глиною, з додаванням фіто концентратів валеріани, шавлії, хвої) у пацієнтів з різними видами вегетативної реактивності і клінічних проявів соматоформних розладів, що знаходилися на санаторній реабілітації.

Електротерапія.

Процедура проводиться за допомогою апарата «Ампліпульс», I рід роботи, режим ПМ «постійна модуляція», щільність струму 0,01 мА/смІ. Про-

цедури проводяться через 1 годину після їжі, кращий час у першій половині дня, через день, можливо чергувати з бальнеотерапією, 5 – 6 процедур.

Фітотерапія.

Кліматолікування призначається у вигляді дозованих прогулянок, загальних сонячних і повітряних ванн, купання у водоймищах.

Бальнеотерапія – у вигляді обтирання простою, а краще солоною водою, контрастного душу, ванн (йодо-бромні, хвойно-шавлієві, мінеральні, кисневі – на курс 12 – 14 ванн, тривалістю 8 – 10 хвилин, температура води 35 – 36°C). Для поліпшення венозного відтоку і зменшення розладів судинного тонусу раціональне призначення сульфідних ванн (концентрація сірководня 25 – 50 – 150 міліграм./л., температура води 36 – 37°C, курс лікування 10 – 12 процедур). При гіперліпідемії перспективне призначення радонових ванн. Ванни доцільно чергувати з душем, або «гальванічним комірком» по Щербаку, лікарським електрофорезом комірної зони (з зэфіллином при схильності до спазмів, з новокаїном при невротичних станах, з йодом при вегетативних, гіпоталамічних розладах, діазепамом при пароксизмальних станах, порушеннях сну), електросном.

Лікувальна фізкультура – оптимальний рівень фізичних навантажень визначається при велоергометричному тесті. Доцільно включати низькоінтенсивне, тривале навантаження з частим повторенням вправ. Корисні ізотонічні вправи. Збільшувати навантаження необхідно під контролем пульсу (частота пульсу не повинна перевищувати після фізичного навантаження 180 – вік (120 – 150 ударів за хвилину).

Лікувальний масаж проводиться по комірній методиці (сегментарна зона С IV – D IV). Може додаватися масаж голови. Тривалість 15 – 20 хвилин, курс лікування 15 – 20 процедур.

Рефлексотерапія проводиться в період з 9 до 15 годин. Використовується класична акупунктура, II варіант гальмованого методу. Вибір крапок визначається з урахуванням індивідуальних особливостей хворих і залежно від провідного синдрому. Враховується, що ефект від сеансу

менш тривалий в порівнянні з традиційними хворими, позитивна динаміка починається пізніше – з 5 – 6 сеансу, для досягнення ефекту потрібно 10 – 12 сеансів, необхідні курси через 2 – 3 тижні.

Лікувальне харчування передбачає призначення нутрицевтиків – пектинсиноскладаючих продуктів (салат з білокачанної капусти, буряка, моркви, яблучне пюре, соки абрикосовий, агрусу і ін.), фітотерапії, синглетно-кисневих сумішей. Пацієнтам з надмірною масою тіла рекомендується проведення розвантажувальних днів (1 раз на тиждень): овочевих (1,5 кг. свіжих овочів), фруктових (1,5 кг. яблук, кавуна), м'ясних 400 – 500 р. відварного м'яса і 250 г. сирі капусти), сирних (500 – 600 г. нежирного сиру і двох стаканів чаю без цукру), кефірах (1,5 л. кефіру). Порції розділяють на 5 прийомів.

Лікарські препарати призначаються короткочасно на 1 – 3 дні за індивідуальними свідченнями в періоді адаптації, а також для профілактики і купірування метеотропних реакцій.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України і Міністерства України
з питань надзвичайних ситуацій та
у справах захисту населення від наслідків
Чорнобильської катастрофи
09.11.2009 року № 816/734

ПОЛОЖЕННЯ

про міжвідомчу комісію з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації

I. Загальні положення

1.1. Міжвідомча комісія з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації (далі – Комісія) створена відповідно до пункту 5 Порядку визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2009 року № 859.

1.2. До складу Комісії входять представники Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи.

1.3. Комісія призначена для проведення заходів, пов'язаних з визначенням санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників (далі – Центр медико-психологічної реабілітації), та їх відповідності вимогам медико-психологічної реабілітації.

1.4. Комісія у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, іншими нормативно-правовими актами, що регламентують діяльність санаторно-курортних закладів, визначають нормативи надання медичної допомоги населенню, а також цим Положенням.

II. Основні функції та завдання Комісії

2.1. Основними завданнями Комісії є:

а) проведення конкурсного відбору та складення експертного висновку про відповідність (невідповідність) санаторно-курортних закладів вимогам медико-психологічної реабілітації, можливість та доцільність створення при них Центрів медико-психологічної реабілітації;

б) здійснення контролю за діяльністю Центрів медико-психологічної реабілітації;

в) підготовка та внесення в установленому порядку пропозицій щодо вдосконалення нормативно-правової бази з питань діяльності Центрів медико-психологічної реабілітації.

2.2. Комісія має право:

а) створювати в установленому порядку тимчасові експертні комісії та робочі групи, залучати представників центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, наукових установ та громадських організацій (за згодою);

б) одержувати в установленому порядку інформаційні та аналітичні матеріали, необхідні для реалізації покладених на неї завдань, від міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій України;

в) проводити перевірку роботи санаторно-курортних закладів щодо діяльності Центрів медико-психологічної реабілітації;

г) залучати у разі необхідності представників МОЗ, МНС та інших центральних органів виконавчої влади для перевірки на місці відповідності документів, поданих санаторно-курортним закладом для включення до Переліку;

ґ) заслуховувати на своїх засіданнях інформацію представників центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій незалежно від форми власності з питань, що належать до її компетенції;

д) надавати пропозиції до центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо удосконалення організації роботи Центрів медико-психологічної реабілітації, їх технічного оснащення та професійної підготовки фахівців;

е) скликати наради з питань, що належать до її компетенції;

є) вирішувати інші питання, що належать до її компетенції.

2.3. Комісія для виконання покладених на неї завдань взаємодіє з центральними та місцевими органами виконавчої влади, установами, підприємствами та громадськими організаціями.

III. Склад Комісії

3.1. Комісія складається з Голови, першого заступника Голови, заступника Голови, секретаря та інших членів Комісії.

3.2. Персональний склад Комісії затверджується спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи.

3.3. Голова Комісії:

а) очолює Комісію, здійснює загальне керівництво Комісією та забезпечує її організацію;

б) головує на засіданнях Комісії;

в) організовує в межах своїх повноважень взаємодію роботи Комісії з органами виконавчої влади;

г) підписує висновки, що приймаються Комісією;

ґ) бере участь у заходах щодо висвітлення діяльності Комісії.

3.4. У разі відсутності голови Комісії головує на засіданнях Комісії перший заступник голови Комісії. У разі відсутності голови Комісії та першого заступника голови Комісії головує на засіданнях Комісії заступник голови Комісії. У разі відсутності голови Комісії, першого заступника голови Комісії та заступника голови Комісії головує на засіданнях Комісії член Комісії, якого обрано Комісією.

3.5. Перший заступник голови Комісії у разі відсутності голови Комісії виконує його обов'язки.

3.6. Секретар Комісії організовує підготовку та розсилку повідомлень всім членам Комісії про час та дату проведення засідання, проекту порядку денного, веде та оформлює протокол засідання Комісії.

3.7. Для організаційного та інформаційного забезпечення роботи Комісії утворюється робоча група, персональний склад якої затверджується спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи.

IV. Організація роботи Комісії

4.1. Формою роботи Комісії є засідання, які проводяться кожні два роки у I кварталі. У разі потреби підтвердження відповідності санаторно-курортних закладів вимогам медико-психологічної реабілітації засідання Комісії можуть проводитися частіше ніж через два роки.

Дата проведення засідання та порядок денний повідомляються членам Комісії не пізніше ніж за 3 робочі дні до засідання.

4.2. Засідання Комісії веде голова або за дорученням голови – один з його заступників.

4.3. Засідання Комісії є правомочним, якщо на ньому присутні не менше половини її членів.

4.4. Рішення Комісії приймається відкритим голосуванням простою більшістю голосів членів Комісії, присутніх на засіданні. У разі рівного розподілу голосів вирішальним є голос голови Комісії.

4.5. Комісією приймаються до розгляду документи, подані санаторно-курортними закладами згідно із Порядком визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2009 року № 859.

4.6. Заяви, прийняті Комісією від санаторно-курортних закладів, реєструються, на кожний санаторно-курортний заклад формується окрема справа з наданих документів для внесення до Переліку та інших документів, що пов'язані з його діяльністю.

4.7. Комісія розглядає надані санаторно-курортними закладами документи, складає експертний висновок щодо відповідності (невідповідності) цих закладів вимогам медико-психологічної реабілітації, можливості і доцільності створення на їх базі Центрів медико-психологічної реабілітації та подає МОЗ і МНС пропозиції щодо складення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, який затверджується спільним наказом МОЗ і МНС.

4.8. У разі встановлення Комісією факту невідповідності санаторно-курортного закладу вимогам медико-психологічної реабілітації або неналежного рівня медико-психологічної реабілітації за поданням Комісії МОЗ і МНС видають спільний наказ про виключення такого закладу з переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації.

V. Забезпечення діяльності Комісії

Матеріально-технічне та інформаційне забезпечення діяльності Комісії здійснює Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи.

**Директор Департаменту розвитку
медичної допомоги МОЗ України**

М. П. Жданова

**Директор Департаменту охорони
здоров'я та медико-біологічного
захисту МНС України**

О. А. Громазін



Міністерство охорони здоров'я України

Міністерство України з питань
надзвичайних ситуацій та
у справах захисту населення
від наслідків
Чорнобильської катастрофи

НАКАЗ

09.11.2009 р.

м. Київ

№ 816/734

Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації

Відповідно до пункту 5 Порядку визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2009 року № 859.

НАКАЗУЄМО:

1. Затвердити Положення про міжвідомчу комісію з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації, що додається.
2. Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України (Жданова М.П.) забезпечити у встановленому порядку державну реєстрацію цього наказу в Міністерстві юстиції України.
3. Цей наказ набирає чинності з дня офіційного його опублікування.
4. Контроль за виконанням наказу покласти на Першого заступника Міністра охорони здоров'я Лазоришинця В.В. та заступника Міністра України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи Болотських М.В.

Міністр охорони здоров'я України

Міністр України з питань надзвичайних
ситуацій та у справах захисту населення
від наслідків Чорнобильської катастрофи

В. М. Князевич

В. М. Шандра

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я
України, Міністерства України з питань
надзвичайних ситуацій та у справах
захисту населення від наслідків
Чорнобильської катастрофи
від 14 травня 2001 року № 180/115
Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
15 серпня 2001 року за № 702/5893

ПОЛОЖЕННЯ
про центри медико-психологічної реабілітації рятувальників та осіб,
що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного та
техногенного характеру

1. Загальні положення

1.1. Це Положення розроблено відповідно до статті 35 Закону України «Про аварійно-рятувальні служби» та статті 13 Закону України «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру». Термін «надзвичайна ситуація техногенного та природного характеру» (далі – НС) вживається відповідно до зазначених Законів України та постанови Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2009 року № 859.

1.2. Проведення заходів щодо створення та функціонування центрів здійснюється міжвідомчою комісією з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації, склад та положення про яку затверджується спільним наказом МОЗ і МНС.

Центри медико-психологічної реабілітації (далі – центри) створюються при діючих санаторно-курортних закладах всіх форм власності. Центри є структурними підрозділами цих санаторно-курортних закладів. Перелік санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри, затверджується спільним наказом МОЗ і МНС за поданням міжвідомчої комісії з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації.

1.3. У своїй діяльності центри керуються Конституцією та законами України, актами Президента України, нормативними документами Кабінету Міністрів України, МОЗ і МНС України, цим Положенням.

1.4. Центри можуть створюватись окремо для дітей, що постраждали внаслідок НС, а також сімейного типу.

Визначення термінів:

Рятувальник – особа, яка має відповідну спеціальну підготовку, атестована на здатність до проведення аварійно-рятувальних робіт і безпосередньо бере в них участь, має спеціальну фізичну та психологічну підготовку та відповідає за її підтримання.

Постраждалі внаслідок НС (далі – постраждалі) – особи, здоров'ю яких була заподіяна шкода внаслідок НС.

2. Завдання центрів

2.1. Основним завданням Центру є максимально можливе відновлення рівня здоров'я, рівня соціального функціонування і якості життя рятувальників (постраждалих) за допомогою лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів.

2.2. Проведення курсового відновлювального лікування та реабілітації хворих за допомогою комплексу медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних та немедикаментозних заходів.

2.3. Центри беруть участь у вивченні та аналізі причин і наслідків виникнення розладів психіки і поведінки неспокійного характеру, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний, порушень особистісних відношень людини з оточуючим середовищем у рятувальників і постраждалих та розробці рекомендацій щодо профілактики виникнення цих захворювань.

2.4. Центри можуть брати участь у розробці та впровадженні сучасних медичних та психологічних технологій, розробці ефективних методів діагностики, психологічної корекції, інших заходів та співпрацювати з науково-дослідними установами при проведенні наукових досліджень стосовно медико-психологічної реабілітації рятувальників та постраждалих.

2.5. Працівники центрів можуть брати участь у наукових дослідженнях, що проводяться Державною службою медицини катастроф України з питань подолання медико-санітарних наслідків НС.

2.6. Працівники центрів можуть залучатися в установленому чинним законодавством порядку до роботи з ліквідації медико-санітарних наслідків безпосередньо в зоні НС.

3. Функції центрів

3.1. Проведення діагностичного, лікувально-профілактичного та реабілітаційного комплексу заходів із застосуванням методів психотерапії та психологічної корекції, медикаментозної терапії, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, масажу, природних і фізичних чинників тощо для забезпечення реабілітації рятувальників і постраждалих. Приймання рятувальників на реабілітацію здійснюється за наявності направлення комісії аварійно-рятувального підрозділу та «Медичного журналу рятувальника».

3.2. Клінічне та патопсихологічне обстеження рятувальника та постраждалого психотерапевтом або лікарем-психологом/практичним психологом – спеціалістом у галузі антикризової терапії з метою розробки раціональної та ефективної індивідуальної програми реабілітації.

3.3. Медико-психологічна допомога особам, які перенесли катастрофічні події техногенного або природного походження, або їх ліквідаторам.

3.4. Проведення психотерапевтичної та психологічної корекції розладів психіки і поведінки неспокійного характеру, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний, порушень особистісних відношень людини з оточуючим середовищем.

3.5. Розробка та впровадження комплексів психологічного і психофізіологічного розвантаження для осіб, що працюють в умовах екстремальної діяльності і підвищеної психоемоційної напруги.

3.6. Відповідно до завдань, Центр здійснює:

– створює умови для своєчасного надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги;

– забезпечує застосування сучасних методів та методик діагностики, психодіагностичних, психотерапевтичних, психокорекційних, соціореабілітаційних програми.

– впроваджує сучасні медичні технології у співпраці з науково-дослідними установами;

– впроваджує галузеві, державні, національні, грантові, громадські та інші програми, спрямовані на удосконалення надання медичної допомоги.

3.7. Накопичування, аналіз та надання до МОЗ України медико-статистичної інформації щодо роботи центру для узагальнення.

4. Права центрів

4.1. Центри мають право з метою виконання покладених на них завдань використовувати в повному обсязі лікувальну, технічну та матеріальну базу санаторно-курортних закладів, у яких вони створені.

4.2. Працівники центрів мають право на професійну підготовку та отримання відповідних кваліфікаційних категорій у встановленому порядку.

4.3. Працівники центрів мають право на отримання медичної, технічної та іншої інформації, необхідної для виконання покладених на центри завдань.

5. Організаційна структура центрів

5.1. Центр здійснює свою роботу в структурі санаторію на засадах окремого підрозділу.

5.2. Штатний розпис центру розробляється базовим закладом відповідно до типових штатів керівних працівників, робітників, спеціалістів, службовців і медичних працівників охорони здоров'я і погоджується з МОЗ та МНС України.

5.3. У складі центрів можуть організовуватись відділення медико-психологічної реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізкультури та інші з урахуванням спеціалізації центру.

5.4. У разі потреби введення посад лікарів-психіатрів, лікарів-дієтологів, психологів, педагогічних працівників на період реабілітації рятувальників і постраждалих до штатного розпису центрів можуть уноситися зміни.

5.5. Фінансування діяльності центрів здійснюється відповідно до чинного законодавства.

5.6. Центр здійснює також інші види діяльності, які не заборонені законодавством України і відповідають меті, що передбачена даним положенням.

6. Керівництво центром

6.1. Керівництво центром здійснює начальник, який призначається керівником санаторно-курортного закладу, при якому створено центр за погодженням з МОЗ України.

6.2. Начальник центру підпорядковується керівнику санітарно-курортного закладу, при якому створено центр.

6.3. Кваліфікаційні вимоги начальника центру:

– фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психотерапія» або «медична психологія»;

– стаж роботи за фахом не менше 5 років;

– наявність кваліфікаційної категорії.

6.4. Начальник центру забезпечує додержання виробничої дисципліни працівниками центру, контролює проведення реабілітації, санітарного стану центру, виконання його працівниками функціональних обов'язків.

6.5. Лікарі-психотерапевти працюють відповідно до функційних обов'язків, затверджених головним лікарем санаторію.

6.6. Лікарі-психологи / практичні психологи працюють відповідно до функційних обов'язків, затверджених головним лікарем санаторію.

6.7. Середній та молодший медперсонал працюють відповідно до функційних обов'язків, затверджених головним лікарем санаторію.

7. Прикінцеві положення

Перелік центрів та відповідність санаторно-курортних закладів вимогам медико-психологічної реабілітації стосовно їх діяльності переглядаються один раз у 2 роки, а в разі потреби і раніше, міжвідомчою комісією з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації і затверджуються спільним наказом МОЗ і МНС України.

Директор Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України

Начальник Головного штабу Державної воєнізованої гірничорятувальної (аварійно-рятувальної) служби МНС України

М. П. Жданова

В. І. Радашев

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України і Міністерства України з питань
надзвичайних ситуацій та у справах
захисту населення від наслідків
Чорнобильської катастрофи
26.05.2010 року № 435/386

**Перелік санаторно-курортних закладів,
при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації**

- | | |
|--|---|
| 1. «Спеціалізований (спеціальний) клінічний санаторій імені В.П. Чкалова» МОЗ України | м. Одеса |
| 2. Санаторій МНС України «Одеський» | м. Одеса |
| 3. Волинський обласний санаторій «Лісова пісня» | с. Гаївка, Волинська область |
| 4. Товариство з обмеженою відповідальністю «Дитячий санаторій «Зелений гай» | м. Дрогобич, Львівська область |
| 5. Дочірнє підприємство «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ЗАТ лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофоздоровниця» | с. Березівське, Дергачівський район, Харківська область |
| 6. Філія ВАТ «Атомпрофоздоровниця» санаторій «Горний» | смт. Курпати, м. Ялта, Автономна республіка Крим |
| 7. Закрите акціонерне товариство «Санаторій «Утьос» | с. Утьос, м. Алушта, Автономна республіка Крим |
| 8. «Санаторій «Озерний» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» | м. Кремінна, Луганська область |
| 9. Товариство з обмеженою відповідальністю «Санаторій «Сосновий бір» | с. Власівка, Полтавська область |

**Директор Департаменту розвитку
медичної допомоги МОЗ**

М. П. Жданова

**Директор Департаменту охорони здоров'я
та медико-біологічного захисту МНС**

О. А. Громазін



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА

від 12 серпня 2009 року № 859

Київ

**Про затвердження Порядку визначення переліку
санаторно-курортних закладів, при яких створюються
центри медико-психологічної реабілітації**

Відповідно до статті 13 Закону України «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру» Кабінет Міністрів України **постановляє:**

1. Затвердити Порядок визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, що додається.
2. Міністерству охорони здоров'я і Міністерству з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи привести власні нормативно-правові акти з питань організації медико-психологічної реабілітації у відповідність з Порядком, затвердженим цією постановою.

Прем'єр міністр України

Ю. В. Тимошенко

ЗАТВЕРДЖЕНО
постановою Кабінету Міністрів України
від 12 серпня 2009 року № 859

ПОРЯДОК визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації

1. Цей Порядок установлює процедуру визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників (далі – центри медико-психологічної реабілітації).

2. Центри медико-психологічної реабілітації створюються при санаторно-курортних закладах усіх форм власності.

3. Санаторно-курортні заклади, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, повинні відповідати таким основним вимогам, а саме мати:

- лікувальну базу, яка забезпечить проведення медико-психологічної реабілітації;
- необхідне медичне обладнання, апаратуру та техніку;
- спеціально підготовлений медичний персонал;
- можливість забезпечити проживання осіб, які підлягають медико-психологічній реабілітації, у двомісних номерах з усіма вигодами та цілодобовим забезпеченням холодною та гарячою водою;
- можливість забезпечити дієтичне чотириразове харчування для дорослих та п'ятиразове – для дітей;
- досвід надання послуг з медико-психологічної реабілітації;
- ліцензію на провадження медичної практики.

Центри медико-психологічної реабілітації створюються та утримуються санаторно-курортними закладами в межах видатків, передбачених у їх кошторисах (фінансових планах).

4. Визначення санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, проводиться спільно МОЗ і МНС на конкурсній основі.

5. Для проведення заходів, пов'язаних з визначенням санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, та їх відповідності вимогам медико-психологічної реабілітації утворюється міжвідомча комісія з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації (далі – комісія), до складу якої входять представники МОЗ і МНС.

Склад комісії та положення про неї затверджується спільним наказом МОЗ і МНС.

6. Оголошення про конкурсний відбір санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, публікується комісією у загальнодержавних друкованих засобах масової інформації та на офіційних веб-сайтах МОЗ і МНС не пізніше 15 днів до початку процедури конкурсного відбору. Оголошення повинне містити відомості про початок проведення конкурсного відбору, вимоги до учасників, перелік документів, які необхідно подати на розгляд комісії, адресу, за якою подаються документи, кінцевий строк прийняття документів та номери телефонів для довідок.

7. Санаторно-курортний заклад, який бере участь у конкурсному відборі, подає комісії заяву за формою згідно з додатком 1 і комплект документів відповідно до переліку, зазначеного у додатку 2.

8. У разі зміни відомостей, що містяться у документах, поданих на розгляд комісії, керівник санаторно-курортного закладу повинен повідомити про це комісію не пізніше ніж протягом 10 днів після дати закінчення прийняття документів.

9. Комісія розглядає подані санаторно-курортними закладами документи та протягом 20 днів після дати закінчення прийняття документів складає експертний висновок про відповідність (невідповідність) санаторно-курортних закладів вимогам медико-психологічної реабілітації, можли-

вість та доцільність створення при них центрів медико-психологічної реабілітації та подає МОЗ і МНС пропозиції щодо складення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, який затверджується спільним наказом МОЗ і МНС.

10. Заходи, пов'язані з визначенням санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації, та їх відповідності вимогам медико-психологічної реабілітації, проводяться кожні два роки у I кварталі.

11. У разі потреби підтвердження відповідності санаторно-курортних закладів вимогам медико-психологічної реабілітації заходи, зазначені у пункті 10 цього Порядку, можуть проводитися раніше ніж через два роки.

12. У разі встановлення комісією факту невідповідності санаторно-курортного закладу вимогам медико-психологічної реабілітації або неналежного рівня медико-психологічної реабілітації за поданням комісії МОЗ і МНС видають спільний наказ про виключення такого закладу з переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації.

Додаток 1 до Порядку

ЗАЯВА
про включення до переліку санаторно-курортних закладів,
при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації

Заявник

(найменування санаторно-курортного закладу)

(місцезнаходження санаторно-курортного закладу, номер телефону, телефакс)

організаційно-правова форма _____

ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ _____

поточний рахунок _____ в _____

(найменування банківської установи)

в особі _____

(посада, прізвище, ім'я та по батькові керівника санаторно-курортного закладу)

просить включити _____

(найменування санаторно-курортного закладу)

до переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються
центри медико-психологічної реабілітації.

(посада) (підпис заявника) (ініціали та прізвище керівника)

МП

_____ 20__ р.

Дата і номер реєстрації заяви _____ 20__ р. № _____

(посада) (підпис) (ініціали та прізвище особи, яка прийняла заяву)

ПЕРЕЛІК
документів, що додаються до заяви про включення до
переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються
центри медико-психологічної реабілітації

1. Пояснювальна записка у довільній формі, в якій зазначаються такі відомості про санаторно-курортний заклад:

– дата утворення санаторно-курортного закладу, рік здачі в експлуатацію (завершення будівництва окремих корпусів), спеціалізація (профіль), протягом якого часу заклад провадить діяльність, пов'язану з наданням медико-психологічної допомоги, інших видів спеціалізованого лікування;

– прізвища, імена та по батькові осіб, які уповноважені діяти від імені санаторно-курортного закладу та мають право підписувати юридичні документи (контактний телефон, адреса електронної пошти);

– режим функціонування закладу (цілорічний, посезонний),

– наявність транспортного забезпечення (за рахунок закладу) від найближчої станції сполучення (залізничного вокзалу, автовокзалу, морського порту) до закладу і у зворотному напрямку;

– умови розміщення пацієнтів (кількість місць у номерах, наявні у номері вигоди, забезпечення холодною та гарячою водою);

– можливість страхування життя дитини під час перебування на санаторно-курортному лікуванні;

– організація харчування (п'ятиразове для дітей та чотириразове для дорослих, в одну (дві) зміни);

– природно-кліматичні умови в регіоні розташування санаторно-курортного закладу (відстань до моря, річки, озера тощо);

– опис умов для проведення дозвілля (наявність спортивних майданчиків, басейнів тощо), організація культурного відпочинку (екскурсії, бібліотеки, дитячі ігрові майданчики, клуби за інтересами тощо);

– обґрунтування можливості створення центру медико-психологічної реабілітації на базі санаторно-курортного закладу (проект штатних змін, оцінка необхідних фінансових, матеріально-технічних та трудових ресурсів).

2. Засвідчені санаторно-курортним закладом, копії таких документів:

– свідоцтво про державну реєстрацію юридичної особи;

– Статут санаторно-курортного закладу;

– довідка про включення до єдиного державного реєстру підприємств та організацій України;

– довідка про взяття на облік платника податку;

– ліцензія МОЗ на провадження медичної практики;

– ліцензія Мінпраці на провадження професійної діяльності у сфері надання соціальних послуг (у разі надання закладом соціальних послуг відповідно до Закону України «Про соціальні послуги»);

– акредитаційний сертифікат МОЗ, який підтверджує першу чи вищу категорію.

3. Відомості про фінансовий стан санаторно-курортного закладу:

– довідка банку про відсутність простроченої заборгованості за кредитами на час подання документів;

– довідка державної податкової інспекції про відсутність заборгованості перед бюджетом на дату подання документів;

– довідка Агентства з питань банкрутства про те, що санаторно-курортний заклад не є банкрутом та стосовно нього не порушено провадження у справі про банкрутство на дату подання документів;

– довідка Пенсійного фонду України про відсутність заборгованості із сплати страхових внесків на загальнообов'язкове державне пенсійне страхування на дату подання документів;

– довідка центру зайнятості за місцем реєстрації закладу як платника внесків до Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування на випадок безробіття про відсутність заборгованості із сплати внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття на дату подання документів.

4. Копія статистичного звіту за формою № 44-здоров «Звіт санаторію» та звіту державного статистичного спостереження за формою № 1-курорт «Звіт санаторно-курортного (оздоровчого) закладу».



**Наказ Міністерства охорони здоров'я України,
Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій
та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи
від 14 травня 2001 року № 180/115**

**Про затвердження Положення про медико-психологічну реабілітацію
рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що постраждали
внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, і
Положення про центри медико-психологічної реабілітації**

**Зареєстровано в Міністерстві юстиції України
15 серпня 2001 р. за N 701/5892**

Відповідно до статті 35 Закону України «Про аварійно-рятувальні служби» та статті 13 Закону України «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру», з метою забезпечення відповідним лікуванням і психологічним відновленням у санаторно-курортних закладах рятувальників аварійно-рятувальних служб, постраждалого населення, осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт у разі виникнення надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру,

НАКАЗУЄМО:

1. Затвердити Положення про медико-психологічну реабілітацію рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру (додається).

2. Затвердити Положення про центри медико-психологічної реабілітації рятувальників та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру (додається).

3. Головному управлінню організації медичної допомоги населенню Міністерства охорони здоров'я України спільно з Управлінням медичного забезпечення та Головним штабом Державної воєнізованої гірничорятувальної (аварійно-рятувальної) служби Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи:

організувати роботу щодо затвердження переліку центрів медико-психологічної реабілітації рятувальників та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, на підставі рекомендацій постійно діючої робочої групи з питань створення та функціонування медико-психологічних центрів при діючих санаторно-курортних закладах для рятувальників аварійно-рятувальних служб та населення, яке постраждало внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру.

4. Керівникам санаторно-курортних закладів, на базі яких створені центри медико-психологічної реабілітації:

4.1. Організувати роботу центрів медико-психологічної реабілітації відповідно до Положення про центри медико-психологічної реабілітації рятувальників та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру.

4.2. Щорічно звітувати МОЗ та МНС України про обсяги проведеної роботи щодо медико-психологічної реабілітації та використання бюджетних коштів на зазначену мету.

5. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров'я Картиша А. П. та заступника Міністра з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи Марченка Г. Б.

Міністр охорони здоров'я України

В. Ф. Москаленко

**Міністр України з питань
надзвичайних ситуацій та
у справах захисту населення від
наслідків Чорнобильської катастрофи**

В. В. Дурдинець

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом Міністерства охорони здоров'я
України, Міністерства України з питань
надзвичайних ситуацій та у справах
захисту населення від наслідків
Чорнобильської катастрофи
від 14 травня 2001 р. № 180/115

Зареєстровано
в Міністерстві юстиції України
15 серпня 2001 р. за № 701/5892

ПОЛОЖЕННЯ
**про медико-психологічну реабілітацію рятувальників аварійно-
рятувальних служб та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних си-
туацій техногенного та природного характеру**

1. Загальні положення

1.1. Це Положення розроблено відповідно до статті 35 Закону України «Про аварійно-рятувальні служби» та статті 13 Закону України «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру».

1.2. Наведені нижче терміни вживаються у такому значенні:

Надзвичайна ситуація техногенного та природного характеру (далі – НС) – порушення нормальних умов життя і діяльності людей на окремій території чи об'єкті на ній або на водному об'єкті, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом або іншою небезпечною подією, у тому числі епідемією, епізоотією, епіфітотією, пожежею, яке призвело (може призвести) до неможливості проживання населення на території чи об'єкті, ведення там господарської діяльності, загибелі людей та / або значних матеріальних втрат.

Зона надзвичайної ситуації (далі – зона НС) – окрема територія, де склалася НС.

Медико-психологічна реабілітація (далі – реабілітація) – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення та збереження психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності рятувальників аварійно-рятувальних служб, осіб, що були залучені до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні НС, а також постраждалих унаслідок НС.

Медико-психологічний реабілітаційний центр (далі – центр) – структурний підрозділ санаторно-курортного закладу, діяльність якого спрямована на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності рятувальників аварійно-рятувальних служб, осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт у разі виникнення НС, а також постраждалих унаслідок НС.

Рятувальник – особа, яка має відповідну спеціальну підготовку, атестована на здатність до проведення аварійно-рятувальних робіт і безпосередньо бере в них участь, має спеціальну фізичну та психологічну підготовку та відповідає за її підтримання.

Постраждалі внаслідок НС (далі – постраждалі) – особи, здоров'ю яких була заподіяна шкода внаслідок НС.

2. Порядок проведення реабілітації

2.1. У зоні НС рятувальникам і постраждалим надають психологічну допомогу підготовлені за спеціальною програмою рятувальники і медичні працівники аварійно-рятувальних служб.

2.2. За межами зони НС проводяться психологічна допомога рятувальникам та постраждалим і визначення терміну проведення їх реабілітації в центрах. Психологічна допомога здійснюється психологами (далі – психолог) – фахівцями з кризової психології.

2.3. Направлення рятувальників на реабілітацію здійснюється комісією у складі: командира аварійно-рятувального підрозділу, заступника командира з медичної роботи та психолога (далі - комісія) з обов'язковим визначенням терміну проведення та тривалості реабілітації.

2.4. Направлення постраждалих у центри здійснюється за висновками Державної служби медицини катастроф та/або лікарсько-трудової комісії за участю психолога або психотерапевта з обов'язковим визначенням терміну проведення та тривалості реабілітації.

2.5. Протипоказаннями для проведення реабілітації в центрі є наявність захворювань у гострому періоді та виражені психічні розлади в особі.

2.6. Реабілітація проводиться в центрах. Тривалість реабілітації визначається індивідуально для рятувальника або постраждалого (з урахуванням його психоемоційного та соматичного стану), але не повинна становити менше 12 – 14 днів і перевищувати для дорослих – двох, а для дітей – трьох календарних місяців.

2.7. Приймання рятувальників на реабілітацію здійснюється за наявності направлення комісії аварійно-рятувального підрозділу та «Медичного журналу рятувальника».

2.8. Після закінчення реабілітації комісією в складі: керівника санаторно-курортного закладу, директора центру та психолога рятувальнику надаються виписка з історії хвороби та довідка щодо подальшої придатності (непридатності) для роботи з особливими та небезпечними умовами для життя та здоров'я (фізичного і психічного).

2.9. Додаткове повторне направлення на реабілітацію в центри призначається як виняток за наявності складнішої патології у рятувальника або постраждалого.

**В. о. начальника Головного
управління організації медичної
допомоги населенню МОЗ України**

М. П. Жданова

**Начальник Головного штабу Державної
воєнізованої гірничорятувальної
(аварійно-рятувальної) служби МНС
України**

В. І. Радашев

**ТИМЧАСОВІ ШТАТНІ НОРМАТИВИ
МЕДИЧНОГО, ФАРМАЦЕВТИЧНОГО,
ПЕДАГОГІЧНОГО ПЕРСОНАЛУ І ПРАЦІВНИКІВ КУХОНЬ
ПСИХІАТРІЧНИХ ЛІКАРЕНЬ
(ВІДДІЛЕНЬ, ПАЛАТ), В ТОМУ ЧИСЛІ ДИТЯЧИХ**

Лікарський персонал

1.1. Посади лікарів-психотерапевтів встановлюються в загальнопсихіатричних відділеннях з розрахунку 1 посада на 200 ліжок, в відділеннях пограничних станів та психосоматичних розладів з розрахунку 1 посада на 60 ліжок.

Педагогічний персонал

53. Посади психологів встановлюються в залежності від обсягу роботи, але не менше 1 посади на 200 ліжок.

Посади психологів-судових експертів встановлюються:

У відділеннях судово-психіатричної експертизи, для примусового лікування психічно хворих та військово-лікарської експертизи – не менше 1 посади на відділення.

В амбулаторних судово-психіатричних експертних комісіях з розрахунку 1 посада на 750 експертиз на рік.

**ТИМЧАСОВІ ШТАТНІ НОРМАТИВИ
МЕДИЧНОГО, УПРАВЛІНСЬКО-ДОПОМІЖНОГО ПЕРСОНАЛУ
МІСЬКИХ ЛІКАРЕНЬ «ХОСПІС»**

Лікарський персонал

2. Посади лікарів-психотерапевтів або психологів встановлюються з розрахунку 1 посада на 25 ліжок.

**ШТАТНІ НОРМАТИВИ МЕДИЧНОГО, ФАРМАЦЕВТИЧНОГО,
ПЕДАГОГІЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ТА ПРАЦІВНИКІВ КУХОНЬ
ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ДИСПАНСЕРІВ**

1. Лікарський персонал

1.3. Посади лікарів-психотерапевтів вводяться з розрахунку 1 посада на 10 посад лікарів-психіатрів дільничних, але не менше 1 посади на диспансер.

2. Середній медичний персонал

2.2. Посади медичних сестер лікарських кабінетів установлюються відповідно до посад лікарів-психіатрів установлених згідно з п. 1.2., 1.3 і п.1.5.

3. Молодший медичний персонал

3.2. Посади молодших медичних сестер лікарських кабінетів установлюються з розрахунку 0,5 посади на кожну посаду лікаря, встановлених згідно з п.п. 1.1 – 1.3., 1.5.

5. Педагогічний персонал

5.1. Посади психологів для надання амбулаторної допомоги вводяться в залежності від обсягу роботи, але не менше 1 посади на диспансер (відділення).

**ШТАТНІ НОРМАТИВИ МЕДИЧНОГО І ПЕДАГОГІЧНОГО
ПЕРСОНАЛУ ДЕННИХ СТАЦІОНАРІВ ТА
ЛІКУВАЛЬНО-ВИРОБНИЧИХ МАЙСТЕРЕНЬ ПРИ
ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ (ПСИХІАТРІЧНИХ)
І ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ УСТАНОВАХ**

1. Денні стаціонари

лікаря-психотерапевта – з розрахунку 0,5 посади на 50 ліжок;
психолога – з розрахунку 0,5 посади на 50 ліжок.

**ТИМЧАСОВІ ШТАТНІ НОРМАТИВИ СТРУКТУРНИХ ПІДРОЗДІЛІВ
ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ,
ДІАГНОСТИЧНИХ ЦЕНТРІВ, ЦЕНТРІВ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ**

29. Тимчасові штатні нормативи медичного, педагогічного персоналу психотерапевтичного кабінету.

При визначенні штатів психотерапевтичних кабінетів, які організуються у складі обласних, міських поліклінік та поліклінічних відділень центральних районних лікарень та закладів психоневрологічного профілю, що безпосередньо обслуговують не менше 25 тис. дитячого та 30 тис. дорослого населення, застосовуються штатні нормативи: лікар-психотерапевт – 1 посада, медична сестра – 1 посада, молодша медична сестра – 0,5 посади, психолог – 1 посада.

Штати психотерапевтичних кабінетів інших закладів (міських поліклінік консультативно-діагностичної допомоги, психоневрологічних диспансерів) устанавлюються за наявності 10 посад лікарів, які ведуть амбулаторний прийом.

**ТИМЧАСОВІ ШТАТНІ НОРМАТИВИ МЕДИЧНОГО,
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО, ПЕДАГОГІЧНОГО ПЕРСОНАЛУ
І ПРАЦІВНИКІВ КУХОНЬ ЦЕНТРАЛЬНИХ МІСЬКИХ І МІСЬКИХ
ЛІКАРЕНЬ (МЕДИКО-САНІТАРНИХ ЧАСТИН), РОЗТАШОВАНИХ У
МІСТАХ З НАСЕЛЕННЯМ ПОНАД 25 ТИСЯЧ ЧОЛОВІК**

Лікарський персонал

2. Посади лікарів окремих спеціальностей (понад передбачені п.1) встановлюються:

і) посади лікарів-психотерапевтів – на 300 ліжок.

**ТИМЧАСОВІ ШТАТНІ НОРМАТИВИ МЕДИЧНОГО,
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО, ПЕДАГОГІЧНОГО ПЕРСОНАЛУ
І ПРАЦІВНИКІВ КУХОНЬ РЕСПУБЛІКАНСЬКОЇ АР КРИМ
ТА ОБЛАСНИХ ЛІКАРЕНЬ**

Лікарський персонал

1. Посади лікарів відділень (палат) стаціонару встановлюються з розрахунку одна посада на відповідну кількість ліжок:

Найменування відділень (палат)	Найменування посад лікарів	Кількість ліжок
Психосоматичної патології	Лікар-психотерапевт	25

2. Посади лікарів окремих спеціальностей (понад передбачені п.1) встановлюються:

ж) у відділеннях з ліжками відновного лікування – по 0,5 посади лікаря-психотерапевта та лікаря-рефлексотерапевта;

і) у відділенні психосоматичної патології – з розрахунку 1 посада психолога на 60 ліжок.

**ТИМЧАСОВІ ШТАТНІ НОРМАТИВИ МЕДИЧНОГО,
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ І ПРАЦІВНИКІВ КУХОНЬ ТА
ЇДАЛЕНЬ ГОСПІТАЛІВ ДЛЯ ІНВАЛІДІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

Лікарський персонал

2. Посади лікарів для амбулаторного прийому інвалідів війни, армії та ветеранів війни встановлюються в залежності від затверджених органом управління охорони здоров'я за підпорядкуванням відвідувань і наступної кількості відвідувань на 1 годину прийому:

Найменування посад	Кількість відвідувань на 1 годину прийому
Лікар-психотерапевт	3

ТИМЧАСОВІ ШТАТНІ НОРМАТИВИ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ДИСПАНСЕРІВ РАДІАЦІЙНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ

Лікарський персонал

9. Посади лікарів для надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дорослому населенню встановлюються з розрахунку:

Найменування лікарських посад	Кількість посад на кількість постраждалого дорослого населення	Примітки
Лікар-психотерапевт	0,5 на 120 тис. чол., але не менш	Якщо розрахункове число лікарських посад перевищує 3, то вводиться не більше 3 посад лікарів.

ШТАТНІ НОРМАТИВИ МЕДИЧНОГО І ПЕДАГОГІЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ДИСПАНСЕРНИХ ВІДДІЛЕНЬ (КАБІНЕТІВ) У СКЛАДІ МІСЬКИХ ПОЛІКЛІНІК АБО ЛІКАРЕНЬ В МІСТАХ

Посади медичного і педагогічного персоналу психоневрологічних диспансерних відділень (кабінетів) устанавлюються в штаті однієї з міських поліклінік або лікарень за відсутності в місті (міському адміністративному районі) психоневрологічного диспансеру згідно з п.п. 1.1. – 1.6., 2.1. – 2.3., 2.7 а) (в диспансерних відділеннях і кабінетах лікарень, які не мають поліклінічних відділень), 2.7.б), 3.2., 3.3. (у диспансерних відділеннях і кабінетах лікарень, які не мають поліклінічних відділень), 5 і додатково за нормативами:

6. Посади психологів, уведених за п.5 (розділ I), можуть бути замінені на посади лікарів-психологів.

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

1. До синонімів ПТСР відносять:
 - А – афганський синдром;
 - В – марення Котара;
 - С – атипова депресія.
2. Що називають тригером, в контексті ПТСР?
 - А – подія, яка викликає у хворого ПТСР напад;
 - В – відчуття відсутності співпереживання від близьких, що провокує напад у хворого ПТСР;
 - С – вегетативна аура, яка є перевісником нападу у хворого ПТСР.
3. Що є найбільш характерним для клінічної картини ПТСР?
 - А – конфабуляції;
 - В – ремінісценції;
 - С – криптомнезії.
4. Які порушення емоційної сфери є найбільш характерними для хворих ПТСР?
 - А – патологічно підвищений настрій;
 - В – парадоксальність афекту;
 - С – патологічно знижений настрій.
5. Розвиток ПТСР відбувається внаслідок:
 - А – ЧМТ;
 - В – порушення роботи ендокринних залоз;
 - С – психотравмуючих ситуацій.
6. Лікування ПТСР включає:
 - А – ЕСТ;
 - В – когнітивно-поведінкову психотерапію;
 - С – атропіно-коматозну терапію.

7. Випадки ПТСР в мирний час в популяції складають:

A – 0,5 % для чоловіків і 1,2 % для жінок;

B – 10,0 % для чоловіків і 25,0 % для жінок;

C – 5,0 % для чоловіків і 2,0 % для жінок.

8. Який феномен характерний для ПТСР?

A – flash-backs;

B – jamais vu;

C – Murphy's law.

9. Які препарати з перелічених можуть використовуватися у лікуванні ПТСР?

A – пропранолол;

B – прозерін;

C – адреналін.

10. Які препарати з перелічених можуть використовуватися у лікуванні ПТСР?

A – амітриптилін;

B – абікса;

C – вальпроком.

11. Найчастіше латентний період ПТСР триває?

A – від 1 години до доби;

B – від 3 діб до тижня;

C – від декількох тижнів до 6 місяців.

12. Які групи симптомів ПТСР виділяють за шкалами травми Девідсона (Davidson Trauma Scale – DTS)?

A – симптоми «вторгнення минулого», «уникнення і відгородження», «інсомнічні»;

В – афективні симптоми, симптоми якісного порушення свідомості, амнестичні порушення;

С – obsesивно-компульсивні, дереалізації-деперсоналізації, парамнезії.

13. Які порушення сну з перелічених найхарактерніші для ПТСР?

А – гіперсомнія;

В – сомнамбулізм;

С – нічні жахи.

14. Ким вперше було надано психіатричний опис розладів, нині збіжних з ПТСР?

А – Kahlbaum, 1870;

В – Da Costa, 1871;

С – Kraepelin, 1872.

15. Який відсоток виникнення ПТСР у людей, що перенесли тяжкий стрес?

А – 0,1 – 0,5 %;

В – 5,0 – 15,0 %;

С – 50,0 – 80,0 %.

16. Порушення на ЕЕГ у хворих ПТСР виявляють схожість з порушеннями на ЕЕГ при:

А – ендогенних депресіях;

В – епілепсії;

С – органічному ураженні ЦНС.

17. До симптомів ПТСР найчастіше відносяться:

А – уникнення ситуацій, що нагадують стресову або пов'язаних з нею;

В – уникнення братися за справи, в яких є досвід програшу;

С – уникнення знаходження в центрі уваги або в ситуаціях, в яких виникає страх викликати до себе осуджуюче відношення оточення.

18. Індівіди з якими рисами особистості більш схильні до виникнення ПТСР?

А – нарцистичними;

В – шизоїдними;

С – епілептичними.

19. Особливістю психогенних травм, які найчастіше викликають ПТСР є:

А – виходять за межі звичайного людського досвіду;

В – тривалість дії психотравмуючого чинника переважає над його силою;

С – не зрозуміла оточуючим.

20. Хронічним ПТСР вважається, коли симптоми зберігаються більш ніж:

А – 3 місяці;

В – 6 місяців;

С – 12 місяців.

21. Відстроченим ПТСР вважається коли симптоми не з'являються принаймні:

А – 3 місяці;

В – 6 місяців;

С – 12 місяців.

22. До симптомів ПТСР відносяться:

А – емоційна притупленість;

В – емоційна неадекватність;

С – емоційне піднесення.

23. Обов'язковим для постановки діагнозу ПТСР є:

А – зв'язок виникнення хвороби з важкою стресогенною подією;

В – захворювання невротичного спектру в анамнезі;

С – часткова або повна амнезія важливих аспектів перенесеного стресу.

24. До стресогенних подій, які вірогідніше викликають ПТСР, відносяться:

А – ядерна катастрофа;

В – розлучення;

С – хвороба дитини.

25. До симптомів ПТСР відносяться:

А – ангедонія;

В – агнозія;

С – абулія.

Ключ відповідей до контрольних запитань

Номер запитання	Відповідь	Номер запитання	Відповідь
1.	А	14.	В
2.	А	15.	С
3.	В	16.	А
4.	С	17.	А
5.	С	18.	А
6.	Д	19.	А
7.	А	20.	А
8.	А	21.	В
9.	А	22.	А
10.	А	23.	А
11.	С	24.	А
12.	А	25.	А
13.	С		

Перелік рекомендованої літератури

1. Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле : Материалы международной конференции. – К., 1995. – 346 с.
2. Александровский Ю. А. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов, Л. И. Спивак, Б. П. Щукин. – М. : Медицина, 1991. – 96 с.
3. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства / Ю. А. Александровский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1992. – № 12. – С. 5 – 10.
4. Ануфриев Н. И. Деятельность Гражданской полиции ООН на территории бывшей Югославии / Н. И. Ануфриев, Л. Ф. Шестопалова, Г. А. Свислоцкий, А. А. Теличкин. – К. : Преса України, 1999. – 192 с.
5. Аствацатуров М. И. Об истерической глухоте в связи со слуховыми травмами военного времени (истеро-травматическая глухота) / М. И. Аствацатуров // Труды Военно-медицинской академии РККА. – 1939. – Т. XX. – С. 345 – 354.
6. Беро М. П. Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии : Организационные, психодинамические, гендерные, душепопечительские аспекты / М. П. Беро, Р. Краузе, Т. Д. Бахтеева, Н. А. Марута, А. Ю. Бондаренко / Под ред. проф. М. П. Беро. – Донецк : Каштан, 2010. – С. 234 – 250.
7. Бехтерев В. М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение / В. М. Бехтерев. – СПб, 1911.
8. Брусиловский Л. Я. Землетрясение в Крыму и невропсихический травматизм / Л. Я. Брусиловский, И. П. Бруханский, Т. Е. Сегалов. – М., 1928. – 177 с.
9. Вейн А. М. Классификация вегетативных нарушений / А. М. Вейн // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1988. – Т. 88., Вып. 10. – С. 9 – 12.

10. Вельвовский И. З. Психотерапия в общей (соматической) медицине / И. З. Вельвовский // Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М., 1969. – Вып. 3. – С. 274 – 249.
11. Волошин П. В. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов // Международный медицинский журнал. – 2000. – № 3. – С. 31 – 34.
12. Волошин П. В. Неврологические нарушения у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС, их лечение и профилактика / П. В. Волошин, Т. С. Мищенко, И. В. Здесенко // Международный медицинский журнал. – 1998. – № 3. – С. 44 – 47.
13. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий (их статика, динамика, систематика) / П. Б. Ганнушкин. – М. : «Север», 1933. – 143 с.
14. Герасимов И. П. Стихийные бедствия : изучение и методы борьбы / И. П. Герасимов, Т. В. Звонкова. – М., 1978. – С. 349 – 365.
15. Гиндикин В. Я. Справочник : соматогенные и соматоформные психические расстройства / В. Я. Гиндикин. – М. : Триада, Х., 2000. – 256 с.
16. Гриндер Р. Из лягушек – в принцы. Нейро-лингвистическое программирование / Р. Гриндер, Дж. Бендлер. – Екатеринбург, 1998. – 205 с.
17. Гульман Б. Л. Характеристика поведения жертв и последствия изнасилования / Б. Л. Гульман // Український вісник психоневрології. – 1995. – Т. 3. – Вип. 1. – С. 103 – 105.
18. Дерюгин Ю. И. Некоторые психологические проблемы ликвидации последствий землетрясения в Армении / Ю. И. Дерюгин // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10. – № 4. – С. 129 – 134.
19. Дежерин И. Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией / И. Дежерин, Е. Гоклер. – М. : Космос, 1912. – 517 с.
20. Дюбуа П. О психотерапии / П. Дюбуа. – М., 1913.
21. Знаков В. В. Психологические причины непонимания «афганцев» в межличностном общении / В. В. Знаков // Психологический журнал. – 1990. – Т. 11, № 2. – С. 24 – 41.

22. Здесенко И. В. Психоневрологические нарушения у лиц, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС / И. В. Здесенко, Б. В. Михайлов // Международный журнал радиационной медицины. – К., 2001. – Т. 3, № 1 – 2. – С. 143, 196 – 197.
23. Каменченко В. П. Посттравматическое стрессовое расстройство / В. П. Каменченко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1993. – Т. 93. – Вып. 3. – С. 95 – 99.
24. Киндрас Г. П. Влияние посттравматических расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане / Г. П. Киндрас, А. М. Тураходжиев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 2, № 1. – С. 33 – 36.
25. Клиническое руководство : Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. проф. В. Н. Краснова и проф. И. Я. Гуровича. – Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия». – М., 2000. – 223 с.
26. Клейнзорге Х, Клюмбиес Г. Техника релаксации. – М. : Мир, 1965.
27. Кочін І. В. Організація діяльності державної служби медицини катастроф територіального рівня при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій / І. В. Кочін, Г. О. Черняков, Н. В. Баранова // Український журнал екстремальної медицини ім. Г. О. Можаяєва. – Луганськ. – 2000. – № 1. – С. 16 – 20.
28. Крыжановская Л. А. Клинико-патогенетические особенности нервно-психических расстройств, возникших в результате аварии на ЧАЭС / Л. А. Крыжановская // Вопросы радиационной психиатрии : Сборник материалов конференции. – К., 1993. – С. 13 – 14.
29. Куэ Э. Школа самообладания путём сознательного (преднамеренного) самовнушения. – Н. Новгород, 1928.
30. Лікувально-профілактичні заходи у системі санаторно-курортної реабілітації персоналу, який працює в шкідливих умовах (методичні рекомендації) / Упорядники Н. В. Мирошніченко, Б. В. Михайлов, О. М. Роздільська. – Сімферополь, 2003. – 29 с.
31. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців із посттравматичним стресовим розладом / [О. Г. Сиропятов, О. К. Напрєєнко, Н. О. Дзеружинська та ін.]. – К. : О. Т. Ростунов, 2012. – 76с.

32. Маркова М. В. Гендерное насилие и пути преодоления его последствий / М. В. Маркова // Проблемы экстремальной психиатрии. Материалы научно-практической конференции «Платоновські читання», 2000. – С. 49 – 54.

33. Михайлов Б. В. Психотерапія в загальносоматичній медицині (клінічний посібник). Під заг. ред. Б. В. Михайлова (на російській мові) / Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, В. А. Федосєєв. – Х. : «Прапор», 2002. – 108 с.

34. Михайлов Б. В. Психотерапия : Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III – IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, С. И. Витенко, В. В. Чугунов. – Х. : Око, 2002. – 768 с.

35. Михайлов Б. В. Психодинамическая психотерапия : Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии / Б. В. Михайлов, М. П. Боро, Р. Краузе / Под ред. проф. Б. В. Михайлова, проф. М. П. Боро. – Донецк : Каштан, 2009. – С. 395 – 422.

36. Можаяев Г. О. Наукова розробка та впровадження медичної системи життєзабезпечення постраждалих при техногенних аваріях і катастрофах / Г. О. Можаяев, В. Г. Ковешніков, А. П. Картиш, Л. В. Новицька-Усенко, І. Р. Малиш, В. С. Грідін, А. І. Тріщинський, Г. Г. Рощин, О. М. Клігуненко, В. П. Дьяконов // Український журнал екстремальної медицини ім. Г. О. Можаяєва. – Луганськ. – 2000. – № 1. – С. 6 – 15.

37. Москаленко В. Ф. Медико-социальные аспекты ликвидации последствий экологической катастрофы в мегаполисе : Монография / В. Ф. Москаленко. – К. : Здоров'я, 2000. – 396 с.

38. Музыкальная терапия как метод психоэмоциональной коррекции / Методические рекомендации под ред. С. П. Абрамовна. – Вильнюс, 1987. – 26 с.

39. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008р. № 199, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 3.07.2008 р. за № 577/15268 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу».

40. Наказ Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорно-

бильської катастрофи від 09.11.2009 № 816 / 734 «Про затвердження Положення про міжвідомчу комісію з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 20.01.2010 р. за № 54 / 17349.

41. Наказ Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи від 20.11.2009 р. № 849 / 776 «Про створення міжвідомчої комісії і робочої групи з питань утворення та функціонування центрів медико-психологічної реабілітації».

42. Наказ Міністерства охорони здоров'я України і Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи від 26.05.2010 року № 435 / 386 «Про затвердження переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації».

43. Напреенко А. К. Актуальные проблемы экологической психиатрии / А. К. Напреенко, К. Н. Логановский // Материалы 2-ой Международной конференции «Отдалённые медицинские последствия Чернобыльской катастрофы». – К., 1998. – С. 316 – 317.

44. Нечаев Э. А. Методологическое обоснование системы медицины экстремальных ситуаций / Э. А. Нечаев, М. И. Резник // Военно-медицинский журнал. – 1990. – № 4. – С. 5 – 10.

45. Пергаменщик Л. А. Психосоциальные последствия катастроф / Л. А. Пергаменщик // Кризисные события и психологические проблемы человека. – Минск, 1997. – С. 28 – 48.

46. Подкорытов В. С. Дети Чернобыля: проблемы социально-психологической адаптации эвакуированных / В. С. Подкорытов, Л. Ф. Шестопалова, А. В. Кукуруза. – К. : Институт социологии НАНУ, 1998. – 130 с.

47. Подкорытов В. С. Невротические расстройства у детей и подростков – «чернобыльцев» / В. С. Подкорытов, Л. Ф. Шестопалова. – К. : Институт социологии НАНУ, 2000 – 218 с.

48. Постанова Кабінету Міністрів України від 12 серпня 2009 року № 859 «Про затвердження Порядку визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації».

49. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація (методичні рекомендації) / [П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов та ін.]. – Харків, 2002. – 47с.

50. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природогенного характеру, і рятувальників) (Методичні рекомендації). – Київ : МОЗ України, 2010. – 31с.

51. Психіатрія і наркологія : підручник. / О. К. Напреев, М. І. Винник, І. Й. Влох ; за ред. проф. О. К. Напреева. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 528с.

52. Психоневрологічні розлади у осіб, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (Клінічний посібник) / Упорядники Михайлов Б. В., Міщенко Т. С., Волошина Н. П., Здесенко І. В. та ін. (російською мовою). – Х., 2006. – 40 с.

53. Психотерапия : [Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации] / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов // – Харьков : Око, 2002. – 768 с.

54. Психотерапия и медицинская психология в реабилитации женщин. Клиническое руководство / Под общ. ред. проф. Б. В. Михайлова и проф. И. А. Бабюка. – Донецк-Харьков : ПРОФИ-Донетчина, 2003. – 284 с.

55. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування (методичні рекомендації) / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, та ін.]. – Харків, 2009. – 31с.

56. Сергієнко А. В. Особливості подолання психіатричних наслідків при землетрусі у Вірменії і залізничній катастрофі в Башкортостані / А. В. Сергієнко, О. О. Несен, В. К. Шамрей, Т. А. Сергієнко, В. Т. Логойда, Д. О. Алексеєва, Ю. П. Розкокоха, Ю. І. Виговська, І. В. Чурікова, К. Б. Рожковська, О. А. Захарченко, І. О. Безлюдько, Ю. О. Подопрелова // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2000. – № 3. – С. 79 – 88.

57. Свядоц А. М. Неврозы, 3-е изд. / А. М. Свядоц. – М. : Медицина, 1982. – 368 с.

58. Спачев В. П. К вопросу о системе лечебно-эвакуационных мероприятий в период ликвидации последствий стихийных бедствий и промышленных катастроф / В. П. Спачев // Военно-медицинский журнал. – 1992. – № 11. – С. 4 – 7.

59. Табачников С. И. Клинические проявления психических расстройств у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / С. И. Табачников, С. В. Титиевский, С. И. Найденко // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле : Материалы конференции. – К., 1995. – С. 120 – 121.

60. Тайцлин В. И. Посттравматическое стрессовое расстройство у работников пожарной охраны / В. И. Тайцлин, Л. Г. Попова // Український вісник психоневрології. – 1999. – Т. 7, Вип. 2 (20). – С. 80 – 81.

61. Тарабрина Н. В. Синдром посттравматических стрессовых нарушений : современное состояние и проблемы / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная // Психологический журнал. – 1991. – Т. 13 – № 2. – С. 14 – 30.

62. Тарабрина Н. В. Психологические последствия войны / Н. В. Тарабрина // Психологическое обозрение. – 1996. – № 1 (2). – С. 26 – 29.

63. Тарабрина Н. В. Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Н. В. Тарабрина, Е. О. Лазебная, М. Е. Зеленова // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. – № 2. – С. 30 – 44.

64. Телешевская М. Э. Наркопсихотерапия. [Руководство по психотерапии] / М. Э. Телешевская. – Ташкент : Медицина, 1985. – С. 319 – 333.

65. Тюнева А. И. Динамика психических нарушений у жертв сексуального насилия / А. И. Тюнева // XIII съезд психиатров России 10 – 13 октября 2000 года (Материалы съезда). Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия». – М., 2000. – С. 110.

66. Тюнева А. И. Психические нарушения у жертв сексуального насилия / А. И. Тюнева, Б. Д. Цыганков // Проблеми медичної науки та освіти. – Х. – 2000. – № 3. – С. 75 – 78.

67. Фрейд З. Избранное. Т. 1 : По ту сторону принципа наслаждения : Пер. с нем. / З. Фрейд. – Лондон, 1969. – С. 23 – 76.

68. Фрейд З. Введение в психоанализ / З. Фрейд. – М. : Наука, 1991. – 456 с.

69. Шаллан І. В. Діагностика посттравматичного стресового розладу як ускладнення після перенесеної хвороби та пологів / І. В. Шаллан // Практична психологія та соціальна робота. – 2000. – № 4. – С. 5 – 9.
70. Шестопалова Л. Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) / Л. Ф. Шестопалова // Украинский медицинский альманах. – 2000. – Т. 3, № 2. – С. 183 – 184.
71. Якобсен Л. Люди, які пережили катування – нова група пацієнтів / Л. Якобсен, П. Весті. – Асоціація психіатрів України, 1994. – 80 с.
72. Adler A. Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Cocounut Grove disaster / A. Adler // Journal of the American Medical Associationю – 1943. – № 11 (123) – P. 1098.
73. Andreasen N. J. C. Post-traumatic stress disorder / N. J. C. Andreasen // In Comprehensive textbook of psychiatry (4th edn.). – Vol. 3. – (H. Rfhkan and B. J. Sadok). – Williams and Wilkins, Baltimore, 1985.
74. Baker D. G. A double blind, randomized, placebo-controlled multycenter study of brofaromine in the treatment of posttraumatic stress disorder / D. G. Baker, B. L. Diamond, G. Gilette // Psvchopharmacology. – 1995. – № 122 . – P. 386 – 389.
75. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy / E. Berne. – NY, 1961.
76. Burgess A. W. Rape Trauma Syndrome / A. W. Burgess, L. L. Holstrom // American Journal of Psychiatry. – 1974. – Vol. 131. – P. 981 – 986.
77. Charcot J. Les de moniaques dans l'art / J. Charcot. – Paris, 1887.
78. Davidson J. R. T. Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo / J. R. T. Davidson, H. Kudler, R. Smith // Arch. Gen. Psychiatry. – 1990. – № 47. – P. 259 – 266.
79. Davidson J. Drug therapy of post traumatic stress disorder / J. Davidson // Br. J. Psychiatry. – 1992. – № 160. – P. 309 – 314.
80. Epstein R. S. Posttraumatic stress disorder : a review of diagnostic and treatment issues / R. S. Epstein // Psychiatric Ann. – 1989. – № 19 (10). – P. 556 – 563.
81. Eysenk H. J. Behavior therapy and the neuroses / H. J. Eysenk. – London, 1960.

82. Favaro A. Post-traumatic stress disorder and major depression among Italian Nazi concentration camp survivors: a controlled study 50 years later / A. Favaro, F. G. Rodella, G. Colombo, P. Santonastaso // *Psychological Medicine*. – 1999. – № 29. – P. 87 – 95.
83. Gunn S. W. A. *Medicine for Disaster* / S. W. A. Gunn. – London ; Boston, 1988. – P. 285 – 289.
84. Helzer J. E. Posttraumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic Catchment Area Survey / J. E. Helzer, L. N. Robins, L. McEvoy // *N. Engl. J. Med.* – 1987. – № 317 (26). – P. 1630 – 1634.
85. Horowitz M. J., Wilner N., Kaltreider N. // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1980. – Vol. 37. – P. 85 – 92.
86. Kardiner A. *American Handbook of Psychiatry* / A. Kardiner. – New York, 1959. – Vol. 11. – P. 245 – 258.
87. Kirschner S., Kirschner D., Rappaport R. *Working with adult incest survivors : The healing journey*. – New York : Brunner / Mazel, 1993.
88. Kolb L. C. // *Psychol. Med.* – 1989. – Vol. 19, № 4. – P. 821 – 824.
89. Koren D. Acute Stress Response and Posttraumatic Stress Disorder in Traffic Accident Victims : A One-Year Prospective, Follow-Up Study / D. Koren, I. Arnon, E. Klein // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – № 156. – P. 367 – 373.
90. Lifton R. J. *Death in Life : Survivors of Hiroshima* / R. J. Lifton. – New York, 1967.
91. Luthe W. *Autogenic therapy* / W. Luthe. – NY-London. – 1973. – Vol. 5. – 230 p.
92. McDeniel E. G. *Medicine for Disaster* / E. G. McDeniel. – London ; Boston, 1988. – P. 231 – 245.
93. Miller T. W. *Stressfull Life Events* / T. W. Miller. – New York, 1989.
94. Prigerson H. G. Consensus criteria for traumatic grief / H. G. Prigerson, M. K. Shear, S. C. Jacobs, C. F. Reynolds, P. K. Maciejewski, J. R. T. Davidson, R. Rosenheck, P. A. Pilkonis, C. B. Wortman, J. B. W. Williams, T. A. Widiger, E. Frank, D. J. Kupfer, S. Zisook // *British Journal of Psychiatry*. – 1999. – № 174. – P. 67 – 73.

95. Moreno J. L. Psychodrama / J. L. Moreno. – NY. : Beacon House, 1946. – Vol. I.
96. Neiderland W. G. Massive Psychic Trauma / W. G. Neiderland. – New York, 1964.
97. Perls F. Heshalt therapy verbaten / F. Perls. – Lafoiet, California : Real People Press, 1969.
98. Pitman R. K., Orr S. P., Steketee G. S. // Psychopharmacol. Bull. – 1989. – Vol. 25. – P. 426 – 431.
99. Rogers C. R. Client-centered therapy / C. R. Rogers. – Boston, 1951.
100. Ross R., Ball W., Dinger D., Kribbs N. // PTSD Res. Quart. – 1990. – Vol. 1, № 2. – P. 7.
101. Schultž J. H. Das Autogene Training / J. H. Schultž. – Stuttgart : Auflage, 1966. – 370 s.
102. Silver J. M. New approaches in the pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder / J. M. Silver, D. P. Sandberg, R. E. Hales // J. Clin. Psvchiatry. – 1990. – № 51 (Supp. 10). – P. 33 – 38.
103. Spiegel D. New uses of Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder / D. Spiegel, E. Cardena // J. Clin. Psychiatry. – 1990. – 51 (Supp. 10). – P. 39 – 43.
104. Shore J. H. Community patterns of post-traumatic stress disorders / J. H. Shore, W. M. Vollner, E. L. Tatum // J. Nerv. Ment. Dis. – 1989. – № 177. – P. 681 – 685.
105. Sutherland S. M. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder / S. M. Sutherland, J. R. T. Davidson // Psychiatric. Clin. North. Am. – 1994. – № 17 (2). – P. 409.
106. Tausch R. Heshprashc Therapy / R. Tausch. – Hettingen, 1973.
107. Ursano R. J. Acute and Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Victims / R. J. Ursano, C. S. Fullerton, S. R. Epstein, B. Crowley // American Journal of Psychiatry. – 1999. – № 156. – P. 589 – 595.
108. Ursano R. J. Posttraumatic Stress Disorder and Identification in Disaster Workers / R. J. Ursano, C. S. Fullerton, K. Vance, Kao Tzu-Cheg // American Journal of Psychiatry. – 1999. – № 156. – P. 353 – 359.

109. Wolpe I. The practice of behavior therapy / I. Wolpe. – NY. : Pargamon Press, 1973.
110. Wilson J. P. Predicting Post-Traumatic Stress Disorders Among Vietnam Veterans / J. P. Wilson, G. E. Kraug. – New York, 1986.
111. Wagner D. Prevalence of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in German Professional Firefighters / D. Wagner, M. Heinrichs, U. Ehlert // American Journal of Psychiatry. – 1998. – № 155. – P. 1727 – 1732.
112. Van der Kolk B. A. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder / B. A. Van der Kolk, D. Dreyfuss, M. Michael // J. Clin. Psychiatry. – 1994. – № 55 (12) . – P. 517 – 522.
113. Van Der Kolk B. A., Greenberg D., Orr M. S., Pitman R. K. // Psychopharmacol. Bull. – 1989. – Vol. 25. – P. 417 – 421.