

**Стрес і людина:  
медико-психологічна допомога  
при стресових розладах**



Міністерство охорони здоров'я України  
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії  
та наркології МОЗ України.  
ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації  
та курортології МОЗ України»  
ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту  
Міністерства охорони здоров'я України»

# **СТРЕС І ЛЮДИНА: МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ**

Методичний посібник

За редакцією д.мед.н. Пінчук І.Я., д.мед.н., проф. Бабова К.Д.,  
д.мед.н., проф. Гоженка А.І.

Київ  
Видавничий дім «**КАЛИТА**»  
2014

УДК 616.89-008.1:616-001]-08(072)

ББК 56.14я7

М 42

**Автори:** Золотарьова Т.А., Табачніков С.І., Напрєєнко О. К., Чабан О.С., Хаустова О.О., Дзеружинська Н.О., Сиропятов О. Г., Сахно С.Г., Сапон Д.М., Степанова Н.М., Псядло Е.М., Шафран Л.М., Панов Б.В., Пузанова А.Г., Нехорошкова Ю.В., Гріняєва Л.Я., Чумаєва Ю.В., Черних К.О.

**Рецензент:**

*Пустовойт М.М.*, ректор Київського інституту сучасної психології і психотерапії, член Міжнародної Психоаналітичної Асоціації, д.мед.н.

Відповідальний за випуск Ю.М. Калита

Рекомендовано до друку:

вченою радою Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,  
протокол № 6 від 29.05.2014 р.;

вченою радою ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України»,  
протокол № 12 від 29.04.2014 р.

Посібник виданий за сприяння



МФ «Відродження».

**Стрес і людина:** медико-психологічна допомога при стресових розладах : метод. посіб. / за ред. Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 92 с.

ISBN 978-617-7152-09-04

У посібнику викладено питання медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі на різних етапах діагностики стресових розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, координації психологічної допомоги та санаторно-курортної реабілітації таких осіб.

Посібник призначений для лікарів-психіатрів, лікарів-психофізіологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини, лікарів-психологів та практичних психологів.

УДК 616.89-008.1:616-001]-08(072)

ББК 56.14я7

ISBN 978-617-7152-09-04

© Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, 2014  
© ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 2014  
© ДП «Український НДІ медицини транспорту МОЗ України», 2014

# ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень .....	5
Вступ .....	6
<b>1. Сучасні особливості впливу надзвичайних ситуацій на психічне здоров'я населення України.....</b>	<b>10</b>
1.1. Агресивний соціум .....	10
1.2. Природні й техногенні катастрофи .....	12
1.3. Антропогенні соціальні НС .....	14
<b>2. Стандартизовані міжнародні підходи до діагностики та лікування ПТСР .....</b>	<b>17</b>
2.1. Оцінка психічного здоров'я при стресових розладах .....	17
2.1.1 Діагностичні критерії .....	17
2.1.2 Симптоми та проблеми, які зазвичай пов'язують із ПТСР.....	22
2.1.3 Клінічна картина .....	24
2.1.4 Диференційна діагностика .....	26
2.1.5 Діагностика ПТСР за методиками психофізіологічної експертизи.....	28
2.2. Координація психологічної допомоги при ПТСР .....	31
2.2.1 Перша психологічна допомога .....	32
2.2.2 Фармакотерапія .....	39
2.2.3 Психотерапія .....	44
2.2.4 Самодопомога .....	47
2.3. Профілактика професійного вигорання людей, які надають психологічну допомогу .....	47

<b>3. Інноваційні підходи до курації психічних розладів внаслідок НС</b> .....	53
3.1. Методологічні основи психотерапії, психопрофілактика та психокорекція психічних розладів внаслідок НС .....	53
3.2. Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій .....	56
3.3. Організація медико-психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок НС .....	62
3.4. Порядок надання психіатричної допомоги людям з посттравматичним стресовим розладом .....	69
3.5. Особливості стресорних розладів внаслідок НС соціально-політичного характеру (події Майдану) .....	71
3.6. Медико-психологічна реабілітація в санаторно-курортних умовах, яка застосовується для постраждалих внаслідок НС .....	74
3.6.1 Загальні положення щодо медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортних умовах, яка застосовується для постраждалих внаслідок НС .....	78
3.6.2 Рівні медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортних умовах .....	79
3.6.3 Основні методи дослідження реабілітантів .....	81
3.6.4 Програма медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортних умовах, яка застосовується для постраждалих внаслідок НС .....	84
<b>Висновки</b> .....	87
<b>Література</b> .....	88

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ГРС – гостра реакція на стрес

ППД – перша психологічна допомога

НС – надзвичайна ситуація

ПФЕ – психофізіологічна експертиза

АПК «СПАС» апаратно-програмний комплекс «СПАС»

МНС – Міністерство надзвичайних ситуацій

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

СКІД – структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю

ДОВО – десенсибілізація і опрацювання рухами очей

ХБС – хронічний больовий синдром

МПР – медико-психологічна реабілітація

ІТО – індивідуально-типологічний опитувальник

ВІК – вегетативний індекс Кердо

МПК – мобільний психотерапевтичний кабінет

ЦМПГ (ЦМПК) – центральна медико-психологічна група (кабінет)

ГЕПД – група екстреної психіатричної допомоги

## Вступ

Життя в сучасному суспільстві, зокрема українському, вже багато років переповнене непередбачуваними соціально-економічними подіями. Починаючи від вирішення побутових проблем і закінчуючи плануванням перспективи, люди живуть в стані напруження своїх адаптаційних ресурсів, які тісно пов'язані із психологічним і фізіологічним благополуччям. Проте, можливості пристосування (психологічні, фізіологічні, соціальні) до таких умов рано чи пізно вичерпуються, що сприяє зростанню чисельності стресових розладів.

Актуальність удосконалення медико-психологічної допомоги при стресових розладах в Україні обумовлена тим, що загострення суспільно-економічної кризи негативно впливає на стан психічного здоров'я населення у цілому, активно зіштовхуючи найбільш уразливу його частину в стан кризової свідомості. Її показниками виступають соціальна незадоволеність і відчуття незатребуваності більшості населення.

Ситуація суспільної кризи фруструє людину з її глибинним прагненням стабільності й впевненості в завтрашньому дні. Втрачаються традиційні життєві опори, що дають змогу людині задовольняти свої базисні потреби – бути затребуваною, належати до певної спільноти, діяти в звичних обставинах у звичний спосіб й не обтяжувати себе складними запитаннями «чому і навіщо», бо відповіді на них давно сформульовано в офіційній ідеології.

Сприйняття життєвих умов як катастрофи (життєвий простір, непридатний до життя) виступає кульмінаційною точкою кризи свідомості. Страх у людей нині перетворився на тихе, але постійне внутрішнє передчуття невідомої небезпеки, яка набагато гірша за небезпеку реальну. До цього додається неможливість активно протистояти внутрішньому напруженню. До того ж, українському менталітету притаманна висока чутливість до морально-етичних проблем. Тому почуття образи і несправедливості генерує поле негативних емоцій, що провокує формування психологічних і психічних порушень.

Виникнення на тлі плинної суспільно-економічної кризи додаткових надзвичайних ситуацій природного, техногенного й антропогенного характеру (НС), що траплялись в Україні – повені у Закарпатті, аварії на шахтах Донбасу, Чор-

нобильська катастрофа, вибухи боєприпасів поблизу Новобогданівки, Скнилівська трагедія тощо – призводить до полегшеного виникнення порушень психічного здоров'я стресорного характеру: гострих реакцій на стрес, розладів адаптації, ПТСР, а також до загострення вже існуючих розладів психіки і поведінки (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2010). Феномен Майдану вже активно обговорюється та піддається осмисленню з боку різних наукових спільнот, в тому числі психіатричної та психотерапевтичної. Не викликають сумнівів різке збільшення психічних розладів та психологічних проблем серед колишніх учасників Майдану та військових сутичок на Сході України, як і наслідки, з якими очевидно доведеться стикнутися представникам охорони психічного здоров'я та медицині в цілому.

Натомість, клінічний досвід вивчення ПТСР свідчить, що визначальне значення мають особистісні особливості людини щодо її спроможності опанувати катастрофічний стрес, завдяки чому у частини людей, що пережили травматичні події, ПТСР не виникає, а в інших – формується розлад досить виразної тяжкості (Чабан О.С., 2009)

Низкою досліджень, проведених в Україні, визначено суттєві відмінності регіонів України за інтегральним показником небезпеки, який визначається переважно надзвичайними ситуаціями (НС), що свідчить про нерівномірний розподіл несприятливих умов життя на стан психічного здоров'я населення різних частин країни. Доведено, що техногенні й антропогенні НС здійснюють потужний несприятливий вплив на стан психічного здоров'я населення постраждалого регіону, ніж НС природного походження. (Табачников С.І., Гриневич Є.Г., 2008). Виділено епідеміологічні маркери психоемоційної напруги у популяції населення України, серед яких провідне місце займає захворюваність на психічні розлади; встановлено низку предикторів і превенторів формування ПТСР у постраждалих та рятувальників внаслідок НС (Табачников С.І., 2008, Чабан О.С., Полшкова С.Г., 2012). Поширеність ПТСР в Україні (Волошин П.В. і співав., 2002) серед 100% осіб, що пережили важку психічну травму у вигляді насильства проти особистості (замах на вбивство, нанесення важких тілесних ушкоджень, зґвалтування, торгівля людьми та ін.) складає 56% у вигляді повного варіанта ПТСР та 44% у вигляді його окремих ознак. Індивідуально-психологічними факторами, які сприяють виникненню психічних розладів, пов'язаних зі стресом, є акцентуація характеру



емоційного типу та високий рівень тривожності, а також наявність психотравм в анамнезі (Табачников С.І., 2008, Чабан О.С., Хаустова О.О., 2010, Полшкова С.Г., 2012). Аналіз психопатологічної симптоматики ПТСР дозволив виділити декілька його клінічних варіантів: тривожно-депресивний, астено-депресивний, дисфоричний та психосоматичний (Гриневич Є.Г., 2008, Чабан О.С., Хаустова О.О., 2010). Також було науково обґрунтовано та розроблено методичні підходи до психотерапії, психопрофілактики та психокорекції психічних і поведінкових розладів у постраждалих внаслідок НС, а також заходи медико-психологічної, психотерапевтичної та соціально-психологічної допомоги, диференційовані за типами особистості, патологічними ознаками психологічної деформації її структури та порушеннями сфер психіки за групами постраждалих від НС в Україні.

Методичний посібник підготовлений на основі понад 25-річної науково-практичної роботи фахівців Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України в межах НДР: «Розробка диференційованої системи лікувально-профілактичних, реабілітаційних та організаційних заходів щодо надання спеціалізованої психологічної, психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок аварій та катастроф (на прикладі небезпечних видів промисловості України)» (№ державної реєстрації 0102U000098), «Розробка системи психіатричного, психологічного, психофізіологічного забезпечення, супроводу, відбору та експертизи професійної діяльності рятувальників аварійно-рятувальних служб й осіб, що залучені до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф» (№ державної реєстрації 0106U005125) та «Особливості непсихотичних психічних розладів у пацієнтів в умовах соціально-економічної трансформації та розробка моделі комплексної медичної та медико-психологічної допомоги» (№ державної реєстрації 0114U000991) та фахівців ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України» НДР «Розробка комплексної системи психофізіологічного профдобору плавскладу морського та річкового транспорту України № д.р 0197U000850, НДР «Розробка комплексу методів контролю функціонального стану та нервово психічної адаптації»

№ д.р. 0102U004164, НДР «Розробка технології психофізіологічного професійного відбору, медико-психологічної реабілітації та супроводження пожежних-рятувальників МНС України» № д.р. 0107U005926, НДР «Розробка системи психофізіологічного супроводження та медико-психологічної реабілітації операторів транспортних, енергетичних та інших небезпечних промислових комплексів» № д.р. 0112U003933 і ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України» НДР «Принципи оптимізації застосування фізичних чинників на основі модуляції стрес-лімітуючих систем організму при різноманітних патологічних станах» № д.р. 0198 U002215, НДР «Розробити програму профілактики та відновлювального лікування з використанням природних та преформованих фізичних чинників сполученої патології різних органів та систем, що обумовлена синдромом дизадаптозу» № д.р. 0103U000327, НДР «Вивчити на органно-клітинно-судклітинному рівні механізм протекторної дії мало мінералізованих вод щодо стрес-індукованої ендогенної інтоксикації».

# 1. Сучасні особливості впливу надзвичайних ситуацій на психічне здоров'я населення України

## 1.1. Агресивний соціум

На сучасному етапі розвитку науки людина розглядається як біопсихосоціальна система, що існує у складному агресивному мінливому середовищі. Сучасна людина є тривожною, недовірливою, підданою страхам, у неї вичерпано кризу співчуття, вона тотально байдужа та сповнена агресії. В сучасному соціумі людина піддається насильницькому впливу соціальної кризи. Сприйняття життєвих умов як катастрофи виступає кульмінацією кризи (Чабан О.С., Хаустова О.О., Жабенко О.Ю., 2010). К. Печчеї ще в 1977 році в роботі «Людські якості» вказував на потребу конкретних дій, щоб уникнути всесвітньої катастрофи: «...п. 2. технічні і соціальні системи не повинні піддавати людину нестерпній напрузі і стресам; ...п. 6. порятунок людини... в культурі – освітні, поведінкові програми».

Людині притаманне прагнення до екзистенціальної безпеки. Водночас вона піддається насильству: педагогічному, соціалізаційному (у тому числі активному, пасивному, індиферентному); інформаційному; самоназивному («люблячі, які хочуть бути любимими», «чесні і принципові», зрадництво і зрада тих, хто «вирішує за інших»); байдужому. Значні культурні зрушення, загибель одних культурних форм і народження нових додають суспільній кризі глибоко внутрішнього, особистісного характеру, породжуючи так звану кризову свідомість. До неї звичайно відносять свідомість, що характеризується таким набором ознак: занепокоєння, тривожність, страх, аномія, невпевненість у завтрашньому дні, явно чи неявно виражене песимістичне сприйняття дійсності. Ці характеристики індивідуальної свідомості розглядаються як ознаки деморалізації суспільства, особливо небезпечної у вигляді симптому «далекосяжних» негативних ефектів.

Виділяють п'ять симптомів культурної травми в посткомуністичному суспільстві: симптом недовіри, зневіра в майбутньому, жаль за минулим, політична

апатія, травми колективної пам'яті (переоцінка цінностей). У посттоталітарному суспільстві конфліктність інтересів і конфліктність соціальних ідентичностей посилюється через загострене почуття різниці та протиборства групових інтересів, загальної невизначеності. Нормою стає маргінальність, внаслідок якої руйнуються раніш сформовані соціальні зв'язки, виникає соціальна апатія (яка може несподівано перетворитися на бурхливу активність, навіть агресивність), знижується мотивація цілеспрямованої групової діяльності, починає домінувати інстинкт самозбереження як головний принцип поведінки. Життя стає процесом виживання, а виживання висуває перед людиною завдання, які абсолютно не сприяють самореалізації особистісного потенціалу. За умов соціальної кризи захисні функції домінують над функціями самовираження і самореалізації особистості. Реформування суспільства супроводжується різноманітністю самоідентифікаційних відчуттів та рефлексій. Пік соціальної кризи характеризують сильна аномія, зростання песимістичних оцінок і настроїв, відмова від планування майбутнього, відчуження від багатьох колективістських форм життя, гостре переживання втрати сенсу найважливіших донині життєвих цінностей. На передній план виходять інтереси, спрямовані на забезпечення й підтримку власного благополуччя та благополуччя своєї сім'ї. Саме тут, у найближчому оточенні, людина знаходить співчуття і підтримку. Початок стабілізації, позитивні зрушення в економіці можуть пожвавити інтерес до колективістських форм життя й стимулювати посилення соціально-групових ідентифікацій.

Порушення структурних ґрат здоров'я відбувається в усіх його складових: психічній, біологічній, психологічній, соціологічній. Проблема співвідношення соціального й індивідуального неврозу полягає в тому, що соматизація індивідуального неврозу обумовлюється наявністю клініки соціального адаптаційного неврозу. На тлі адаптаційного неврозу додаткове стресорне навантаження виявляє виснаженість (виснаженість) резервів невротизації, вимагає адекватної відповіді особистості в межах трикомпонентного особистісного реагування на стресову ситуацію з невротичною, соматичною та біхевіоральною складовими.

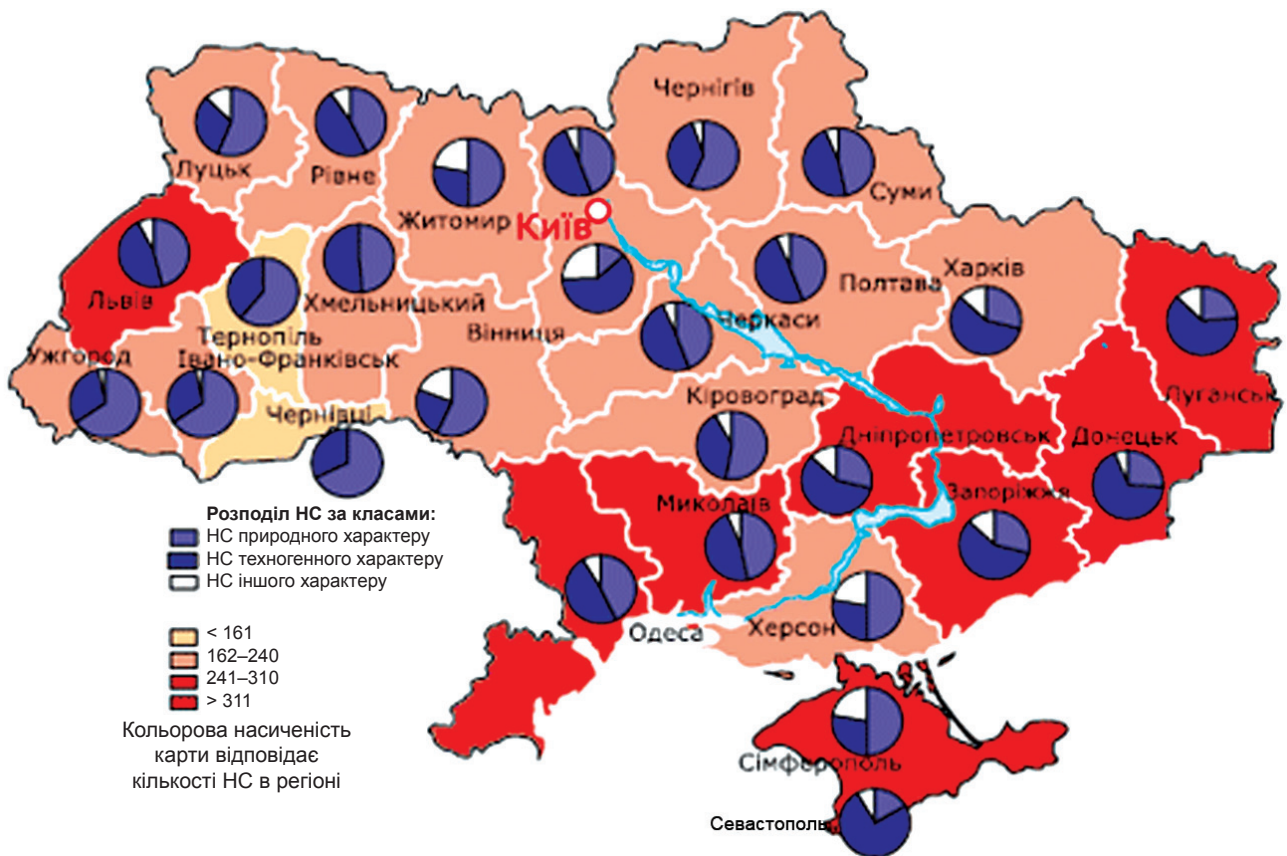
Невротична складова особистісного реагування «зайнята» соціальним (адаптаційним) неврозом. Таким чином, психосоматичні (і частково аддиктивні – алкоголізація) форми особистісного реагування є соціально детермінованими, соціально схвалюваними. Додаткові НС антропогенного характеру (на кшталт подій Майдану) на тлі плинної суспільно-економічної кризи гарантовано призводять до полегшеного виникнення порушень психічного здоров'я стресорного характеру: гострих реакцій на стрес, розладів адаптації, ПТСР, а також до загострення вже існуючих розладів психіки і поведінки (Чабан О.С., Хаустова О.О., 2010).

## 1.2. Природні й техногенні катастрофи

Високий динамізм соціально-технократичного розвитку сучасного загальносвітового суспільства та перехідний період суспільно-політичного устрою України обумовлюють погіршення соматичного та психічного здоров'я населення. Негативний вплив на психіку людини спричиняють погіршення екологічної ситуації, збільшення кількості соціально зумовлених стресогенних чинників, а також зростання й розширення масштабів НС (техногенних аварій та природних катастроф), які мають серйозні віддалені медико-соціальні наслідки (Михайлов Б.В., 2011). Збільшення кількості техногенних НС на 1 одиницю на 100 тисяч населення, призводить до зростання захворюваності на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади на 16,12 випадки на 100 тисяч населення. Регресійна взаємозалежність НС природного походження із первинною захворюваністю на невротичні розлади наближається до рівня статистичної значущості, але не перетинає його. Отже, техногенні катастрофи справляють більшу психотравмуючу дію, ніж природні.

За даними МНС та МОЗ в період 1997-2004 рр. найбільшу кількість НС (природного, техногенного та іншого характеру) протягом 8 років було зареєстровано в Донецькій, Львівській, Луганській, Дніпропетровській, Запорізькій, Одеській та Миколаївській областях. Найменша кількість НС протягом цих 8 років спостерігалась в Черкаській, Волинській, Чернівецькій, Чернігівській, Тернопільській,

Закарпатській та Сумській областях, а також у містах Києві та Севастополі (Гриневич Є.Г., Лінський І.В., 2006) (рис. 1).



**Рис. 1. Розподіл кількості НС, що виникли протягом 1997-2004 років, за регіонами України**

Отже, найвищі інтегральні показники небезпеки мали Донецька, Запорізька та Одеська області, АР Крим, а також Луганська, Дніпропетровська, Львівська, Миколаївська та Закарпатська області. Наведені дані є науковою основою для прийняття політичних рішень щодо рівня прийняттого ризику в регіоні, величина якого в кожному окремому випадку встановлюється місцевими органами влади самостійно, в залежності від власних економічних можливостей, соціально-економічної та екологічної ситуації. Цей рівень прийняттого ризику для регіону і є тією величиною, що визначає обґрунтованість вимог і адекватність соціальних дій громадськості та влади в даному регіоні.

### 1.3. Антропогенні соціальні НС

Постановою КМУ від 24 березня 2004 р. № 368 «Про затвердження Порядку класифікації надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру за їх рівнями» не передбачено класифікації надзвичайних ситуацій за джерелами їх виникнення. Вказана Постанова виділяє як основну підставу класифікації – обсяг заподіяних наслідків, технічних і матеріальних ресурсів, необхідних для їх ліквідації.

Для сучасної України, на жаль, актуальними за обсягом заподіяних наслідків виявилися НС соціального і соціально-політичного характеру, пов'язані з протиправними діями терористичного та антиконституційного спрямування. Вони були представлені всіма загальними ознаки НС: наявністю або загрозою загибелі людей, значним погіршенням умов життєдіяльності, істотним погіршенням стану здоров'я людей, а також заподіянням прямих і непрямих економічних збитків.

Під час подій Майдану та заворушень на Сході України, на перший погляд, населення мало можливість масово, легітимно (з психологічної точки зору) виражати невдоволеність, обурення, злість, агресію та інші негативні переживання, що накопичувалися з часом, назовні. З'явилися місце, час та окреслений зовнішній об'єкт для цих емоцій. Таку ситуацію можна було б вважати сприятливою з точки зору суїцидології, оскільки для багатьох людей, які страждали від вакууму внутрішнього спустошення, безнадії та невизначеності власного життя, участь у масовому громадському русі стала на певний час екзистенційним порятунком, смисловим та чуттєвим досвідом, що заповнив цей вакуум. Відчуття приналежності до патріотичної спільноти, взаємна підтримка учасників (якої можливо не було у повсякденному житті), піднесення, часом ейфорія від власної значущості та близькості до інших людей створювало особливу психологічну атмосферу Майдану та задавало відповідний «тон» кожному, хто включався в нього.

В такій ситуації власні психологічні межі стають розмитими, з'являються «спільні» потреби, проблеми та цілі, які і вирішуються спільно. Для певних людей це сприятливо відображається на самопочутті, дозволяє забути про особисті життєві негаразди, щоправда лише на час такого «злиття» з іншими. Але що ж

відбувається після виходу з Майдану? Такі люди повертаються до звичного середовища, з його неминучими завданнями, проблемами, вимогами, розчаруваннями і (що не менш важливо) низьким рівнем організованості та структурованості потреб. І тут вже кожен сам по собі, кожен вирішує їх як може. Безперечно, велика частина свідомих громадян повертається до звичного способу життя без проблем, оскільки, як і до участі в Майдані, в них є діти, робота, господарство і т.д., що потребують їхньої уваги. Проте є й інші, для яких повернення в сіру буденність є страшнішою за небезпеки Майдану. На цьому фоні, спустошені емоційно й фізіологічно (стреси не проходять безслідно і слідом за фазою активації нейрогормональної відповіді на подразники приходить фаза виснаження), такі особи можуть по різному проявляти декомпенсацію свого психічного стану. В одних маніфестують психічні розлади, в інших – загострюються вже існуючі, треті – заплутуючись, покидають життя добровільно. Майдан відкрив нові можливості для розвитку, проте і оголив рану медичних та соціальних проблем сучасного українського суспільства. І найбільш вразливі його учасники в умовах соціально-економічної кризи мають більші суїцидальні ризики, а відповідно – потребуватимуть підвищеної уваги та спеціалізованої допомоги.

В свою чергу, найбільш тривалими, інтенсивними та руйнівними виявляється реакції потерпілих осіб на події на Сході України, тобто на загрозу, вихідну від інших людей (катування, теракти, снайперська стрілянина, бойові дії). Надзвичайні події природного походження люди зазвичай переживаються набагато легше, ніж антропогенні. Землетруси і повені постраждали від них розцінюють як волю божу або дію безликої природи, – тут нічого не можна змінити. Втім, екстремальні умови антропогенного характеру (військові дії тощо) настільки руйнівні діють на особистість, що не тільки дезорганізують поведінку людини, а й «підривають» базові структури всієї її особистісної організації – образ світу. У людей руйнується звична картина світу, а разом з нею – вся система життєвих координат.

Внаслідок подій, пов'язаних з військовими подіями, локальними війнами основними травмуючими факторами виступають безпосередня загроза життю та здоров'ю людини і її близьких, смерть близьких, фізичні травми. Саме тому виникають значні проблеми зі здоров'ям: симптом «провини за те, що вижив»,



регресивна поведінка (набагато частіше у дітей), страх розлуки з родичами (батьками), страх перед незнайомими людьми, дратівливість, проблеми в спілкуванні, поведінкові порушення від депресії до агресії, а також різні соматичні скарги, що за результатами медичних оглядів не мають органічної природи. Крім того, при тривалій розлуці з батьками під час війни у дітей виникають: депресія, нездатність відчувати задоволення, порушення соціальних контактів.

## 2. Стандартизовані міжнародні підходи до діагностики та лікування ПТСР

### 2.1. Оцінка психічного здоров'я при стресових розладах

Для оцінки психічного стану при стресових розладах використовують діагностичні критерії на основі симптомів, які можна спостерігати у пацієнтів. ПТСР характеризується постійним переживанням симптомів, які включають (1) нав'язливі спогади про подію, що повторюються; (2) сни про подію що повторюються; (3) такі дії, що відповідають ситуації, якби подія повторювалась; (4) інтенсивні тяжкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує травмуючу подію або символізує її; (5) фізіологічну реактивність на стимули або ситуації, які нагадують про подію.

Розлад також передбачає симптоми уникнення і емоційного ступору. Вони можуть включати (1) зусилля по уникненню думок, почуттів або розмов про подію; (2) зусилля по уникненню діяльності, місць і людей, які асоціюються із подією; (3) нездатність згадати про суттєві аспекти події; (4) помітне зниження інтересу до того, що раніше приносило задоволення; (6) обмеження спектру емоційних переживань; (7) почуття скороченої життєвої перспективи, що супроводжується значною недостатністю планування майбутнього.

Завершують картину симптоми збудження, які не спостерігались до травматичної події. Це можуть бути наступні симптоми: (1) складнощі із засипанням і поганий сон; (2) роздратованість і спалахи гніву; (3) труднощі із концентрацією уваги; (4) підвищений рівень підозрливості, постійне очікування небезпеки; (5) гіпертрофована реакція на переляк.

#### 2.1.1 Діагностичні критерії ПТСР

Основні прояви ПТСР розбиті на критерії А, В, С, D, Е, які в подальшому диференціюються посимптомно, що дозволяє діагностувати ПТСР як синдром і визначати питому вагу кожного із симптомів. Типові симптоми в даному випадку це унікаюча поведінка в цілому, нав'язливі уявлення і спогади, пов'язаних з психіч-

ною травмою, нав'язливі думки про неї а також про такі клінічні характеристики, як ідеї самозвинувачення тих, хто вижив, і про соціально направлені переживання, наприклад, розчаруванні в представниках влади, які не змогли попередити психотравмуючу подію.

Згідно з МКХ-10, у розділі F 43 «Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації», виділяються наступні діагностичні рубрики:

### **F 43.0 Гостра реакція на стрес**

Рубрика містить транзиторні розлади значної важкості, які розвиваються у осіб без видимих психічних розладів безпосередньо (в межах 1 години) у відповідь на стресові життєві події. За умови зменшення або припинення стресорної дії симптоми мають зменшуватись вже за вісім годин. На тлі продовження дії стресору симптоми мають почати зменшуватись за 48 годин. Ці розлади зазвичай повністю проходять через кілька годин або днів, можуть тривати до одного місяця.

Включаються: кризовий стан, гостра кризова реакція, бойова втома, психічний шок.

### **F 43.1 Посттравматичний стресовий розлад.**

#### **Клінічні діагностичні критерії:**

Критерій А (відноситься до травматичної події). Людина була під впливом екстремальної травматичної події, що характеризується двома обов'язковими ознаками:

1. Травматична подія пов'язана з загибеллю або серйозними пораненнями людей, або з можливою загрозою такої загибелі або поранень, при цьому людина може бути як очевидцем страждань інших, так і безпосередньо жертвою.
2. В момент перебування в травматичній ситуації людина повинна відчувати інтенсивний страх, жах і почуття безпорадності.

Критерій В (критерій «вторгнення»). Травматична подія нав'язливо повторюється в переживаннях одним (або більше) з наступних способів:

1. Навязливі і повторювані спогади екстремальної події, відповідних образів, думок і почуттів, що викликають важкі емоційні переживання.
2. Повторювані кошмарні сновидіння про пережиту подію.

3. «Флешбек»-ефекти – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново) у сполученні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.
4. Інтенсивні негативні переживання, викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.
5. Фізіологічна (вегетативна) гіперреактивність у ситуаціях, що зовні або внутрішньо символізують про травматичну подію.

Критерій С («уникання»). Постійне уникання стимулів, пов'язаних із травмою, а також ознаки нумбінгу (numbing) блокування емоційних реакцій, «заціпеніння» (не спостерігалось до травми).

Визначається по наявності трьох (або більше) з перерахованих нижче ознак:

1. Зусилля по униканню думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.
2. Зусилля по униканню дій, місць або людей, що будять спогади про травму.
3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія).
4. Помітно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності.
5. Почуття відчуженості або віддаленості від інших людей.
6. Знижена інтенсивність вищих емоцій (нездатність, наприклад до почуття любові).
7. Почуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність чекань із приводу кар'єри, одруження, дітей).

Критерій D («гіперактивації»). Постійні симптоми гіперактивації (порушення), що не спостерігалися до травми. Визначаються за наявністю, як мінімум, двох з нижчеперелічених симптомів:

1. Труднощі з засипанням або поганий сон (ранні пробудження).
2. Дратівливість або спалахи гніву.
3. Складнощі з зосередженням уваги.
4. Підвищений рівень настороженості, стан постійного чекання загрози.
5. Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій Е. Тривалість перебігу розладу. Симптоми, що відносяться до критеріїв В, С і D спостерігаються протягом шести місяців стресогенної дії або після стресорного періоду (в таких окремих випадках початок розладу може бути відстрочений більш, ніж на шість місяців після травми).

Критерій F. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності. Як видно з опису критерію А, визначення травматичної події відноситься до числа першочергових при діагностиці ПТСР.

Включається травматичний невроз.

При діагностиці ПТСР клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних і психодіагностичних шкал і тестів: структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю (СКІД), Місісіпська шкала ПТСР і Шкала для самооцінки ПТСР, клінічна діагностична шкала (CAP), опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), MMPI, тест Люшера, тест Бека й ін.

#### **F 43.2 Розлади адаптації.**

Включаються: культуральний шок, реакція горя, госпіталізм у дітей.

Розлади адаптації (F43.2) діагностуються при відповідності стану наступним критеріям :

1) ідентифікований психосоціальний стрес, що не досягає надзвичайного або катастрофічного розмаху, симптоми з'являються протягом місяця;

2) наявність окремих психопатологічних симптомів та порушень поведінки що виявляються при афективних (F30-39) (за винятком маячення та галюцинацій), невротичних, стресових і соматоформних (F40-48) розладах та розладах поведінки (F91), які за критеріями не відповідають в повному обсязі жодному з цих розладів. Симптоми можуть варіювати за структурою і тяжкості.

Розлади адаптації в залежності від домінуючих в клінічній картині проявів диференціюються таким чином:

**F43.20 короткочасна депресивна реакція**, це швидкоплинний стан легкої депресії, що триває не більше місяця, з повним відновленням соціального функціонування без формування порушень особистості та поведінки;

**F43.21 пролонгована депресивна реакція**, це легкий депресивний стан, як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;

**F43.22 змішана тривожна і депресивна реакція** – представлена, як тривожною, так і депресивною симптоматикою, яка за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3);

**F43.23 переважно з порушення інших емоцій**, симптоматика має різноманітну структуру афекту, наявні тривога, депресія, відчуття неспокою, напруженість і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного й депресивного розладу (F41.2) або інших змішаним тривожним розладам (F41.3), але їх вираженість недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів.

Ця категорія повинна використовуватися і для реакцій дитячого віку, де додатково присутні такі ознаки регресивної поведінки, як енурез чи смоктання пальця;

**F43.24 з переважно порушеннями поведінки**, розлад переважають розлади соціальної поведінки, такі, як агресивні або диссоціальні форми в структурі реакції горя в підлітковому віці;

**F43.25 змішаний розлад емоцій і поведінки**, який проявляється, як емоційними порушеннями, так і порушення соціальної поведінки;

**F43.28** інші специфічні переважні симптоми; симптоми не перевищують за тривалістю 6 місяців з моменту припинення дії стресу або його наслідків за винятком затяжних депресивних реакцій (F43.21).

### **F 43.8 Інші реакції на тяжкий стрес**

### **F 43.9 Реакція на тяжкий стрес, неуточнена**

**F 62.0 Хронічні зміни особистості після переживання катастрофи.** Включається: зміна особистості після перебування в концентраційному таборі, полону з постійною можливістю бути вбитим, тривалий вплив загрозливої життєвої ситуації, такої як стати жертвою тероризму або катувань. «Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи» (F 62.0) може розвиватися після ПТСР і є вже практично незворотним хворобливим станом. У цих випадках зміни особистості

мають стабільний характер і проявляються ригідними і дезадаптивними ознаками, що приводять до стійких порушень у міжперсональному, соціальному і професійному функціонуванні (вороже або недовірливе ставлення до зовнішнього світу, соціальна відгородженість, постійне відчуття спустошеності або безнадійності).

Особи, які переживають стресові події не обов'язково мають встановлений діагноз саме психіатричного профілю, оскільки в МКБ-10 для таких станів, що відносяться до гострого стресу з відповідними психічними симптомами, можна знайти наступні діагностичні шифри, як фактори, що впливають на стан здоров'я населення і звернення в заклади охорони здоров'я, а саме потенційна небезпека для здоров'я, пов'язана з соціально-економічними і психосоціальними обставинами:

- проблеми, пов'язані з фізичними факторами зовнішнього середовища (Z58);
- проблеми, пов'язані з труднощами підтримки нормального образу життя (Z73);
- особисті потрясіння, що перенесені в дитинстві (Z61.7);
- стресовий стан, що не класифікується в інших рубриках (Z73.3);
- зникнення або смерть члена сім'ї (Z63.4);
- жертва злочину або тероризму (Z65.4);
- жертва стихійного диха, військових і інших ворожих подій (Z65.5).

Незважаючи на відсутність психіатричного шифру, допомогу цим людям мають надавати саме психіатри і лікарі-психологи відповідно до вказаного шифру.

### **2.1.2. Симптоми та проблеми, які зазвичай пов'язують із ПТСР:**

- Повторне переживання: флешбеки, нічні жахи, повторювані і болісні, інтрузивні образи або чуттєві враження. Ці симптоми можуть містити реконструкцію пережитого досвіду, постійно повторювану гру або страшні сни без розпізнаного змісту.

- Уникнення: уникання людей, ситуацій або обставин, що пов'язані з подією або нагадують її.

- Перезбудження: надмірна пильність, перебільшена реакція здригання, порушення сну, дратівливість і труднощі зі зосередженістю.

- Емоційне оніміння: відсутність здатності переживати почуття, почуття відокремленості від інших людей, відмова від дій, які раніше були важливі, амнезія щодо важливих моментів події.

- Депресія.

- Зловживання алкоголем або наркотиками.

- Гнів.

- Фізичні симптоми, які повторюються і не мають жодного пояснення.

### **Оцінка супутніх захворювань і суїцидальності.**

Саморуйнівна і імпульсивна поведінка хоч і не є частиною основного симптомокомплексу ПТСР, але визнане супутнім проявом, який може впливати на лікування. Відповідно загальноприйнята практика обстеження пацієнта з ПТСР має включати оцінку суїцидального ризику і вивчення історії суїцидальних спроб. Важливо також оцінити такі фактори ризику суїциду, як депресія і зловживання хімічними речовинами. Якщо виявлена схильність до суїциду, вона має лікуватись в першу чергу. Якщо пацієнта неможливо лікувати амбулаторно, має бути рекомендована термінова госпіталізація.

Система лікувально-реабілітаційних заходів для потерпілих повинна мати комплексний характер і містити в собі психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну і немедикаментозну терапію. Початок терапевтичного втручання повинний бути, по можливості, максимально раннім, вслід за дією стресора, і мати тривалий характер. Вибір фармакологічних препаратів і психотерапевтичних методик визначається змістом і особливостями перебігу клінічної картини, а також особистісними і фізіологічними особливостями хворого. Необхідно дотримуватись принципу етапності, що полягає в послідовному застосуванні лікарських засобів з дотриманням термінів призначення, точного дозування препаратів під наглядом фахівців диспансеру, поліклініки, стаціонару, проведенні необхідних психотерапевтичних методик.



## 2.1.3 Клінічна картина

Клінічно ПТСР може характеризуватися повторними кошмарними сновидіннями або нав'язливими спогадами про пережиті психотравмуючі події у сполученні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилося. Типова наявність у таких осіб симптомів підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості, депресії, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливості, безсоння, труднощів концентрації уваги.

З даними симптомами й ознаками нерідко сполучаються сексуальні розлади, суїцидальні думки, може відзначатися зловживання алкоголем або наркотиками. До розповсюджених симптомів також відносяться порушення сну у вигляді поверхневого характеру нічного сну, кошмарних сновидінь, зміст яких «дублює» психотравмуючу ситуацію. Особливим симптомом повторного переживання стресора є флешбеки – миттєве, без видимих причин, відродження з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації у сполученні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями травми.

Вираженими є симптоми уникання – прагнення позбутися будь-яких міркувань, переживань і спогадів про травму. Внаслідок цього виникає почуття віддаленості, відчуженості від оточуючих, щодо виявляється в прагненні до відособленого, ізольованого способу життя. Розповсюдженою є втрата інтересу до колишніх життєвих цінностей. Спостерігається втрата яскравості емоційних реакцій, почуття любові навіть стосовно найближчих і значущих людей. Ангедонічна симптоматика стає джерелом додаткової травматизації хворого. Досить розповсюдженим є симптом психогенної амнезії. Неконтрольовані спалахи гніву з незначних приводів, що часом виливаються в приступи ауто і гетероагресії, хворі вважають однією з основних проблем.

У багатьох пацієнтів відзначаються симптоми гіпертрофованої, неадекватної пильності. Розповсюдженими є симптоми депресії. Особливим симптомом є тяжке почуття провини перед загиблими, яке відчувають пацієнти, що вижили. На до-

даток до перерахованих вище симптомів часто спостерігаються вегетативні розлади у тих обставинах, що викликають асоціації з травматичною ситуацією або ще яким-небудь чином з нею пов'язані.

Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР, проведений Л. Ф. Шестопаловою, Д. М. Болотовим (2008) привів до виокремлення декількох його варіантів, а саме: тривожного, астеничного, дисфоричного, іпохондричного, соматоформного та змішаний. Причому перші три варіанти майже рівномірно розподілені серед 60% пацієнтів з ПТСР, ще понад 30% разом сягають іпохондричний і соматоформний варіанти, а змішана форма ПТСР зустрічається досить нечасто (до 10%).

Тривожний варіант ПТСР (так би мовити – найбільш класичний) характеризується високим рівнем немотивованої тривоги, часто сполученим з вегето-судинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображають події пережитої пацієнтом психотравмуючої ситуації. Астеничний варіант ПТСР відзначається домінуючими ознаками почуття слабкості та млявості, зниженим фоном настрою на тлі байдужості до колишніх життєвих інтересів, а також проявами пасивності та ангедонії в поведінці. Дисфоричний варіант ПТСР постає як постійне переживання внутрішньої невдоволеності, дратівливості на тлі пригніченого настрою, в сполученні з високим рівнем агресивності та люті, спрямованих на оточуючих. Соматоформний варіант ПТСР демонструє наявне витіснення психотравмуючих переживань у «тілесну сферу», що виявляється у значній кількості скарг переважно соматичного характеру (кардіологічних, церебральних, гастроентерологічних тощо). Іпохондричний варіант ПТСР характеризується більш вираженими соматичними скаргами в поєднанні з вегето-судинними пароксизмами на тлі депресивного афекту (недиференційована гіпотимія з чіткими тривожно-фобічними включеннями) з подальшим формуванням уникаючої поведінки. Водночас пацієнтам зі змішаним варіантом ПТСР притаманні психопатологічні порушення, характерні для різних клінічних варіантів розладу.

О.К. Напрєєнко, Т.Є. Марчук (2002), з урахуванням домінування в клінічній картині ПТСР симптомів «занурення» в травматичне переживання, «уникнення»

явищ, що асоціюють зі стресогенною ситуацією або «аморфних» проявів реагування, виділили наступні варіанти клінічного перебігу ПТСР: астенодепресивний – у 36% таких хворих, паранойяльний – у 24%, ананкастичний – у 13%, істероіпохондричний – у 12% і змішаний – в 15% випадків даного розладу. Вони виділили й типи дебюту ПТСР: астеничний – у 39%, тривожний – у 20%, ананкастичний – у 10%, істеричний – у 10% та змішаний – у 20% цих пацієнтів. При динамічному спостереженні таких хворих помічена тенденція до залежності клінічних варіантів перебігу ПТСР від типів х дебютів. Так, при астенодепресивному варіанті перебігу даного розладу в більшості випадків відзначався астеничний тип дебюту (у 91% цих хворих), в 6% спостерігався змішаний тип і у 3% – істеричний дебют. Паранойяльному клінічному варіанту ПТСР частіше передував тривожний тип дебюту (82% випадків), у 18% пацієнтів був змішаний дебют. При ананкастичному варіанті у 83% хворих розлад дебютував у вигляді нав'язливих станів, в 17% – змішаним типом. Для істероіпохондричного варіанту ПТСР у 73% випадків був характерний істеричний тип дебюту, у 18% – змішаний та в 9% – астеничний дебют. Змішаному клінічному варіанту були притаманні змішаний (60%), астеничний (33%) і тривожний (7%) типи дебюту. У випадках тяжкого перебігу ПТСР, майже в третини таких хворих вказані автори констатували розвиток (за МКХ-10) стійких змін особистості після перенесеного катастрофічного переживання (СЗОППКП), які мають такі клінічно окреслені типи перебігу: емоційно-нестійкий, паранойяльний, істеричний і обсесивно-фобічний.

#### 2.1.4 Диференційна діагностика

При проведенні диференційної діагностики необхідно пам'ятати, що в хворих поряд із клінічною картиною ПТСР найчастіше мають місце порушення, що відносяться до інших психічних розладів. У таких випадках може йти мова про сполучену (коморбідну) патологію. Особливо часто спостерігається сполучення ПТСР із депресіями і різними формами хімічної залежності. Також можуть відзначатися сполучення ПТСР із панічними, обсесивно-компульсивними, тривожно-фобічними розладами, суїцидальною поведінкою та інші.

У першу чергу диференційна діагностика здійснюється між ПТСР та гострою реакцією на стрес і розладами адаптації. Особливу увагу варто приділити також психічними реакціям у осіб зі струсом мозку.

Легкі струси мозку можуть безпосередньо не супроводжуватися очевидними неврологічними знаками, але призводити до затяжної афективної симптоматики і порушень уваги, та легких порушень оперативної пам'яті, зниженню мислення за темпом. Недостатнє харчування, недосипання в ході затяжних стресових впливів також може самотійно призводити до органічних мозковим синдромів, які включають порушення пам'яті і уваги, емоційну лабільність, головний біль і запаморочення. Тривале перебування в середовищі з високим вмістом в повітрі продуктів горіння призводить до накопичення метгемоглобіну в крові, а ці стани можуть проявлятися в'ялістю запамороченнями, відчуттям дереалізації, звуженням свідомості, зниженням чутливості, нестерпним головним болем, неадекватністю поведінки, астенією іноді проявами агресії, втратою контролю над своєю поведінкою.

Відрізнити органічні мозкові синдроми, близькі до ПТСР, допомагають наявність змін особистості за органічним типом, зміни сенсорики або рівня свідомості, фокальні неврологічні, деліріозні і мнестичні симптоми, органічний галюциноз, стану інтоксикації і абстиненції. Діагностичну картину може ускладнювати зловживання алкоголем, наркотиками, кофеїном і тютюном. Особливо слід звертати увагу на надмірне вживання кофеїну (чай, кава) разом з тютюнопалінням на фоні хронічного недосипання та перевтоми.

Рухова напруженість, тривожні очікування, підвищені пошукові установки можуть зближувати картину ПТСР з картиною при генералізованого тривожного розладі. Тут треба звертати увагу на гострий початок і велику характерність фобічної симптоматики для ПТСР на відміну від генералізованого тривожного розладу.

Від симулятивного розладу (F68.1) ПТСР відрізняє відсутність узгодженості між собою анамнестичних даних, несподіваної структури симптомокомплексу, антисоціальної поведінки і хаотичного стилю життя в преморбіді, більшою мірою характерних для симулятивних хворих. Від порушень адаптації ПТСР від-

різняється великим розмахом патогенності стресора і наявністю подальшого характерного відтворення травми.

У тих випадках, коли екстремальна подія є джерелом не тільки психотравми, але й фізичної травми (особливо черепно-мозкової травми), необхідно враховувати аспект коморбідності. Виявлення в клінічній картині наступних порушень вираженої неврологічної симптоматики, головних болів і запаморочень, деліріозних і амнестичних симптомів, органічного галюцинозу, зміни сенсорики, симптомів емоційної лабільності, змін особистості за органічним типом, а також порушень пам'яті і уваги, дозволяє діагностувати органічну патологію. У випадку, якщо перераховані вище порушення сполучаються із симптоматикою ПТСР, необхідно ставити два діагнози.

### 2.1.5 Діагностика ПТСР за методиками психофізіологічної експертизи

Діагностика ПТСР за методиками психофізіологічної експертизи на прикладі апаратно-програмного комплексу «СПАС». Апаратно-програмний комплекс (АПК «СПАС»), дає об'єктивну кількісну оцінку психоемоційного стану особистості в особливих і екстремальних умовах діяльності,

Особливим важливим є проведення ПФЕ у таких випадках:

- після дії екстремального стресового фактору (перенесені серйозні психотравмуючі інциденти, ПТСР, психогенні розлади при стихійних лихах і масових катастрофах, гострих соціальних конфліктах);

- гострі та хронічні реактивні стани, невротичні і патохарактерологічні реакції, неврози, неврозоподібні розлади при хронічних психосоматичних захворюваннях;

- виняткові стани і деякі інші короткочасні розлади психічної діяльності (патологічне сп'яніння, патологічний афект, сутінкові стани свідомості, реакції «короткого замикання»);

- перенесені черепно-мозкові травми та хронічні соматичні захворювання;

- неадекватна поведінка в екстремальних і аварійних ситуаціях, масових соціальних зворушеннях;

- невмотивовані реакції відмови від виконання професійних та інших обов'язків;
- антисоціальні, делінквентні вчинки; алкогольні ексцеси; суїцидальні висловлення і спроби.

### Специфікація тестів

1. Короткочасна і оперативна зорова пам'ять – (КП и ОП).
2. Реакція на об'єкт який рухається (РОР) – динамічний окомір та врівноваженість нервової системи.
3. Тести Шульте, Шульте-Псядло, Шульте-Горбова – розподіл і переключення уваги, репродуктивні імажинітивні якості.
4. Рухливість нервових процесів (ПНП) – диз'юнктивна сенсо-моторна реакція).
5. Сила нервової системи (СНС) – швидкість слухо-моторної реакції на сигнали різного рівня гучності (40-60-80-100 дБА) на обидва вуха, та їхні співвідношення
6. Скорочений багатопрофільний опитувальник особистості – СМОЛ-71 (оцінка Т-балів і часу відповідей).
7. Мінесотський багатопрофільний опитувальник особистості – ММИЛ-377 (оцінка Т-балів і часу відповідей).
8. Метод кольорових виборів М.Люшера – у 2-х варіантах: 8-кольоровий і попарний варіанти з наступним розрахунком 12 показників (вегетативний коеф., відхиленні від аутогенної норми, тривожність, працездатність та ін.), і реєстрація часу виборів (шок, ввагання, ...).
9. Метод портретних виборів Л.Сонді – з побудовою 4-х векторів і 8-х факторів потягів і акцентуацій характеру особистості, у 2-х варіантах (по передньому і задньому плану).
10. Кваліметрична оцінка адекватності вегетативних проявів та поведінки піддослідних у стресової ситуації тестування (психоемоційна стійкість).

Медичний психолог (психофізіолог) має можливість підбирати із пакета наявних методик необхідну батарею тестів (за станом піддослідного), а також доповнити існуючими валідними та надійними психологічними тестами. Спочатку піддослідному надається інструкція, а потім – її засвоєння і тренування. Якщо піддослідний не впорався – програма повертається знову до інструкції. Всі результати тестування індивіда (якісно-кількісні та часові) збираються у Протоколі, накопичуються і зберігаються у Базі даних. Інтегровані індивідуальні оцінки формуються за допомогою таблиць стандартизації (за 10-бальною шкалою стенайнів). Тестування за

допомогою вербальних опитувальників можливо у двох варіантах: на комп'ютері, а також на бланку, з подальшим ручним введенням відповідей у цифрову матрицю тесту. Масив індивідуальної інформації (результатів окремих тестів, часу і тривалості тестування) у базі даних (Excel) багато років і будь-якому об'ємі. Це дозволяє за ПІБ, віком, професією, статтю та ін. необхідними показниками знайти більш ранні результати піддослідного і порівняти їх із теперішніми.

В умовах, які вимагають швидкої діагностики актуального психоемоційного стану, пропонується батарея методик, яка включає в себе:

Анкета – опитувальник, яка відображає наявність у пацієнта стресогенних факторів, що впливають на якість її життя і погіршують психоемоційний стан.

Опитувальник вегетативних стигм Вейна, який є інформативним при створенні програми фізичної реабілітації.

Коротка шкала тривоги, депресії і ПТСР (вказує на потребу пацієнта в допомозі психолога.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), визначає рівень тривожності і депресії.

Коротка шкала оцінки ментального статусу (MMSE), експрес-метод дослідження психічного статусу.

Тест Малювання годинника (визначає наявність значущих когнітивних порушень).

Використання всієї батареї методик повинно здійснюватися одночасно, на етапі приїзду пацієнта в санаторій. Після проведення первинної діагностики, отриманні результати інтерпретуються і, у разі виявлення високої вираженості депресії і / або тривожності при використанні коротких шкал, пропонується додатково використовувати наступні методики, для більш поглибленої діагностики цих станів:

Опитувальник депресивності Бека

Шкала тривожності Гамільтона

У разі наявності у пацієнта бойового досвіду додатково проводиться діагностика за наступними шкалами:

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду

Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТС)

По завершенню діагностики, на основі отриманих та даних, складається висновок, щодо актуального психоемоційного стану пацієнта. Наявність у пацієнта високого рівня тривожності, вираженої депресії, наявність стресогенних факторів, а також наявність когнітивних порушень, можуть, у свою чергу, вказувати на наявність ПТСР. Ця інформація є допоміжною при створенні персональної програми санаторно-курортної реабілітації у рамках медико-психологічної реабілітації пацієнтів. Для визначення ефективності санаторно-курортної реабілітації, проведення повторної діагностики актуального психоемоційного стану по закінченню строку перебування у санаторії, є обов'язковим.

## 2.2. Координація психологічної допомоги при ПТСР

Існує три підходи до надання допомоги людям, які пережили психотравму і страждають від постстресових розладів: медичний, соціальний, психологічний.

Медичний підхід пропонує власне лікувальну допомогу, а також організацію спеціальних місць для надання медичної допомоги (кабінетів, клінік, санаторіїв, реабілітаційних центрів) і т. д. Однак цей підхід розрахований на досить явні медичні прояви й наслідки стресу, якщо застосовується без інших компонентів.

Соціальна підтримка, в свою чергу, спрямована на те, щоб допомогти людині утриматися на плаву в житті, тобто мати якийсь прожитковий мінімум-житло і роботу перш за все.

Психологічна підтримка надається з метою допомоги в опрацюванні досвіду, породжуваного самої стресової травмою і труднощами пристосування до життя після неї, що дозволяє відчувати себе в гармонії з самим собою та іншими людьми, реалізувати свої можливості і розвиватися як особистості

Ці три сторони – медична, соціальна та психологічна – утворює «трикутник допомоги», свого роду потрійний союз, який тим успішніше й ефективніше, чим більше його учасників усвідомлюють себе як союз і вміють розподіляти і при необхідності гнучко перерозподіляти зусилля.



## 2.2.1 Перша психологічна допомога

В багатьох джерелах можна побачити, що перша первинна допомога (ППД) займає центральне місце в лікуванні ПТСР, оскільки саме рання допомога може попередити те, що в майбутньому може випасти з поля зору лікаря.

Перша психологічна допомога (ППД) описує гуманну, підтримуючу допомогу людині, що страждає, і яка може потребувати її. ППД включає в себе наступні категорії роботи:

- Надання практичної допомоги і підтримки, не нав'язуючи її;
- Оцінка потреб і проблем;
- Допомога в розгляді базових потреб (наприклад, їжа, вода, інформація)
- Прислуховування до людини, але не схиляючи її до розмови;
- Допомога в адаптації посередництвом підключення до інформації, послугам, соціальній підтримці.

ППД це не: те, що може зробити виключно спеціаліст; це не професійні консультації; це не «психологічний брифінг» (не передбачає детальне обговорення подій, які викликали тривогу).

При наданні допомоги варто враховувати низку факторів: типи травматичних ситуацій, категорії уразливих осіб, типові негативні почуття и проміжок часу після травматичної події тощо.

Так, виділяють два типи травматичних ситуацій: тип 1 -короткострокова, несподівана травматична подія (сексуальне насильство, природні катастрофи, ДТП, снайперська стрілянина) і тип 2 – постійний і повторюваний вплив травматичного стресора – серійна травматизація або пролонгована травматична подія (повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії). Ці ситуації мають дещо відмінні характеристики.

### **Тип 1. Короткострокова, несподівана травматична подія**

1. Одиничний вплив, що несе загрозу і вимагає переважаючих можливості індивіда механізмів опанування (копінгу).

2. Ізольоване, досить рідкісне травматичне переживання.

3. Несподівана, раптова подія.

4. Подія залишає незгладимий слід в психіці індивіда (індивід часто бачить сни, в яких присутні ті чи інші аспекти події), сліди в пам'яті носять більш яскравий і конкретний характер, ніж спогади про події, що відносяться до типу 2.

5. З великим ступенем ймовірності призводять до виникнення типових симптомів ПТСР: нав'язливою розумовою діяльністю, пов'язаною з цією подією, симптомів уникнення і високої фізіологічної реактивністю.

6. З великим ступенем ймовірності проявляється класичне повторення переживання травматичного досвіду.

7. Швидше відновлення нормального функціонування рідко і мало ймовірно.

## **Тип 2. Серійна травматизація або пролонгована травматична подія.**

1. Варіативність, множинність, пролонгованість, повторюваність травматичної події або ситуації, передбачуваність.

2. Найбільш ймовірно, ситуація створюється по наміру.

3. Спочатку переживається як травма типу 1, але, у міру того, як травматична подія повторюється, жертва переживає страх повторення травми.

4. Відчуття безпорадності в запобіганні травми.

5. Для спогадів про такого роду подію характерна їх неясність і неоднорідність в силу дисоціативного процесу; з часом дисоціація може стати одним з основних способів опанування (копінгу) травматичної ситуації.

6. Результатом впливу травми типу 2 може стати зміна «Я» – концепції та образу світу індивіда, що може супроводжуватися почуттями провини, сорому і зниженням самооцінки.

7. Висока ймовірність виникнення довгострокових проблем особистісного та інтерперсонального характеру, що проявляється в відстороненості від інших, у звуженні і порушенні лабільності і модуляції афекту.

8. Дисоціація, заперечення, намбінг (психічне заціпеніння), відстороненість, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами може мати місце в якості спроби захисту від нестерпних переживань.

9. Приводить до того, що іноді позначають як комплексний ПТСР, або розлад, обумовлене впливом екстремального стресора

Найбільш піддані виникненню посттравматичних реакцій і розладів певні категорії осіб, а саме (дорослі і діти):

- втратили рідних і близьких;
- жертви збройних і міжнаціональних конфліктів;
- з родин біженців і вимушених переселенців;
- що опинилися в інших екстремальних умовах;
- жертви екологічних та техногенних катастроф;
- жертви стихійних лих;
- інваліди;
- мають вади у психічному та (або) фізичному розвитку;
- з відхиленнями у поведінці;
- життєздатність яких об'єктивно порушена в результаті обставин, що склалися;
- жертви насильства;
- відбувають покарання у вигляді позбавлення волі у виховних колоніях;
- діти, що знаходяться в спеціальних навчально-виховних установах

Ще на початку минулого сторіччя були докладно описані реакції реагування людини на події, пов'язані з військовими діями, локальними війнами (нормальна реакція, депресія, паніка, гіперактивність та соматичні реакції).

Навіть при нормальній реакції можуть бути мимовільні м'язові скорочення, м'язова напруга, пітливість, нудота, часте сечовипускання, часте дихання і серцебиття, тривожність, неспокій. ППД у цьому випадку передбачає індивідуальну психофізичну підтримку, чітке керівництво з підкресленням позитивних ситуативних мотивів, спілкування з особою. Не рекомендовано фіксувати зайву увагу на стані, підкреслювати серйозність становища, висміювати або бути байдужим тощо.

При зниженій активності або депресії люди знаходяться в положенні стоячи або сидячи без руху і розмов, з байдужими обличчями. Іноді – одноманітні рухи або монотонні удари частин тіла про який – небудь предмет. Тому в межах ППД необхідно м'яко встановити контакт, проявити участь і вислови-

ти солідарність, запропонувати просту рутинну роботу. Важливо забезпечити теплою їжею і навіть сигаретами. Не рекомендується зайва жалість та солідарність.

Стан паніки, в свою чергу, може проявлятися безрозсудними спробами до втечі, неконтрольованим плачем або бігом колами. ППД – це проявити доброзичливу твердість, дати з'їсти або випити що-небудь тепле, можливо – закурити. При необхідності таку особу варто ізолювати. Не можна застосовувати грубі заходи при ізоляції та обливати водою,

Гіперактивність, як реакція на травмуючу ситуацію, – це схильність до суперечок, швидка мова, виконання непотрібної роботи, перескакування з однієї роботи на іншу, висловлення нескінченних рад оточуючим тощо. Заходи ППД: дати виговоритися, змусити виконувати фізичну роботу, запропонувати з'їсти або випити що-небудь тепле. Необхідно здійснювати контроль за діями такої особи, але не виявляти інших почуттів, акцентувати увагу на стані або вступати з нею у суперечку.

При розвитку реакції з переважанням фізичних компонентів (соматичної реакції) може бути нудота, блювота і навіть функціональні паралічі. В межах ППД психолог має показати свою зацікавленість та запропонувати просту, але не важку роботу. Треба також створити необхідні умови при евакуації до медичного пункту. При цьому не варто говорити постраждалим що з ним нічого серйозного не трапилося або акцентувати увагу на його стані.

Найбільш типові негативні почуття, які виникають після пережитої психотравми:

- Страх поранення, травми себе і близьких; страх залишитися одному; «втрати контролю» над собою; а також страх, що подібна подія може повторитися знову.
- Безпорадність: подія виявляє людську безпорадність і безсилля.
- Смуток через страх смерті, травм та інших важких втрат.
- Туга через те, що відбувалося.
- Провина за те, що самій особі краще, ніж іншим, за те, що вона жива, ціла, не травмована.

- Жаль через те, що ця особа щось не зробила, але що могла би зробити.
- Сором за те, що вона виявилася безпорадною, «надчутливою» і нужденною в інших; за те, що вона не реагувала так, як бажала би, і не робила того, що слід.
- Гнів на те, що трапилося, і на того, хто є причиною цього; на несправедливість і безглуздість всього, що відбувається; за пережитий сором і образи; за відсутність розуміння інших людей; за безрезультатність спроб пояснити їм свій стан.
- Спогади про почуття, пов'язані з відсутністю інших людей, травмованих або померлих.
- Розчарування в собі, інших, в житті.

Такі почуття у особи можуть бути особливо інтенсивними, якщо: багато людей загинуло; їх смерть була раптовою, або супроводжувалась насильством та іншими жахливими обставинами; не були знайдені всі тіла; була велика залежність особи від тієї людини, яка померла; відносини з загиблими або пораненими були конфліктними; цьому стресу передували інші.

Можна визначити певні правила ППД щодо осіб, що пережили травму.

1. Заохочуйте до розповіді вам про його (її) почуття.
2. Не чекайте, що чоловік буде справлятися з травмою краще, ніж жінка.
3. Говоріть потерпілому про свої почуття і ваш жаль щодо заподіяного йому болю.
4. Нагадуйте, що переживання для людини – це нормально.
5. Не намагайтеся запевняти, що все буде добре, це неможливо.
6. Не намагайтеся нав'язувати свої пояснення того, чому все сталося.
7. Не кажіть потерпілому, що ви знаєте, що він переживає. Ви не знаєте цього. Найчастіше такі спроби допомагають саме вам (а не потерпілій людині) зменшити тривогу, що виникає у зв'язку з тим, як саме ви переживаєте, що трапилося з потерпилим.
8. Будьте готові взагалі не говорити. Потерпілому може бути досить того, що ви поруч.

9. Розповідайте своїм друзям і родині про власні почуття. Пам'ятайте, що, хоча ви самі і не були жертвою травми, допомагаючи потерпілому, можете самі опинитися травмованим.

10. Розповідайте вашим друзям і родині про ті незвичайні фізичні відчуття, які можуть бути пов'язані з вашою звичайною роботою.

11. Не бійтеся, якщо потерпілий просить про більш глибоку допомогу, наприклад – звернення до професіонала (лікаря-психіатра). І вдавайтеся при необхідності до такої допомоги самі.

12. Постарайтеся не проектувати ваші власні почуття на події навколо. Кожен переживає те, що трапилося по-своєму.

13. Не бійтеся питати, як людина справляється з травмою. Але не ставте питань про деталі травми. Якщо людина говорить про це, слухайте її. Найкраще – слідувати за нею

14. Не складайте жодних планів відновлення для потерпілого і для себе.

Під час роботи в межах ППД використовуються методи, що сприяють активності, зміні почуттів та зміні переживань, а також демонструють індивіду безумовне прийняття його особистості, безоціночне ставлення.

Ці результати досягаються через різні варіанти слухання (Т. Гордон):

- Пасивне слухання (тиша): потужний невербальне засіб, що дозволяє індивіду відчути увагу до його особи і проблем;
- Реакція підтвердження, визнання почутого: здійснюється за допомогою вербальних реплік і невербальних прийомів (кивання головою, нахил вперед, усмішка, нахмурення брів та ін);
- «Відкривання дверей»: спеціальні питання або зауваження, що дозволяють індивіду бути більш відкритим, що заохочують його висловлювання;
- Активне слухання: за допомогою перефразування почутого психолог уточнює свої гіпотези і декодує інформацію особи;
- «Відображення почуттів»: метод передачі співпереживання і розуміння (К.Роджерс). при його використанні психолог стає своєрідним дзеркалом

почуттів індивіда, допомагає йому їх усвідомити і вербалізувати; тим самим він сприяє їх емоційному відреагуванню;

- Навчання сублимації: вираження почуттів в безпечній, соціально-прийнятній і потенційно-творчій формі;
- Інтерпретація: основа психологічних методів впливу, в результаті яких індивід отримує нове бачення ситуації на основі теорії та особистого досвіду куратора. Людина відкриває для себе альтернативне бачення реальності, що відрізняється від картини, яку вона сама собі уявляла;
- Директива: психолог ясно показує особі, яку дію вважає для неї бажаною, і припускає, що особа виконає його вказівки;
- Саморозкриття: психолог ділиться особистим досвідом і переживаннями, показує, що здатний розділити нинішні почуття співрозмовника. Його висловлювання побудовані на «Я-пропозиціях»;
- Зворотній зв'язок: психолог дає можливість людині зрозуміти, як (якою) її сприймають з боку, дає конкретні дані для позитивного або врівноваженого самосприйняття.
- Логічна послідовність: психолог пояснює індивіду наслідки мислення і поведінки: «Якщо будете ..., то буде ...». Метод дає можливість для рефлексії своїх дій і переживань, сприяє розвитку рефлексивного поведінки і прийняття самостійних рішень;
- Переказ: повторення сутності ситуації індивіда і його думок психологом, яке активізує обговорення проблеми і покращує її розуміння обома сторонами;
- Резюме: використовується в кінці бесіди для підсумовування суджень індивіда і висновків куратора. Метод сприяє прояснення результатів бесіди і допомагає перенести їх в реальне життя.

Якщо під час ППД особа демонструє ворожість та агресивність, бажано застосувати невербальні сигнали, що знижують напругу під час інцидентів і криз: збільшення відстані між психологом і індивідом; повільне промовляння слів і пропозицій; зниження тону до кінця пропозиції або слова; менш частий і менш

тривалий контакт очима; уповільнені, загальмовані рухи; стриманість у фізичних контактах.

До інших важливих моментів варто насамперед віднести конкретність індивідуальної програми ППД, її максимальне наближення до реального життя кожного індивіда. Причому, індивідуальна програма має швидко змінюватися залежно від того, якими є досягнення індивіда. Вона гнучка, відкрита і вільна для внесення творчих моментів, що залежать від особистості психолога, що виконує ППД. Така програма дає можливість рефлексії результатів кожного кроку психолога та індивіда, спрямованого на наближення його до поставленої мети. У плані роботи постійно мають враховуватися оволодіння навичками соціальної компетенції як запоруки якісної ресоціалізації особи після травматичної події.

### 2.2.2 Фармакотерапія

Фармакотерапія в більшості випадків має тривалий характер і полягає в переважно комбінованому застосуванні антидепресантів, транквілізаторів, тимостабілізаторів, ноотропних препаратів, (3-адреноблокаторів, антипсихотичних засобів та ін., причому, основна роль в ній належить антидепресантам). Терапія антидепресантами розпочинається з їх призначення разом із транквілізаторами або снодійними засобами.

Слід наголосити, що призначення таким хворим транквілізаторів має тимчасовий характер. Воно обумовлено їх швидкою седативною та анксиолітичною дією, на відміну від антидепресантів, ефект від вживання котрих зазвичай настає не раніше ніж через 10-14 днів. Тривалість застосування транквілізаторів складає, як правило, 3-4 тижні, в особливих випадках – не більше 3 місяців.

Застосування снодійних засобів рекомендується виключно короткими курсами і у тих випадках, коли у клірічній картині є поєднання симптомів порушень сну з афективними розладами, адреноблокатори призначаються малими дрібними дозами. Нейролептичні засоби застосовуються виключно в тих випадках, коли тривога супроводжується вираженим психомоторним збудженням та/або дезорга-



нізацією мислення, а також у випадках неефективності інших анксиолітичних та седативних засобів.

ПТСР – важко курабельний розлад. Лікування частіше проводиться амбулаторно. При виражених психічних порушеннях, суїцидальних думках, агресивній чи деструктивній поведінці, зловживанні психоактивними речовинами рекомендують госпіталізацію. При амбулаторному лікуванні рекомендовано призначення небензодіазепінових анксиолітиків та нейрометаболічних стимуляторів. Наводимо невеликий перелік психотропних медикаментів, що можуть бути призначені при ПТСР.

Мєбікар – небензодіазепіновий анксиолітик. Призначається по 0,5 г 2-3 рази на день. Максимальна разова доза становить 3,0 г, добова 10,0 г. Тривалість курсу лікування – від декількох днів до 2 – 3 місяців. Препарат малотоксичний, звикання, залежність та синдром відміни по відношенню до нього не встановлені. Можна поєднувати з нейрорептиками, бензодіазепінами, снодійними засобами, антидепресантами та психостимуляторами. Аналіз результатів ЕЕГ дозволяє зробити висновок про нормалізацію функціональної активності головного мозку при лікуванні протягом 60 днів у пацієнтів з синдромом емоційного вигорання. Ефективність мєбікару при ПТСР зумовлена спектром його нейромедіаторних ефектів: центральною ГАМК-ергічною, серотонінергічною та менш вираженою холінергічною дією на фоні значної адренолітичної активності та антиглутамінергічної дії. Багаторівневу та міжфункціональну дію препарату показано на моделях стресу та травматичного шоку.

Афобазол – селективний небензодіазепіновий анксиолітик з активізуючою дією без седативного ефекту, що не спричиняє міорелаксації, зниження уваги та пам'яті, не викликає фізичної залежності. Препарат призначають по 10 мг 3 рази на день, за потреби збільшуючи дозу до 50-60 мг на добу. Тривалість курсу лікування – 3-4 тижні. Форма випуску – таблетки по 10 мг.

Вибір нейрометаболічних стимуляторів залежить від клінічної картини ПТСР. Деякі нейрометаболічні стимулятори (пікамілон, пантогам, мексидол) мають

седативну або транквілізуючу дію. У більшості препаратів (ацефен, беметил, піритінол, пірацетам, аміналон, деманол) відмічається психостимулююча активність.

Фенібут (гамма-аміно-бета-фенілмасляна кислота) призначається по 0,25 – 0,5 г 3 рази на день. Курс лікування становить 4 – 6 тижнів. Основна ноотропна дія препарату ґрунтується на антигіпоксичній дії, покращенні ГАМК-ергічної нейромедіаторної передачі, підвищенні енергетичних ресурсів, поліпшенні функціональних особливостей нейронів. Препарат покращує пам'ять, інтелектуальну активність, підвищує стійкість мозку до шкідливих впливів, має антиастенічну дію. Здійснює помірну транквілізуючу дію, зменшуючи напруженість, тривогу, страх, емоційну лабільність, подразливість, нормалізує сон.

За значної вираженості психічних розладів пацієнтів з ПТСР доцільно госпіталізувати, пам'ятаючи про можливість розвитку в них залежності та звикання до психотропних препаратів. Вибір психотропного препарату проводиться з врахуванням наявної психопатологічної симптоматики. Так, при вираженій тривозі з ажитацією необхідно підключати потужні транквілізатори (феназепам, лоразепам, альпразолам) або використати прийом невеликих доз седативних антипсихотиків – нейролептиків (хлорпротиксен, тіорідазін, левомепромазін, оланзепін).

Однак найбільш широко для лікування ПТСР використовуються антидепресанти. Теоретичною передумовою використання антидепресантів при ПТСР є не стільки депресія, скільки прояви obsесивно-компульсивної симптоматики, нав'язливі уявлення та тривожно-фобічні переживання. Поряд із широким колом симптомів, які зазнають редукції при прийомі антидепресантів, до їх беззаперечних переваг слід віднести мінімальну можливість зловживання цими препаратами та формування залежності, що має велике значення при ПТСР.

Враховуючи необхідність тривалої терапії ПТСР та комплаєнсу, перевага в наш час надається селективним інгібіторам зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС). СІЗЗС (сертралін, флувоксамін, флуоксетин, пароксетин, циталопрам, есциталопрам) практично не викликають холінолітичних побічних ефектів. Ри-

зик розвитку кардіотоксичної дії у випадку передозування СІЗЗС значно нижчий порівняно з трициклічними антидепресантами (ТЦА). Серотонінергічні антидепресанти поряд із безпосередньою антидепресивною, протитривожною та вегетостабілізуючою дією, є ефективними при obsесивно-компульсивних та експлозивних (спалахах агресивності) розладах, а також зменшують потяг до алкоголю. Лікування повинно продовжуватися 6-8 тижнів, перш ніж лікар може зробити висновок про результати проводимої терапії.

При зловживанні лікарськими середниками або за вираженої імпульсивності хворого можна застосувати карбамазепін, вальпроати або солі літію. Виходячи із значення підвищеної адренергічної активності у підтриманні симптомів ПТСР, в лікуванні використовуються бета-блокатори (анаприлін, атенолол, пропранолол) або альфа-адреноміметики (клонідин).

#### Сертралін.

Доза: починаючи з 12,5-25 мг 1 раз на день з поступовим підвищенням до 50-200 мг на добу. Покази: депресії, дисфорії, спалахи агресивності, obsесивно-омпульсивні та фобічні розлади, хронічні алгічні синдроми. Побічні ефекти: нудота, діарея, тремор, затримка еякуляції.

#### Флуоксетин

Доза: переважно 20-40 мг на день, рідше доза підвищується до 60-80 мг на добу. Покази: депресії, дисфорії, спалахи агресивності, obsесивно-компульсивні та фобічні розлади, хронічні алгічні синдроми. Побічні ефекти: біль голови, підвищена збудливість, порушення слиновиділення, зниження апетиту, диспепсія, зменшення сексуального потягу (лібідо).

#### Міансерин

Доза: початкова 15-30 мг на добу, максимальна до 150 мг на добу. Покази: депресії, тривожні розлади, порушення сну. Побічні ефекти: сонливість, слабкість, біль голови, нудота.

#### Буспірон

Доза. 5 мг 2 рази на добу, підвищення до 15-45 мг на добу. Покази: тривожні розлади. Побічні ефекти: біль голови, головокружіння. Не викликає перехресну толерантність з бензодіазепінами.

## Пропранолол

Доза. 10 мг 2-3 рази на добу, підвищення до 80-160 мг на добу; з метою профілактики можливий прийом препарату по 20-40 мг 30 хвилин до події, що викликає тривогу. Покази: внутрішнє напруження, тривога, симптоми адренергічної гіперстимуляції. Побічні ефекти: брадикардія, гіпотензія, сонливість. Пропранолол не можна призначати хворим на астму.

## Карбамазепін

Доза: початкова 200-300 мг на добу в 2-3 прийоми, максимальна до 600-800 мг на добу. Покази: афективна напруженість, часті дисфорії, імпульсивність.

Побічні ефекти: головокружіння, сонливість, загальмованість.

У недавньому Кокранівського систематичному огляді Amos T. і співавтори (2014) вивчали ефективність фармакотерапії на запобігання розвитку ПТСР у осіб післятравматичного досвіду або домашнього насильства. Як відомо, когнітивно-поведінкова терапія є ефективним засобом профілактики розгорнутої картини ПТСР у таких пацієнтів, однак наявності подібних ефектів у певних препаратів залишається до кінця не вивченим.

Всього в аналіз включили 9 рандомізованих контрольованих клінічних випробування із загальним участю 345 пацієнтів у віці 18-76 років. Аналіз показав, що гідрокортизон достовірно знижує ризик розвитку ПТСР на 83% (відносний ризик 0,17; 95% довірчий інтервал 0,05-0,56) з помірним якістю доказів. У цілому необхідно були пролікувати цим препаратом від 7 до 13 пацієнтів, щоб запобігти розвитку ПТСР у одного додаткового пацієнта в порівнянні з плацебо. Пропранолол також знижував ризик для ПТСР однак у порівнянні з плацебо ці відмінності були недостовірні. Також відзначили, що в 3-х з 4-х досліджень гідрокортизон був більш ефективним, ніж плацебо в профілактиці ПТСР по тому в середньому 4,5 місяців після травматичної події. Ні в одному з досліджень не підтвердився подібний ефект щодо есциталопраму, темазепаму і габапентину.

Таким чином, резюмуючи результати, вчені відзначили наступне: з помірною якістю доказів гідрокортизон запобігає розвитку ПТСР; з помірною якістю

доказів гідрокортизон знижує тяжкість симптомів ПТСР при подальшому його розвитку; відсутні докази ефективності пропранолола, есциталопраму, темазепаму і габапентину в запобіганні розвитку ПТСР.

### 2.2.3 Психотерапія

У сучасній психотерапії і психокорекції ПТСР домінує інтегративний підхід. В усіх реабілітаційних заходах необхідна апеляція до особистості потерпілих, оскільки при інтенсивному впливі травматичного стресу страждає саме і насамперед особистість. ПТСР по суті являють собою взаємодію особистості з пережитим стресовим досвідом, при цьому феноменологія тих або інших психічних порушень, що виникають внаслідок переживання екстремальної події, відображує у певній мірі якість постстресової адаптації особистості. Основна мета психотерапевтичної роботи полягає в тім, щоб максимально повно відновити преморбідний рівень соціального й особистісного функціонування потерпілих.

При цьому психотерапія спрямована на:

- створення нової когнітивної моделі життєдіяльності;
- афективну переоцінку травматичного досвіду;
- відновлення відчуття цінності власної особистості;
- відновлення здатності подальшого існування у світі.

#### **Підходи до психотерапії ПТСР:**

- Психологічний дебрифінг;
- Когнітивно-біхевіоральна терапія;
- Десенсибілізація і опрацювання рухами очей (ДОРО);
- Групова терапія;
- Психодинамічна терапія;
- Арт-терапія.

Найбільш розповсюдженими методами психотерапії при лікуванні пацієнтів із ПТСР є:

- Когнітивно-біхевіоральна терапія

- Психологічний дебрифінг;
- Десенсибілізація і переробка рухами очей (ДПРО)

### **Основними принципами проведення психотерапії ПТСР є:**

1. Обов'язковість психотерапевтичного втручання;
2. Максимально ранній початок після психотравми з метою запобігання розвитку і хронізації ПТСР;
3. Комплексне тривале психотерапевтичне втручання в сполученні з фармакотерапією.

За формою проведення психотерапія підрозділяється на індивідуальну, групову і комбіновану. Останній формі віддається найбільша перевага.

Виділяють наступні основні психотерапевтичні стратегії:

- Підтримка адаптивних навичок «Я».

З цією метою найчастіше використовуються такі психокорекційні техніки:

- 1) систематична десенсибілізація;
- 2) тренінги релаксації;
- 3) зменшення зовнішніх вимог;
- 4) техніки відновлення ресурсів «Я».

- Формування «позитивного ставлення» до симптому .

Оскільки люди, які страждають на ПТСР, пережили події, що виходять за рамки звичайного людського досвіду, то в них незрозумілі і тяжкі для них переживання і реакції. Психокорекція спрямована на те, щоб допомогти пацієнтам зрозуміти, що їхні реакції нормальні, а пережите – екстремальне. Це дозволяє запобігти подальшій травматизації людини вже самими хворобливими симптомами, а також актуалізувати власні особистісні ресурси.

### **Зменшення уникання**

Як відомо, для пацієнтів із ПТСР характерне завзяте уникання зіткнення з усім, що пов'язано з травмою. Уникання відбувається на декількох рівнях: уникання емоцій, спогадів, поведінкове і когнітивне уникання. У зв'язку з наявністю уникання травматичний досвід не переробляється, продовжує залишатися хворобливим, а само по собі уникання стає додатковою проблемою, то загострює ситуацію.

## Зміна атрибуції змісту

Домінантою є зміна змісту, що надається травматичній ситуації і її наслідкам. Необхідною умовою ефективного лікування є формування відчуття «контролю за травмою». Багато авторів розглядають це відчуття як загальну кінцеву мету, до якої повинні прагнути всі психотерапевтичні втручання. Цілі психотерапевтичного втручання значною мірою визначаються як актуальними переживаннями пацієнта, так і етапом перебігу ПТСР.

Актуальний стан пацієнта – тривалий стресовий стан у результаті травматичної події. Задачі психотерапії – завершити подію або вивести пацієнта зі стресового оточення; побудувати тимчасові відносини; допомогти пацієнту в прийнятті рішень, плануванні дій.

Актуальний стан пацієнта – прояви нестерпних станів: напливи почуттів і образів; паралізуюче уникання й оглушення. Задачі психотерапії – знизити амплітуду станів до рівня стерпних спогадів і переживань.

Актуальний стан пацієнта – застрявання в неконтрольованому стані уникання й оглушення. Задачі психотерапії – допомога пацієнту в повторному переживанні травми і її наслідків, а також у встановленні контролю над спогадами й у здійсненні довільного пригадування. У ході пригадування надавати допомогу пацієнту в структурованні і вираженні переживання; при зростаючій довірливості відносин з пацієнтом забезпечити подальше пророблення травми.

Актуальний стан пацієнта – здатність сприймати і витримувати спогади й переживання. Задачі психотерапії – допомога в переробці асоціацій пацієнта і пов'язаних з ними когніцій та емоцій, що стосуються образу «Я» і образів інших людей. Допомогти пацієнту встановити зв'язок між травмою і переживанням загрози, патерном міжособистісних відносин, образом «Я» і планами на майбутнє.

Актуальний стан пацієнта – здатність до незалежної переробки думок і почуттів. Задачі психотерапії – проробити терапевтичні відносини. Завершити психотерапію.

## 2.2.4 Самодопомога

Є невід'ємною частиною лікування розладів, пов'язаних зі стресом навіть якщо людина отримує підтримку психотерапевта. В контексті самодопомоги корисними є: використання стратегій копінг-поведінки з метою отримати більший контроль над симптомами.

За допомогою специфічних стратегій можна зробити симптоми більш керованими, що зменшать їх негативний вплив. Випробування різних стратегій виконується для того, щоб знайти ті, які найбільше відповідають конкретній особистості пригадування травматичної події.

Для подолання ПТСР важливим є максимальне опрацювання спогадів і їх свідоме повторне переживання. Опис травматичної події має бути деталізованим. Особам, що страждають на важку форму ПТСР, найкраще це робити з професійною підтримкою. Перегляд проблемних моментів і їх інтерпретацій є важливою частиною одужання від ПТСР. Отримання більше інформації про те, що трапилося під час травматичної події може бути дуже корисним. Коли будуть відчутні будь-які симптоми полегшення, настане час поступово відновити життя, повертаючись до діяльності, яка була до травматичної події, залучаючи нові види діяльності.

## 2.3. Профілактика професійного вигорання людей, які надають психологічну допомогу

В курації ПТСР важливе місце в першу чергу займає профілактика професійного вигорання спеціалістів, що надають допомогу потерпілим. Для даного напрямку профілактики стресових розладів необхідно проводити навчання і супервізію працівників служб допомоги, а також формування незалежних груп підтримки.

Труд медичних працівників є відповідальним, потребує витривалості, передбачає високу і постійне психоемоційне навантаження, а також необхідність прийняття рішень в екстремальних ситуаціях. Саме тому медичні працівни-



ки відносяться до групи ризику, як спеціалісти, найбільш схильні даному синдрому.

На сьогодні «професійне вигорання» це довготривала стресова ситуація, яка виникає внаслідок тривалих професійних стресів середньої інтенсивності та розглядаються в аспекті особистої деформації професіонала під впливом тривалого професійного стажу.

Професійний стрес – багатообразний феномен, якій виявляється в психічних і соматичних реакціях на напружені ситуації в трудовій діяльності людини. Провідну роль в синдромі вигорання відіграють емоційно ускладнені або напружені відносини у системі «людина-людина», до яких відносяться відносини між лікуючим лікарем і важким хворим.

Найбільш ярко синдром вигорання виявляється у випадках, коли комунікації ускладнені емоційною насиченістю або когнітивним ускладненням.

Професійне вигорання виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки» або «звільнення» від них, призводить до виснаження емоційно-енергетичних і особистих ресурсів людини. З точки зору концепції стресу, вперше сформульованої у 1936 р. канадським фізіологом Г. Сельє, професійне вигорання – це дистрес, або третя стадія загального адаптаційного синдрому – стадія виснаження. В 1981 р. Є. Морроу запропонував яскравий емоційний образ, якій відображає, на його думку, внутрішній стан робітника, якій відчуває дистрес професійного вигорання: «Запах психологічного дроту, якій вигорає». Далеко не кожен може здійснювати свою професійну діяльність у несприятливому психічному стані.

У професіях типу «людина-людина» частіше за все проявляються негативні ознаки професійної деформації особистості, серед яких є і загальні для всіх професій: деформація механізмів соціальної перцепції; виникнення професійного фільтру сприйняття людей, які оточують, не як унікальних особистостей та індивідуальностей, а лише як фігурантів специфічних, суцільно професійних відносин.

Лікарі і середній медичний персонал – люди, які у високому ступені підвладні цьому синдрому. Підставою до такого висновку є як загальні причини, які при-

таманні прояву професійного вигорання у всіх категорій робітників, так і специфічні особливості, які пов'язані з характером їх діяльності.

Т.І. Рогінська справедливо зауважує, що в основу досліджень психологічного феномену – синдрому професійного вигорання – може бути запропонована метафора: «ніщо не є для людини таким великим навантаженням, як друга людина».

Тому психологічну допомогу необхідно надавати медичним працівникам постійно (незалежно від стажу роботи), формувати психологічну стійкість до стресу, навчати взаємодії в колективі, вмінню приймати рішення і брати на себе відповідальність за їх виконання. Особливість цієї роботи полягає в тому, щоб не було помітно, що в даний час з людиною працює психолог і надає йому психологічну допомогу. Це достатньо велика проблема, так як спеціалісту достатньо складно повністю довіритися волі свого колеги.

Існує класифікація професій за «критерієм труднощів і шкідливості» діяльності (за А.С. Шафранової, 1925 р.):

- Професії вищого типу – за ознакою необхідності постійної позаурочної роботи над предметом та собою (Медицина, освіта, мистецтво).
- Професії середнього типу (ремісничого) типу – робота тільки над предметом.
- Професії низького типу – після навчання не потребує роботи а ні над собою, а ні над предметом.

До числа психологічних стрес-факторів, ефект яких впливає на медичний персонал, відносяться:

- Велика кількість контактів з хворими та їх родичами, постійне зіткнення з чужими проблемами та чужим болем, з негативними емоціями.
- Підвищені умови до професійної компетенції лікаря і до служінню іншим, самовіддачі.
- Відповідальність за життя і здоров'я людини.
- Виробнича середа з новими факторами соціального ризику, такими як злочинність, наркоманія, безпритульність та інш.

Медична практика показує, що синдром професійного вигорання, згідно до МКХ-10, по різному: як «розлад пристосувальних реакцій» (код F 43.2) в зв'язку

зі стресовими подіями, або «проблеми пов'язані з труднощами організації нормального образу життя» (код Z73).

Всі ці дефініції можна поєднати одним поняттям – мотиваційна включенність, яка приймається як особливий пролонгований психічний стан, виступає «ядром» внутрішньої активності суб'єкта. Залученість – це бажання приймати особисті зусилля, привносити свій внесок в діяльність для досягнення її мети. Існують механізми формування і підвищення рівня залучення. При цьому рівень її сформованості та розвитку виступає як показник мери особистої участі людини в будь-якому процесі, а значить, у багатьох випадках визначає ефективність його діяльності.

Профілактика синдрому професійного вигорання повинна здійснюватися у наступних напрямках:

- Освітня робота про сутність та наслідки професійної деформації.
- Створення кабінетів «психологічного розвантаження» в лікувальних установах для медичного персоналу.
- Організація роботи клінічного психолога.
- Створення сприятливого психологічного клімату в колективі.
- Організація наставництва.
- Урахування думок співробітників при виборі колеги.
- Психологічне консультування як можливість проробки професійних і особистих проблем.
- Проведення групових тренінгів, антистресових програм.
- Активний відпочинок, санаторно-курортне лікування.
- Постійна внутрішня робота медичного працівника над собою, переоцінка поведінки, рефлексія емоційних станів.

Концепція поведінкових профілактичних мер, яка надана в психологічній літературі, фокусується на первинній профілактиці. До неї відносяться наступні заходи:

- Покращення навичок боротьби зі стресом (обговорення після критичної події, фізичні вправи, адекватний сон, регулярний відпочинок та інш.).

- Навчання технікам релаксації – прогресивна мішечна релаксація, аутогенне тренування, самонавіяння, медитація.
- Вміння поділити з пацієнтом відповідальність за результат, вміння казати «НІ».
- Хобі (спорт, культура, природа).
- Спроба підтримання стабільних партнерських, соціальних відносин.
- Фрустраційна профілактика (зменшення неправдивих очікувань).

Співробітників, які вперше приступили до роботи, необхідно реалістично і адекватно ввести у курс справи. Якщо очікування реалістичні, ситуація більш передбачувана і краще скерована.

### *Методи саморегуляції*

Ефективним засобом профілактики напруженості, попередження синдрому професійного вигорання є використання способів саморегуляції і відновлення себе. Це свого роду техніка безпеки для фахівців, які мають багато чисельні та інтенсивні контакти з людьми в своїй професійній діяльності.

Природні способи регуляції організму. Це тривалий сон, смачна їжа, спілкування з природою та тваринами, лазня, масаж, рух, танці, музика та багато іншого. Нажаль, подібні засоби неможна, як правило, використати на роботі, безпосередньо в момент виникнення напруження або втоми.

Але є спеціальні способи, які можна використовувати під час роботи. Дуже важливо розбиратися:

- Якими природніми механізмами зняття напруги і розвантаження, підвищення тонуусу володіє людина;
  - Усвідомлення їх;
  - Перехід від спонтанного використання природних способів регуляції до удосвідомлення з метою управління своїм станом.
  - Освоїти способи саморегуляції або самовпливу.

Все це є суть саморегуляції. Саморегуляція – це управління своїм психо-емоційним станом, яке може бути досягнуто шляхом впливу людини на саму себе за допомогою слів, образів думок, управління м'язовим тонусом і диханням.

Таким чином, саморегуляція може здійснюватися за допомогою чотирьох основних засобів, які використовуються як окремо так і в різних сполученнях.

Як результат саморегуляції можуть виникнути три основних ефекти:

- Ефект заспокоєння (усунення емоційної напруги);
- Ефект відновлення (ослаблення прояв втоми);
- Ефект активізації (підвищення психофізичної реактивності).

Сучасна саморегуляція є своєрідним психогігієнічним засобом, яке попереджує накопичення залишкових явищ перенапруги, яке сприяє повноті відновлення сил, нормалізації емоційного фону діяльності, а також посилює мобілізацію ресурсів організму.

Також в теперішній час, з метою стимуляції особистих адаптаційно-компенсаторних можливостей організму використовується комплекс: бальнеотерапія, фізіотерапія, рефлексотерапія і санаторно-курортне лікування. Аналіз сучасних реабілітаційних програм, для осіб небезпечних професій, показав, що недостатньо використовується метод резервометрії і моніторингу функціонального стану організму. Також не практично не використовують сучасні методи саморегуляції на основі апаратного біоуправління з біологічним зворотнім зв'язком, який ефективно використовується в нейрореабілітації.

В підсумку слід зазначити, що професійне вигорання – це велика проблема і стосується кожного, але це проблема яка вирішується.

### **3. Інноваційні підходи до курації психічних розладів внаслідок НС**

#### **3.1. Методологічні основи психотерапії, психопрофілактика та психокорекція психічних розладів внаслідок НС**

Психолого-психіатричні наслідки перебування людини в умовах НС, стосуються всіх рівнів функціонування (біологічний, особистісний, соціальний), суттєво погіршують стан здоров'я, якість життя широких верств населення (WHO, 2001, 2006, 2007). Тяжкими результатами НС постають медико-психологічні наслідки, що ведуть до зниження якості життя делінквентної та саморуйнівної поведінки, передчасної інвалідізації як постраждалих, так і залучених до ліквідації наслідків НС осіб (А.П. Чуприков, Г.Я. Пилягина, 2002; Н.Г. Пшук, 2007). Матеріальні витрати на лікування та соціальну допомогу потерпілим без урахування цих складових здоров'я не призводять до належних результатів, зокрема відповідного рівню соціального функціонування постраждалих (Б.В. Михайлов, Н.О. Марута, 2002; О.С. Чабан, О.О. Хаустова, 2003; Н.Г. Пшук, Т.Г. Кривоніс, 2006). Розроблені стандарти медичних технологій, гарантованих обсягів психотерапевтичної, психопрофілактичної та корекційної допомоги (Б.В. Михайлов, 2004, 2007) постраждалим внаслідок НС мають ґрунтуватися на індивідуалізованому підході до пацієнтів та мають спрямовуватися на визначені мішені втручання.

Так, молодий чи літній вік, низький рівень освіти, нестабільний сімейний стан можна розглядати як предиктори формування психічних розладів, пов'язаних зі стресом. Серед професійних факторів таким є невеликий стаж роботи із частою її зміною. Індивідуально-психологічними факторами, які сприяють виникненню психічних розладів, пов'язаних зі стресом, є акцентуація характеру емоційного типу та високий рівень тривожності. Наявність психотравм в анамнезі у хворих на стресорні розлади більш ніж в два рази перевищувала цей показник у здорових осіб. Серед психотравм домінували конфлікти на роботі та часта їх зміна, конфлікти в сім'ї та розлучення.

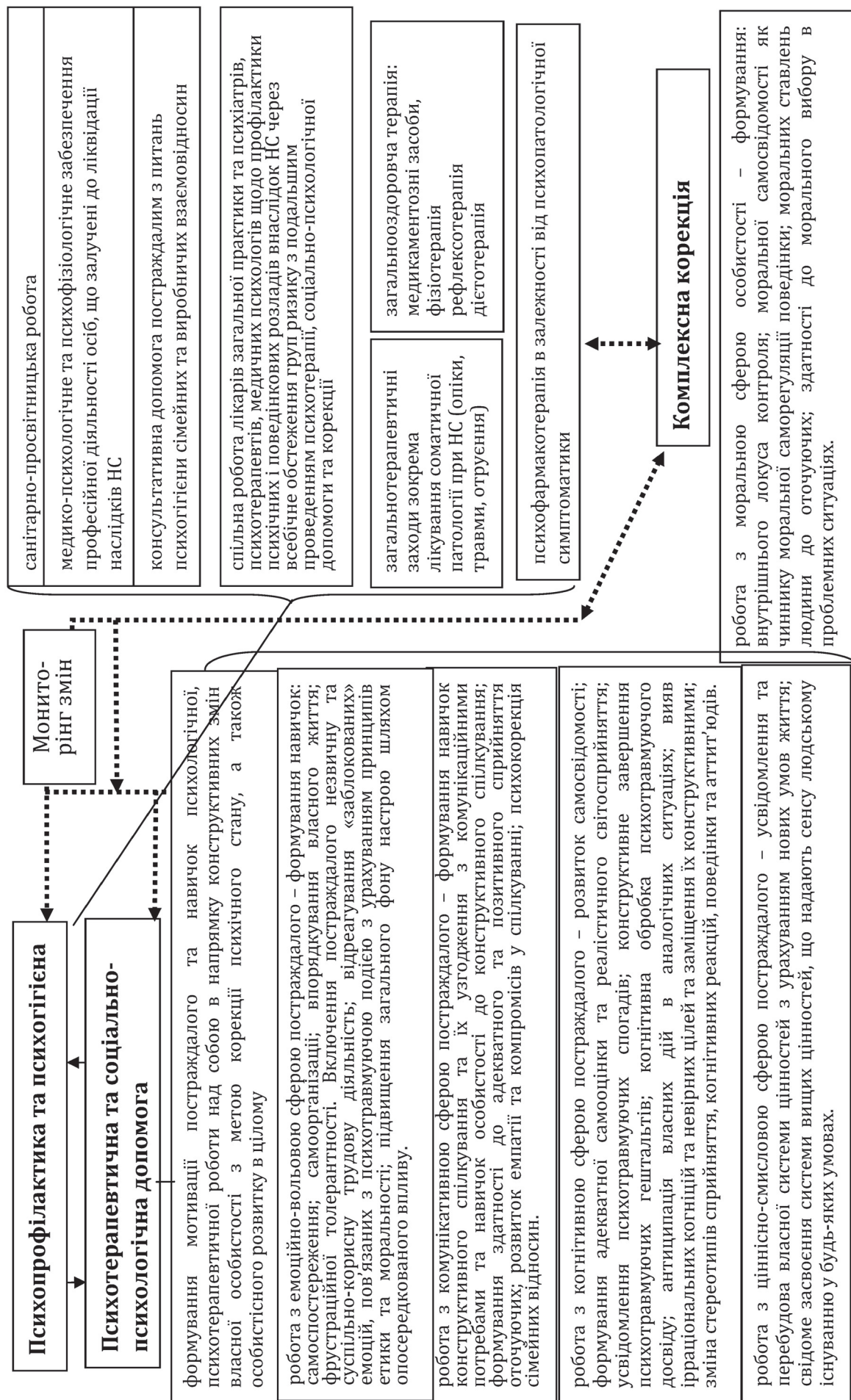
Комплексне лікування стресорних розладів, зокрема ПТСР, спрямовано на зворотний розвиток психопатологічної симптоматики, відновлення адаптивних механізмів, розв'язання психогенного конфлікту. Запропонована комплексна терапія відрізняється більшою ефективністю в порівнянні із суто медикаментозним лікуванням, про що свідчить якісна редукція психопатологічної симптоматики. Застосування розробленого терапевтичного комплексу також дозволяє відновлювати компенсаторно-адаптаційні можливості людини та запобігти хроніфікації захворювання, що може використовуватись як метод вторинної профілактики при психічних розладах, пов'язаних зі стресом. В свою чергу, встановлення факторів ризику формування психічних розладів, пов'язаних зі стресом, дає можливість удосконалити заходи первинної профілактики даної патології.

Психотерапевтичні втручання здійснювалися за такими напрямками:

- 1) індивідуальна та групова психотерапія з гірниками;
- 2) робота з близькими та рідними постраждалих.

Індивідуальна психотерапія сприяла тому, що пацієнт усвідомлював істинну природу своєї проблеми, намагався розв'язати внутрішні конфлікти та життєву кризу. Багатокомпонентний підхід включав корекцію помилкової уяви про стресову реакцію, надання інформації пацієнту про її загальну природу та роль у виникненні захворювання, а також розвиток у пацієнта здатності до самоаналізу та усвідомлення їм проявів стресової реакції та характерних симптомів психічних розладів, пов'язаних зі стресом.

Вибір групової форми психотерапії був обумовлений її здатністю допомогти у вирішенні проблем, які виникали під час міжособистісних взаємодій. Можливість отримати зворотний зв'язок і підтримку оточуючих людей з подібними проблемами, які завдяки цьому могли надати дієву допомогу, складала перевагу групового методу серед інших. Реакції, що виникали та пропрацьовувалися в контексті групових взаємодій, допомагали у вирішенні міжособистісних конфліктів поза групою. В роботі з членами родини застосовували елементи сімейної психотерапії.





### 3.2. Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій

**Актуальність теми.** Зростання кількості осіб з реактивними психічними та поведінковими розладами, зокрема з ознаками посттравматичного стресового розладу після силового протистояння січня-лютого 2014, значний відсоток в суспільстві дезадаптованих людей (учасників Майдану, колишніх силових структур), що втратили роботу, соціальні зв'язки та потребують психосоціальної і трудової реабілітації та повернення до повноцінного життя, що, в свою чергу, вимагає створення системи надання допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій.

**Мета створення:** наукове обґрунтування, розробка та впровадження системи надання допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій для забезпечення високого рівня надання професійної медичної допомоги особам з посттравматичним стресовим розладом, психологічного та соціального супроводу за різними напрямками, впровадження реабілітаційних програм в суспільстві.

**Цільова аудиторія:** постраждалі та учасники протестних акцій кінця 2013 – початку 2014 рр. з обох сторін, члени їх сімей, свідки трагічних подій, біженці та інші особи з наслідками психотравмуючих або стрессогенних впливів.

#### **Напрямки роботи:**

##### 1. Лікування

А. Лікування реактивно обумовлених психічних і поведінкових розладів (психофармакотерапія, психотерапія).

Б. Лікування супутніх неврологічних та соматичних розладів.

В. Санаторно-курортне лікування.

##### 2. Реабілітація

А. Соціальна реабілітація

Б. Професійна реабілітація

В. Міжособистісне консультування

3. Навчально-методична робота, координація з центрами, розташованими в інших містах.

Зростання кількості осіб з реактивними психічними та поведінковими розладами, зокрема з ознаками посттравматичного стресового розладу після силового протистояння січня-лютого 2014, потреба в наданні їм медико-соціальної допомоги, дані наукової літератури в частині сучасних підходів до удосконалення цієї допомоги, особистий досвід, дозволили запропонувати концептуальні підходи до визначення актуальних напрямків системи надання допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій. В їх основу покладались положення Європейської декларації та Європейського плану дій по охороні психічного здоров'я (2008, 2013) і Закону України «Про психіатричну допомогу» (2000), зокрема:

- зміцнення психічного здоров'я осіб з ПТСР в Україні, що дозволить підвищити якість життя та рівень психічного благополуччя населення;
- боротьба зі стигматизацією та дискримінацією людей з вадами психічного здоров'я та адекватність підходу до визначення виду і рівня необхідної їм медико-соціальної допомоги;
- забезпечення людей з ПТСР високоякісною первинною медико-санітарною допомогою;
- визначення нових функцій та обов'язків фахівців різного рангу, які працюють в службах охорони здоров'я і соціальної підтримки;
- розвиток партнерської співпраці різних міністерств та відомств, громадських організацій, що опікуються проблемами людей з вадами психічного здоров'я, в тому числі, з ПТСР.

Зазначені концептуальні підходи стали підставою для наукового обґрунтування якісно нової функціонально-організаційної системи надання допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій (рис. 2), до суб'єктів управління якої додатково вводяться керівники районних і міських органів управління, лідери громадських організацій, які через відповідний об'єкт здійснюють функції управління з новим

їх змістом через інформаційне забезпечення блоку наукового регулювання системи. В основу системи покладено стратегію збереження та підвищення його якості життя у осіб з ПТСР в Україні.

Як видно з рис. 2, суб'єкт керуючий здійснює управління об'єктом через блок наукового регулювання, який підтримує реалізацію усіх фаз управлінського процесу за рахунок можливостей використання трьох видів інформації: 1) нормативно-директивної, що дозволяє формувати стратегічні цілі; 2) науково-методичної та передового досвіду в тому числі світового, яка уточнює стратегічні цілі для вирішення проблеми і розкриває еталони організації системи у порівнянні з існуючою; 3) інформації із власних джерел, яка використовується для корекції процесів управління з метою контролю.

Сутність системи допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій полягає в новій ідеології, спрямованій на дестигматизацію, інтеграцію допомоги в первинну медико-санітарну ланку, психосоціальну терапію та реабілітацію, а також відповідну підготовку кадрового потенціалу.

Особливістю структурної перебудови системи стало включення до неї:

1) існуючих елементів системи охорони здоров'я, причетних до управління здоров'ям досліджуваного контингенту (НДІ, медичні заклади, телефони довіри);

2) існуючих складових, але частково змінених за рахунок функціональної їх оптимізації (відділення в психіатричних лікарнях для пацієнтів з ПТСР, денні стаціонари з місцями для пацієнтів з ПТСР, кризові стаціонари, реабілітаційні відділення);

3) якісно нових елементів (амбулаторні консультативні кабінети для осіб з ПТСР, денні стаціонари для пацієнтів з ПТСР, відділення в структурі соматичних лікарень, психіатричних закладах, санаторно-реабілітаційні відділення, центри), інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими надасть системі нових якостей із сприяння досягненню головної мети.

Таким чином, структурну основу системи в більшості складають наявні її ресурси.

В той же час, на відміну від раніше існуючих форм медико-соціальної допомоги людям з ПТСР, запропонована система вперше:

- 1) забезпечує системність та комплексність підходу до вирішення проблеми;
- 2) визначає роль лікаря загальної практики / сімейної медицини (ЗПСМ) в структурі системи надання допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій.
- 3) дозволяє усунути виявлені диспропорції у наданні медико-соціальної допомоги.

Запропонована система узгоджується із сучасною стратегією розвитку системи охорони здоров'я, в основу якої покладається провідна роль сімейного лікаря та психолога в наданні допомоги людям з ПТСР. На первинному рівні – це сімейна амбулаторія та стаціонар «вдома», на рівні спеціалізованої допомоги – Центр відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій (рис. 3).

В якості організаційно-методичних інновацій, запропонованих системою надання допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій, виступають:

- структурні – наявність в амбулаторно-поліклінічній допомозі, яка займає основне місце, мережі консультативних кабінетів, денних стаціонарів, стаціонарів «вдома», реабілітаційних центрів для людей з ПТСР, телефонів довіри. В стаціонарній допомозі – кризові відділення, санаторно-реабілітаційні відділення;

- міжсекторальність – тісний взаємозв'язок медичних та соціальних структур при вирішенні проблем психічного здоров'я. На різних етапах зв'язок між медичними та соціальними структурами здійснюється через мультидисциплінарні команди, які разом вивчають психічний стан пацієнта, його можливості, потреби, разом створюють індивідуальні реабілітаційні програми та протягом надання медико-соціальної допомоги обговорюють цю допомогу, успіхи пацієнта та його родини;

- кадрові – надання медико-соціальної допомоги мультидисциплінарною командою, до складу якої входять сімейний лікар, психіатр, психолог (психотерапевт), медична сестра, соціальний працівник/робітник. Координація покладається на фахівця, допомога якого першочергова на поточний момент в залежності від потреб пацієнта. Мультидисциплінарна команда розробляє єдину комплексну програму, здійснює моніторинг надання медико-соціальної допомоги за визначеними критеріями незалежно від рівня надання цієї допомоги.

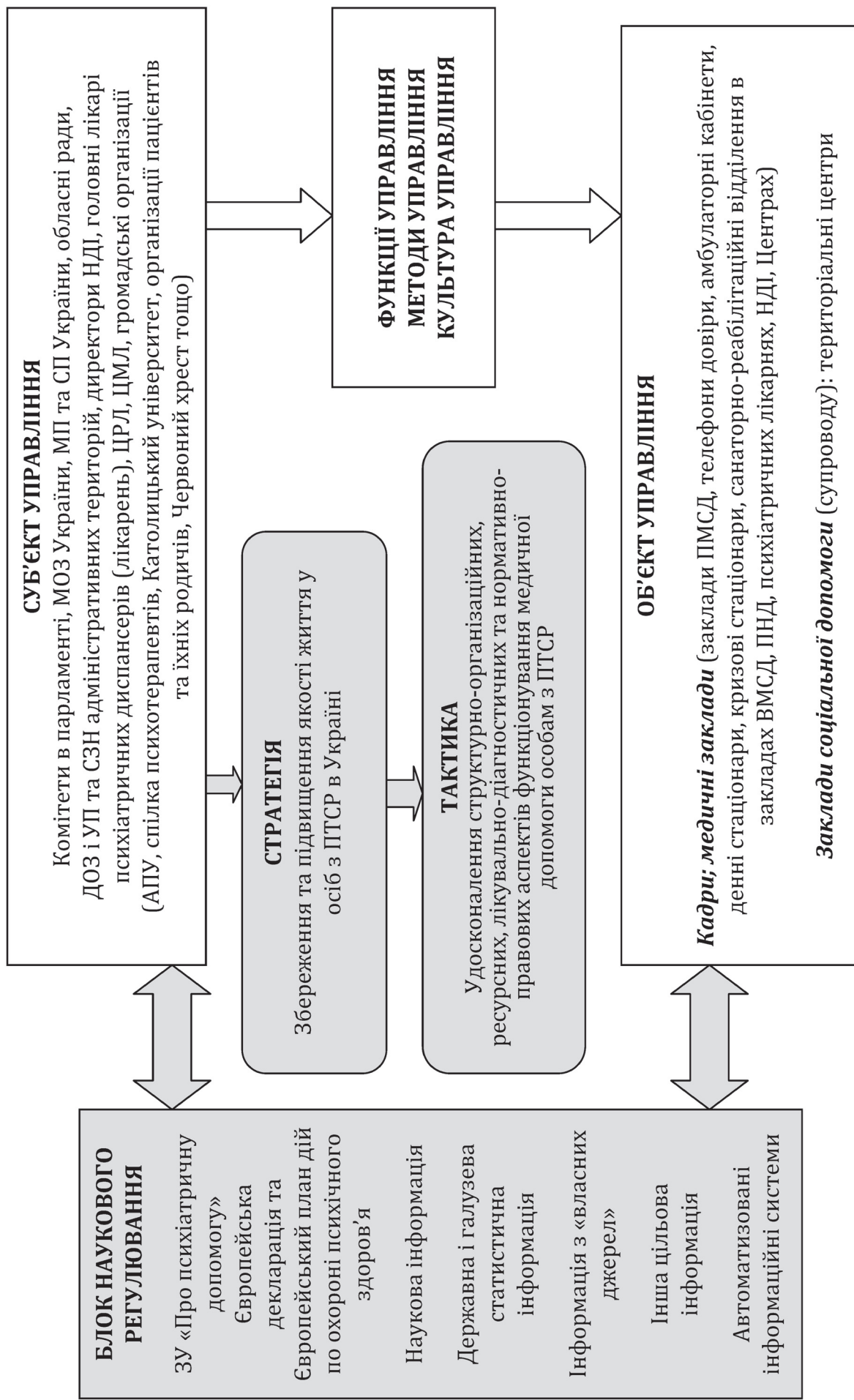


Рис. 2. Система охорони здоров'я людей з ПТСР

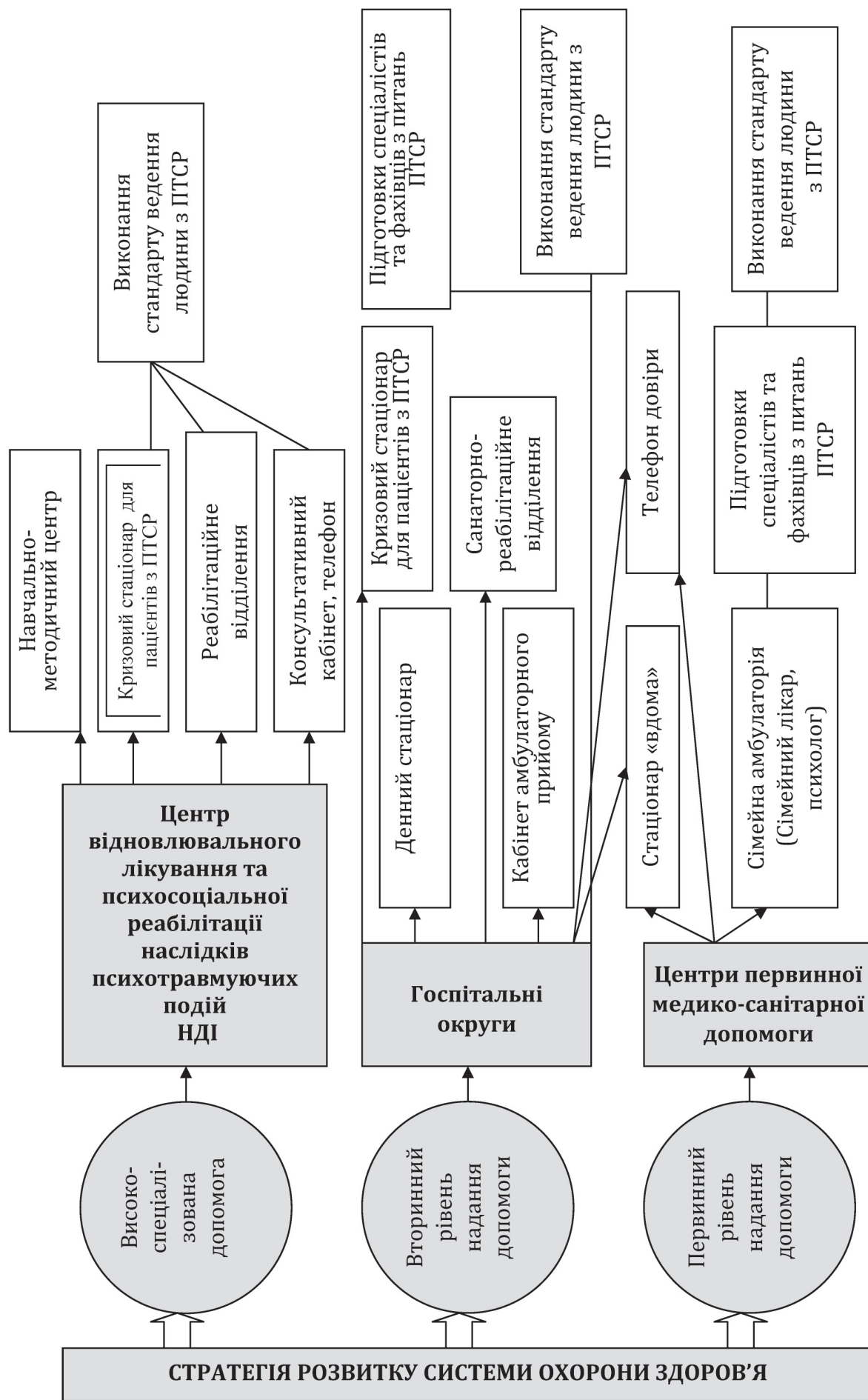


Рис. 3. Схема інтеграції надання медико-соціальної допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації наслідків психотравмуючих подій в загальну мережу медичної допомоги

Моделлю також передбачено наявність юриста в структурі Центру для надання правової допомоги та захисту прав людей з ПТСР;

- навчально-методичні – розробка та впровадження навчально-методичних матеріалів для циклів післядипломної підготовки з питань надання допомоги при травмі для психологів, лікарів, медичних сестер та соціальних працівників, які затверджені відповідними наказами МОЗ України;

- залучення родичів до лікувально-діагностичного процесу (фізіологічного моніторингу, впровадження комплексу реабілітаційних заходів, моніторингу виконання індивідуальних програм реабілітації).

### **3.3. Організація медико-психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок НС**

Організація ефективної допомоги потерпілим у результаті екстремальних подій припускає три основні напрямки, які взаємодоповнюють один одного:

1. Створення державної служби допомоги потерпілим з відповідним законодавчим і фінансовим забезпеченням;
2. Створення різних громадських організацій по типу товариства ветеранів афганської війни, груп взаємодопомоги жертв катастроф, груп зустрічей, відкритих для кожної людини, що пережила екстремальну подію, де вона могла б одержати потрібну їй інформацію, зрозуміти, що її проблеми можуть бути вирішені;
3. Організація консультативної служби для родичів потерпілих, у рамках якої можна було б одержати професійну психологічну допомогу, конкретні рекомендації з побудови взаємин у родині, зняття власної психічної напруги.

Особливості надання медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях з урахуванням різного характеру виявлених розладів (їхніх якісних і кількісних характеристик) плануються такі види допомоги різним контингентам:

– екстрена і відстрочена психотерапевтична і медико-психологічна допомога, орієнтована на осіб з розладами непсихотичного спектра (40–50% серед усіх постраждалих, родичі потерпілих і рятувальники);

– психіатрична допомога, орієнтована на 10% уражених із психіатричними діагнозами і маніфестними проявами.

На прикладі великомасштабних катастроф, коли допомога надавалась традиційними способами без залучення необхідних сил і засобів психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги, з'ясовано, що через 5–6 років після катастрофи у постраждалих стали виявлятися посттравматичні стресові розлади, що виражаються в болісних переживаннях повторів катастрофи, нав'язливих спогадах, безсонні, сновидіннях, кошмарах, неадекватних реакціях на оточуючих, агресії, замкнутості, відчуттях постійної загрози, безнадійності й спустошеності, відчуженості й соціальної відірваності. Водночас, приклади НС, у ліквідації медичних наслідків яких брала участь служба екстреної медичної допомоги, лікарі-психотерапевти і медичні психологи, засвідчили, що ранній початок психотерапевтичних заходів і організація наступного спеціалізованого спостереження та медико-соціального забезпечення запобігає розвитку посттравматичних стресових розладів у значної частини постраждалих й інших осіб, що перебувають у зоні НС.

Для вибору варіанта психотерапевтичного впливу слід оцінити такі фактори:

- загальний стан пацієнта, наявність, характер і вага соматичної патології;
- реєстр (психотичний, непсихотичний), вираженість і тривалість психічного розладу;
- вираженість пов'язаної з розладами дезадаптації;
- результати попереднього лікування.

Дотримуючись принципу етапності надання допомоги, слід здійснювати розподіл сил і засобів медико-психологічної, психотерапевтичної та психіатричної допомоги з урахуванням основних параметрів психічного стану потерпілих, а саме наявності в них психотичних або непсихотичних проявів психічних розладів.

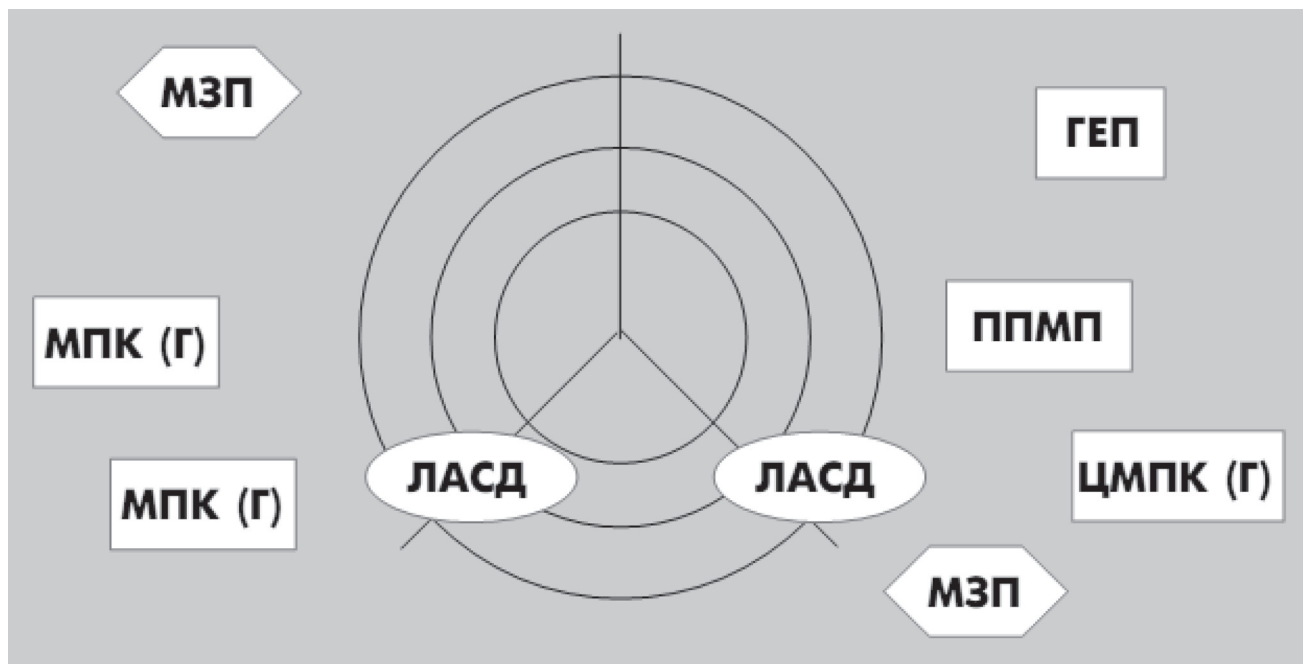
### **Сили і засоби антистресової спеціалізованої медичної допомоги у зоні НС**

Поряд з орієнтацією усіх фахівців немедичного і медичного профілів на надання психологічної підтримки постраждалим контингентам у зоні НС, виходячи зі сформульованих вище принципів надання медичної допомоги при психічних



розладах у зоні НС, видається доцільним створити спеціалізоване формування медичної служби НС – бригаду комплексної антистресової (медико-психологічної, психотерапевтичної і психіатричної) допомоги.

Підрозділи бригади комплексної антистресової допомоги, насамперед ланки первинної антистресової допомоги (ЛАСД), проводять активне виявлення потерпілих, що потребують невідкладної допомоги, пацієнтів з маніфестними психіатричними проявами, направляють їх (за зверненням по допомогу й активно) для надання спеціалізованої допомоги на наступних етапах (група або кабінет психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги (МПД) в зоні НС, стаціонари й ін.). Ланки первинної антистресової допомоги в складі лікаря-психотерапевта, фельдшера (а в ряді випадків і психолога) обходять зону ураження за вказаним керівником МПД маршрутом, виявляють потерпілих і скеровують їх у мобільні психотерапевтичні кабінети або групу екстреної психіатрії.



**Рис. 4. Організація роботи та взаємодії бригади комплексної антистресової допомоги в зоні надзвичайної ситуації**

Примітки: – епіцентр ураження; ЛАСД – ланки первинної антистресової допомоги; МПК (Г) – мобільний психотерапевтичний кабінет (група); ЦМПК (Г) – центральний мобільний психотерапевтичний кабінет (група); ГЕП – група екстреної психіатрії (психіатричної допомоги); МЗП – майданчик збору постраждалих; ППМП – пункт первинної медичної допомоги.

Слід зазначити, що надавати психотерапевтичну і медико-психологічну допомогу можна тільки на добровільній основі, тому супровід потерпілих до місця призначення (фельдшером або психологом) здійснюється тільки у випадках розладів психотичного рівня, або за виражених соматичних порушень. В завдання бригади входить екстрена ситуаційна роз'яснювальна психотерапія, інформаційна психопрофілактика з роздачею невеликих листівок-візиток, що містять короткі вказівки, де можна одержати психотерапевтичну допомогу і чому це є необхідним. Це є одним з елементів первинної профілактики загрозливих постстресових розладів.

Психологічна підтримка полягає насамперед в нівелюванні й зменшенні почуття страху в потерпілих, оскільки відомо, що в кризових ситуаціях від страху гине більше людей, ніж від впливу реального руйнівного фактора. Під час рятувальних робіт у зоні катастроф, стихійних слід ужити заходів для виключення панічної суєти, вигуків безнадії, лементів, істерик, що, як встановлено, призводять до зниження темпу і якості аварійно-рятувальних заходів. Натомість, словами надії та впевненості психологи відволікають і переключають увагу осіб, що перебувають у стані збудження.

Найбільш важливий захід організаційно-медичного плану – не допустити скупчення великих груп (родичів, потерпілих), можливий поділ цих груп і проведення індивідуальної терапії або терапії в малих керованих групах.

Екстрена психіатрична допомога з психофармакологічною корекцією надається пацієнтам із маніфестними психотичними проявами групою екстреної психіатричної допомоги. Мобільними психотерапевтичними групами (кабінетами) надається екстрена психотерапевтична і медико-психологічна допомога ураженим із проявами непсихотичного регістру, родичам потерпілих і рятувальникам. Мобільні психотерапевтичні кабінети розгортають у наметах або ж в інших пристосованих місцях (кінотеатрах, школах, переобладнаних приміщеннях громадських організацій тощо) у безпосередній близькості від місць скупчення потерпілих. Центральну мобільна психотерапевтична група розгортає діяльність поруч з пунктом первинної медичної допомоги, де надають допомогу постраждалим, і поблизу майданчика для машин швидкої медичної допомоги. Мобільні психоте-

рапевтичні кабінети можна облаштувати в спеціальних (або тимчасово пристосованих) автобусах з трьома виходами (безпековий захід).

Ефективність допомоги визначається комплексним впливом з урахуванням вирішення соціальних проблем потерпілих (розміщення, виділення житла, допомога щодо розшуку близьких, матеріальна допомога та ін.). З цією метою пацієнтів після надання медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги скеровують у відповідні підрозділи штабу з ліквідації наслідків катастрофи.

Особливістю надання психотерапевтичної допомоги в порівнянні з іншими видами спеціалізованої медичної допомоги є необхідність тривалого медичного спостереження. Для цього з числа міських ЛПЗ визначають установи, що складають основу бригади планової і стаціонарної допомоги. Вирішальне значення має направлення (переведення) пацієнтів в амбулаторно-поліклінічні й стаціонарні установи для динамічного спостереження, особливо актуальною є наступність амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного етапів надання допомоги потерпілим.

### **Планування потреб щодо комплексної антистресової допомоги**

Нагальною на сьогоднішній день є потреба включити комплексну медико-психологічну, психотерапевтичну і психіатричну допомогу в план медичного забезпечення заходів щодо ліквідації і зниження важкості наслідків НС (план дій з подолання медико-санітарних наслідків НС). Найбільш доцільним є внесення доповнень у лікувально-евакуаційний розділ плану. Водночас, коли йдеться про масштабні катастрофи, терористичні акти й інші надзвичайні ситуації з вираженими негативними медико-соціальними наслідками, доцільною є розробка окремого розділу плану. У цей розділ можуть бути включені: заходи щодо надання екстреної і відстроченої медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги, психіатричної допомоги; алгоритми дій, диференційованих за групами постраждалих, родичів і рятувальників; заходи за прогнозами розвитку ситуації в різних групах і за різних сценаріїв подальшої динаміки НС; заходи щодо медико-психологічного відпрацювання надзвичайної ситуації, у т.ч. присвячені інформаційній психопрофілактиці, наступному спостереженню за ситуацією, психологічним засадам керування в зоні НС, комплексній реабілітації потерпілих.

Для правильного планування комплексної антистресової допомоги в умовах НС необхідна оцінка походження, поширеності та вагомості надзвичайної ситуації. При складанні плану медичного забезпечення дій у вогнищі, у тому числі щодо визначення потреби в комплексній антистресовій допомозі, здійснюють оцінку вогнища і зони ураження за цими критеріями. При цьому враховують, що частка постраждалих осіб з вираженими порушеннями психічних функцій (порушеннями психотичного спектра) не має лінійної залежності від рівня стресогенності вогнища поразки (ураження?). Зростання частки психічних розладів є можливим лише у випадку ситуації з незавершеною впливу, коли потерпілих не можна евакуювати з зони НС і вони перебувають в умовах постійного ризику несприятливого розвитку умов, що становлять небезпеку для життя (постійне відчуття загрози для життя, скупченість розміщення, та інше).

Планування кількості мобільних психотерапевтичних кабінетів здійснюється після орієнтування на місцевості і виходячи з числа пунктів концентрації потерпілих і кількості потерпілих та рятувальників. Мобільні психотерапевтичні кабінети розгортаються безпосередньо в зоні поразки в безпечних місцях поблизу від селекційного майданчика поранених (де приймають потік пацієнтів з вогнища поразки, виявлених ланками первинної антистресової допомоги, групами екстреної психіатрії, а також тих, хто звертається самостійно). Вони також приймають виявлених на селекційному майданчику пацієнтів, які потребують допомоги, у штабі, пункті соціальної допомоги потерпілим, у місцях зосередження потерпілих, у місцях тимчасового розміщення потерпілих, на майданчиках або в інших місцях упізнання трупів, у місцях розміщення родичів, у стаціонарах на етапах евакуації. Кількісне планування числа мобільних психотерапевтичних груп здійснюється за кількістю контингентів, які потребують психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги. Виокремлюють постраждалих, їхніх родичів і персонал. Також враховують їхню чисельність. У разі потреби виокремлюють групу, орієнтовану на інформаційну психопрофілактику і психолого-управлінське консультування. В останню групу залучають керівний склад відповідних спеціалізованих формувань.

Загальна потреба в допомозі обчислюється, виходячи з кінцевої мети надання психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги – 50% потерпілих. Оснащеність медикаментами для екстреної психіатричної допомоги планується з розрахунку 10% чисельності потерпілих. Водночас, конкретна черговість розгортання мобільних кабінетів і активації мобільних груп визначається поетапно – у міру появи можливості і потреби. Враховується динаміка факторів, що спричинили НС (за несприятливої динаміки факторів вирішальне значення має евакуація, у цьому випадку кабінети розгортаються на етапах медичної евакуації).

Доцільним є відкриття психотерапевтичних кабінетів у відділеннях і стаціонарах, де сконцентровано постраждалих (бригади супроводу). Враховуючи, що в питаннях надання психотерапевтичної допомоги вирішальну роль грає вмотивованість пацієнтів, повномасштабне розгортання кабінетів поєднується з роботою щодо орієнтування різних служб, населення, родичів і т.д.

Потреба в екстреній психотерапевтичній і медико-психологічній допомозі в зоні НС в розрахунку на 100 осіб, що постраждали і перебувають у зоні ураження або в безпосередній близькості від неї, складає:

- група (кабінет) психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги (мобільна психотерапевтична група – МПГ або мобільний психотерапевтичний кабінет – МПК) – 3;
- центральна група (кабінет) психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги (ЦМПГ, ЦМПК) – 1;
- група екстреної психіатричної допомоги (ГЕПД) – 1.

У такому складі бригада працює 1 зміну тривалістю 3 години. Потім слід змінити склад бригади. Збільшення терміну роботи у вогнищі в зв'язку з обставинами є можливим, однак не більш ніж до 12 годин за умови обов'язкового між змінного відпочинку, тривалість якого визначається у встановленому законодавством порядку.

### **3.4. Порядок надання психіатричної допомоги людям з посттравматичним стресовим розладом**

Порядок надання психіатричної допомоги людям з посттравматичним стресовим розладом визначає необхідні організаційні та правові засади організації надання людям з ПТСР психолого-психіатричної, реабілітаційної та санаторно-курортної допомоги, виходячи з пріоритету прав і гідності людини, зазначених у Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), Конвенції про права дитини від 20 листопада 1989 року, Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законах України «Про психіатричну допомогу», «Про реабілітацію».

#### **Види надання психіатричної допомоги людям з ПТСР**

Система охорони психічного здоров'я людей з ПТСР включає організацію надання первинної медичної допомоги безпосередньо за місцем їх проживання (перебування), амбулаторної психіатричної допомоги та стаціонарної психіатричної допомоги з чітким розмежуванням видів та обсягів її надання.

Підвищення доступності та якості медичної допомоги людям з ПТСР включає:

- створення мережі закладів охорони здоров'я, в яких надаватиметься медична допомога людям з ПТСР;
- розробку та впровадження медичних стандартів та клінічних протоколів у закладах охорони здоров'я, створених на основі науково-доказової медицини, у тому числі з невідкладної медичної допомоги людям з ПТСР;
- оснащення закладів охорони здоров'я сучасною медичною апаратурою;
- запровадження системи надання послуг з надання допомоги людям з ПТСР лікарями загальної практики – сімейними лікарями (первинна медична допомога), іншими фахівцями, які відповідно до статті 10 Закону України

«Про психіатричну допомогу» пройшли спеціальну підготовку та підтвердили свою кваліфікацію в установленому законодавством порядку;

- розробку та впровадження сучасних навчальних програм з питань ПТСР для професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів загальної практики – сімейної медицини, лікарів – медичних психологів, молодшого медичного персоналу з середньою медичною освітою за профілем, практичних психологів, соціальних працівників.

Первинна медична допомога людям з ПТСР надається лікарями загальної практики – сімейними лікарями та лікарями-психіатрами, які мають спеціальну підготовку та підтвердили свою кваліфікацію в установленому законодавством порядку. Надання первинної медичної допомоги людям з ПТСР забезпечується фельдшерсько-акушерськими пунктами (далі – ФАП), амбулаторіями, медичними пунктами, медичними кабінетами, центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – ПМСД).

Вторинна (спеціалізована) психіатрична допомога людям з ПТСР надається в амбулаторних або стаціонарних умовах. Надання вторинної (спеціалізованої) психіатричної допомоги забезпечується в амбулаторних умовах консультативно-діагностичними підрозділами лікарень, лікарнями відновного лікування, спеціалізованими медичними центрами. У стаціонарних умовах надання вторинної (спеціалізованої) психіатричної допомоги забезпечується багатопрофільними лікарнями планового лікування, лікарнями відновного (реабілітаційного) лікування, спеціалізованими медичними центрами.

Третинна (високоспеціалізована) психіатрична допомога людям з ПТСР надається при тяжких поєднаних психічних розладах, зокрема у випадках подвійної діагностики психічного розладу та залежності від психоактивних речовин та алкоголю; при психічних розладах, лікування яких вимагає застосування високоспеціалізованих методів психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкової терапії,

діалектичної поведінкової терапії, міжперсональної, сімейної терапії, прикладного поведінкового аналізу.

Надання третинної (високоспеціалізованої) психіатричної допомоги забезпечується обласними (міськими) лікарнями, спеціалізованими психіатричними закладами охорони здоров'я та науково-дослідними інститутами Національної академії медичних наук України та Міністерства охорони здоров'я України відповідно до медичних показань.

Екстрена психіатрична допомога людям з ПТСР полягає у здійсненні невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я (надання консультативної допомоги для вирішення питання про необхідність госпіталізації за екстреними показаннями).

### **3.5. Особливості стресорних розладів внаслідок НС соціально-політичного характеру (події Майдану)**

Одним із найчастіших наслідків сутичок на Майдані, з якими доведеться працювати психологам та психотерапевтам є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). При цьому дуже часто нами спостерігалися явища перезбудження, безсоння, усамітненості, ангедонії та депресії. Серед учасників подій на Майдані, з якими довелося працювати, у понад 40% осіб з ПТСР мали суїцидальні думки та наміри у віддаленому посттравматичному періоді, у зв'язку з чим їх було направлено на лікування до психіатрів. Небезпека таких станів та розладів полягає в можливій актуалізації раніше ніяк не проявлених реакцій. Передбачувати ризики в цьому випадку надзвичайно важко, оскільки велика частина постраждалих не звертається за спеціалізованою допомогою.

Необхідно відмітити також менш виразні, приховані аутодеструктивні та аутоагресивні тенденції в учасників Майдану. Адже в звичайних умовах ми не так



часто зустрінемо в одному місці людей, які добровільно піддаються різного роду небезпекам, починаючи від перебування на морозі, нерегулярного харчування і закінчуючи високою ймовірністю фізичних ушкоджень від зіткнення з силовиками. З точки зору суїцидології, такі приховані та явні саморуйнівні активності свідчать про поширення феномену аутоагресії на велику частину українського суспільства і показують, наскільки сильними були причини для цього. Не домішуючи політичного та ідеологічного контексту в дану проблему, можна сказати що реалізація небезпечних саморуйнівних проявів представлялася єдиним можливим варіантом розрішення складної соціальної ситуації, проблеми відчаю і безперспективності, що споріднює дане явище із спробою суїциду як єдиного варіанту розрішення. Даний феномен потребує додаткового обговорення та вивчення з боку соціальної психіатрії та суїцидології, оскільки опосередковано свідчить про високий рівень готовності населення до аутоагресивної активності та в найближчому майбутньому може дати сплеск суїцидів серед населення.

В цих умовах працівникам служби охорони психічного здоров'я, включаючи психологів, психотерапевтів та психіатрів слід особливу увагу приділяти симптомам депресії, посттравматичного розладу; скаргам на відчуття безнадії, спустошеності, втрати сенсу життя у осіб, що постраждали на Майдані, або взагалі брали в ньому участь; виявляти компенсаторні можливості для таких пацієнтів як в психічній і психологічній площині, так і в соціально-побутовому плані. Останній буде відігравати не менш важливу роль у допомозі таким особам та вимагає залучення працівників соціальної сфери.

**Особливості клінічної картини ПТСР, обтяженого хронічним больовим синдромом (ХБС).** Серед клінічних симптомів ПТСР є група таких, що описують больові відчуття. Певна кількість симптомів болю здатні сформувати картину хронічного больового синдрому. Таким чином ХБС з одного боку може існувати як окремий розлад, а з іншого включається в картину ПТСР. Обидва розлади є продуктами зриву адаптаційних механізмів психіки з вторинною дисфункцією нейровегетативної системи.

Відсутність компенсації ПТСР посилює ХБС. В свою чергу хронічний біль є впливовим стресором, що здатний викликати вторинне травмування та зчинити патологічне коло ПТСР-ХБС-ПТСР. В кінців людина потрапляє під дію дистресу, який викликаний патологічним колом ПТСР-ХБС.

### **Психологічні фактори розвитку хронічного болю:**

- Почуття провини
- Оцінка подій, як поразки та втрата упевненості в собі та самоцінності
- Прихована та витіснена агресія
- Втрата образу майбутнього, довготривалих перспективних ліній життя
- Зниження здатності до творчості
- Погіршення стосунків з оточуючими, втрата професійних домагань
- Розлади поведінки та потягів

Серед пацієнтів шпиталю Майдану вище перелічені психологічні фактори проявлялися в основному у почутті провини, внаслідок загибелі близьких людей (побратимів), що є природним етапом переживання гострого горя – смерті.

Досвід роботи з пацієнтами в шпиталі Майдану (тими громадянами, що отримали травми під час силових зіткнень) дозволяє виокремити ще один психосоматичний феномен, який проявляється у формі патологічного кола. Біль, як наслідок стресу, викликає страх фізичного болю. Серед пацієнтів у яких діагностований ПТСР також була група пацієнтів з коморбідною фіброміалгією. Численні дослідження виявили більшу схильність у людей, що страждають на фіброміалгію, до розвитку ПТСР.

ПТСР в поєднанні з хронічним больовим синдромом потребує більш ретельного обстеження та особливого підходу до ранньої діагностики, диференційованої оцінки та тактики терапії.

Клінічний досвід та обстеження громадян, які перебували під час силового протистояння в Україні м. Києві вказують на те, що в силу деяких індивідуаль-

них особливостей організму здатність зберігати гомеостаз під час катастрофічного стресового фактору є різною. У шпиталю Майдану нами були обстежені 526 пацієнтів, віком від 24 до 69 років, переважна кількість чоловіки (507). Серед них виявлено 112 з ПТСР, серед них 78 мали синдром хронічного болю. З них на нашу думку, за попереднім діагнозом страждають на фіброміалгію 15 осіб.

**Терапія ПТСР та ХБС учасників Майдану.** В умовах шпиталю була надана така допомога: медикаментозне лікування – препарати атидепресанти, антиконвульсанти, анксиолітики, протибольові препарати, імуностимулючі (імуностимулятори?); кризове консультування; аутогенне тренування та гіпнотерапія; арт-терапія в межах, визначених міжнародними стандартами терапії ПТСР та ХБС.

### **3.6 Медико-психологічна реабілітація в санаторно-курортних умовах, яка застосовується для постраждалих внаслідок НС**

Сучасний стан суспільного здоров'я характеризується всезростаючим погіршенням психологічної, фізичної та соціальної складової цього поняття, обумовлених ускладнень екологічної ситуації, над існуючими стресорними навантаженнями, зниженням загального адаптаційного потенціалу.

В екстремальних умовах населення підпадає під вплив низки психотравмуючих факторів, які обумовлені як самою загрозою для життя, так і страхом перед майбутньою небезпекою, переживанням за постраждалих рідних.

На сьогодні вже не є актуальною реабілітація тільки фізичного стану пацієнтів, оскільки без врахування психологічного статусу особи, її соціальної адаптації неможливо говорити про повноцінне функціонування особистості. Все це зумовлює необхідність розвитку та впровадження в повсякденну практику методів медико-психологічної реабілітації.

Передбачається, що використання диференційованих комплексів медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортних умовах пацієнтів з посттравма-

тичними стресовими розладами, за допомогою курсового вживання різних за складом мінеральних вод, пелоїдотерапії, бальнеотерапії, фізіотерапії та психологічної корекції, націлено на послідовне формування нового сенсорного досвіду, досягнення психофізичної релаксації, внутрішньої рівноваги, активації комунікативних звичок, мотивації інтересів, відновлення соматичних розладів.

Необхідність подальшого покращення медико-психологічної реабілітації підтверджується тим, що упродовж останніх років велике число осіб в Україні зазнало впливу багатьох зазначених чинників у ході:

- попередження масових порушень громадського порядку в АР Крим (1998, 2002, 2006, 2007), м. Києві (1995, 2001, 2004),
- ліквідації наслідків аварії потягу з токсичними речовинами на Львівській залізниці (2007),
- ліквідації наслідків катастрофи російського літака Ту-154 в Донецькій області (2007),
- ліквідації наслідків повені у Західних областях України (2008),
- локалізації масових заворушень у м. Мітровиця Автономного Краю Косово, поранення групи українських миротворців (2008),
- несення служби у складі миротворчого персоналу у зонах бойових дій у Косово, Ліберії, Східному Тиморі тощо (2003-2010),
- ліквідації наслідків аварії на шахті ім. Скочинського в Донецькій області (2009),
- забезпечення заходів з охорони громадського порядку під час виборів Верховної Ради України (2002, 2006, 2007), Президента України (1999, 2004, 2010),
- події Майдану м.Київ та ішн. у 2013-2014 рр.

Ці та інші щоденні психоемоційні навантаження не минають безслідно. Тільки у 2009 році центром практичної психології МВС було зафіксовано понад 4070 осіб, які потребували надання системної психологічної допомоги.

До Центрів психіатричної допомоги відділів (служб) медичного забезпечення ГУМВС, УМВС було направлено 217 працівників для проведення позачергового медичного огляду, здійснення психопрофілактичних заходів та надання спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги.

Лише за 2009 рік унаслідок самогубств система МВС втратила 13 працівників. А за 10 останніх років самогубства і суїцидальні спроби скоїли більше 300 працівників органів внутрішніх справ та військовослужбовців. Високий рівень стресу знижує ефективність діяльності людини, підвищує внутрішню напругу, яка в свою чергу призводить до зриву.

Зриви можуть виражатися по різному. В самому катастрофічному варіанті це серйозні захворювання: інфаркти, інсульти. В більш легкому варіанті це стан тривоги, депресії, залежності – алкогольна, тютюнова, наркотична та інші.

Тому дуже важливо своєчасно зняти цей стан.

В теперешній час медико-психологічна реабілітація здійснюється за наступними напрямками:

- завчасне виявлення осіб, які у обов'язковому порядку потребують медико-психологічної реабілітації, їх направлення до спеціалізованих медичних лікувальних та реабілітаційних закладів;

- безпосереднє проведення медико-психологічної реабілітації осіб, які перенесли гострий посттравматичний розлад, важке захворювання, травму, операцію.

Разом з тим, на даний час, існує ряд проблемних питань, які не дозволяють охопити якісною медико-психологічною реабілітацією усіх осіб, які її потребують: не у кожному регіоні є можливість надання повної і якісної медикопсихологічної реабілітації кваліфікованими лікарями-психотерапевтами.

Зараз психологи різних відомств і практичні психологи та лікарі-психіатри центрів психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору можуть забезпечити лише короткотермінове антикризове втручання і періодичне закріплення позитивного ефекту у межах групи посиленої психологічної ува-

ги, або консультативної психологічної реабілітації, що у деяких випадках є явно недостатнім і потребує проведення заходів у стаціонарних умовах з виведенням особи зі стресової обстановки і подальшого закріплення у санаторно-курортних умовах.

До санаторно-курортних закладів можуть поступати на відновне лікування особи не тільки після стаціонару (які отримали тяжкі психологічні травми), а й безпосередньо з робочих міст.

Лікувальні програми достатньо короткотермінові – 12-21 день з застосуванням фізичних факторів (природних та преформованих), які направлені на відновлення функцій організму, або максимальної компенсації їх порушень. Незалежно від нозологічної форми захворювання медико-психологічна реабілітація будується на основі принципів, які є загальними для всіх хворих, які потребують цієї реабілітації:

- Ранній початок лікувальних заходів (як тільки дозволить соматичний стан хворого та стан його свідомості);
- Комплексність використання всіх доступних і необхідних реабілітаційних заходів;
- Індивідуалізація програми реабілітації;
- Етапність процесу реабілітації;
- Безперервність і приємність на протязі всіх етапів реабілітації;
- Соціальна спрямованість;
- Використання методів контролю адекватності навантажень та ефективності реабілітації.

Після проведення відновлювального лікування людина легко компенсує втрачений час за рахунок того, що стає більш контактною, легко приймає вірні рішення, її мозок не навантажений стресом, стає більш інтуїтивним. Людина знову знаходить контакт з оточуючими.

Для вирішення проблеми зняття хронічного стресу, підвищення ділової та особистостної ефективності людини сьогодні в медицині є великі можливості.

В самому повному обсязі і сучасному вигляді вони сконцентровані в санаторно-курортних закладах.

Тому Постановою Кабінету Міністрів України № 859 від 12.08.2009 р. «Про затвердження Порядку визначення переліку санаторно-курортних закладів, при яких створюють центри медико-психологічної реабілітації», а також Наказом МОЗ України та МНС від 14 травня 2001р. № 180/115, зареєстрованим у МінЮсті України 15 серпня 2001р. за № 702/5893 «Положення про центри медико-психологічної реабілітації рятувальників та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру» було визначено необхідність цієї реабілітації.

### **3.6.1. Загальні положення щодо медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортних умовах, яка застосовується для постраждалих внаслідок НС**

Медико-психологічна реабілітація, що проводиться в санаторно-курортних закладах, заснована на комплексному підході та в повній мірі охоплює всі рівні організації людини та включає компоненти психологічного, психофізіологічного та медичного характеру.

Основною метою МПР постраждалих внаслідок НС є збереження психо-емоційного та соматичного стану здоров'я даного контингенту.

Поставлена мета здійснюється за допомогою вирішення наступних задач:

- оцінка стану здоров'я, психофізіологічного, психологічного стану постраждалих внаслідок НС;
- проведення відновлювальної терапії у випадках травм, захворювань та загострень хронічних захворювань;
- профілактика та лікування психоемоційних і психосоматичних порушень;
- корекція і нормалізація психофізіологічного стану;
- відновлення соціальної адаптації.

МПР здійснюється шляхом проведення комплексу діагностичних, лікувальних, оздоровчо-профілактичних заходів з максимальним використанням природних лікувальних ресурсів, традиційних та нетрадиційних методів відновлюваного лікування лікарями та іншими фахівцями відповідної спеціальності за напрямком антикризової терапії.

Тривалість МПР визначається індивідуально (з урахуванням психоемоційного та соматичного стану особи), але не повинна становити менше 14 днів.

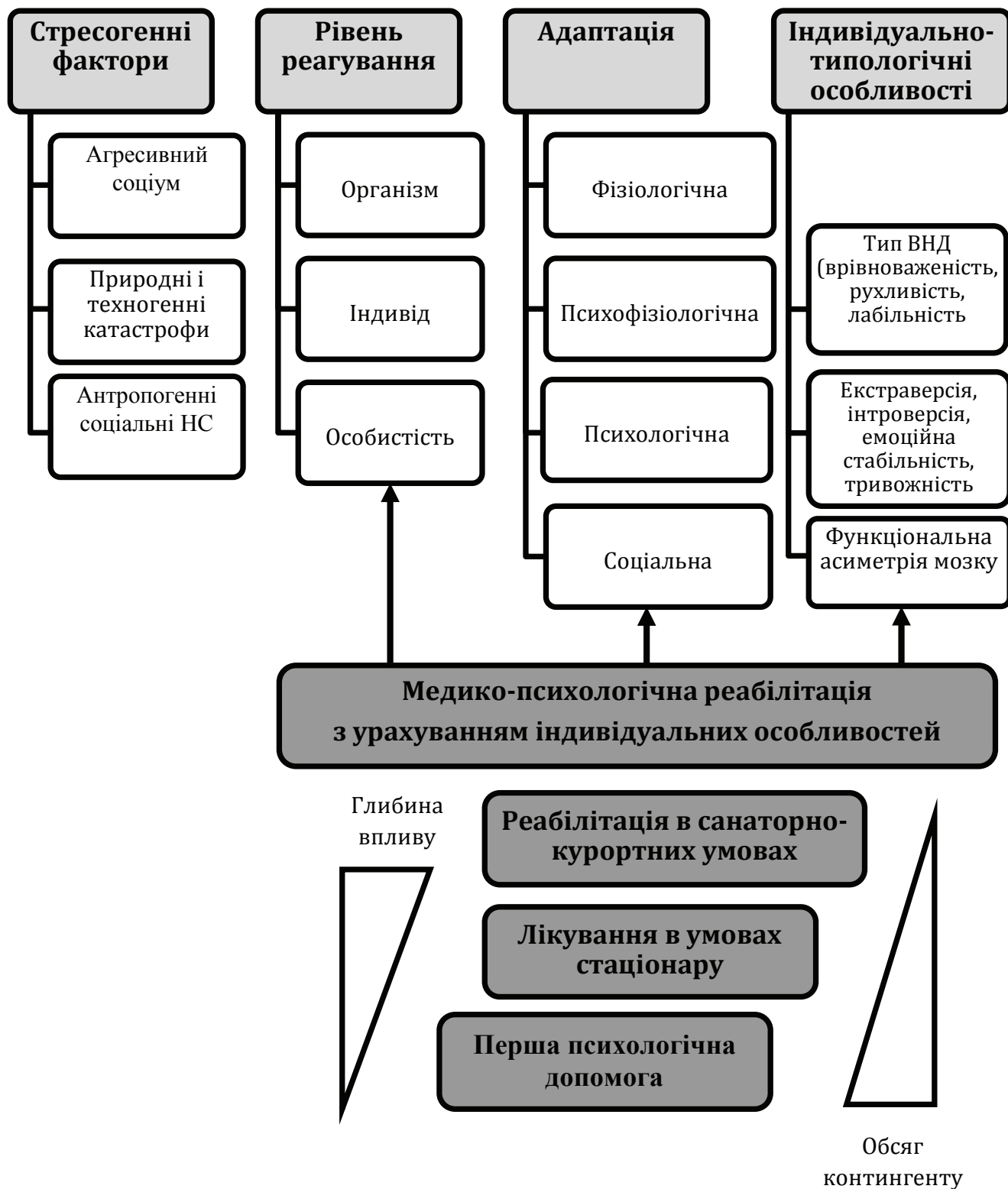
МПР постраждалих внаслідок НС повинна базуватися на наступних основних принципах:

- Своєчасність надання допомоги. Чим раніше буде усунена причина, тим більша ймовірність збереження і відновлення порушених функцій і психічного здоров'я.
- Єдність психологічних, психофізіологічних та медичних компонентів реабілітації дозволяє впливати на всі рівні – фізіологічний (організм), психофізіологічний (індивід) та психологічний (особистість).
- Етапність і безперервність процесу реабілітації.
- Індивідуально-орієнтований підхід при формуванні програм реабілітації.

### **3.6.2 Рівні медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортних умовах**

- Психологічний – націлений на особистість та корекцію психологічного стану людини.
- Психофізіологічний – реабілітаційні заходи направлені на індивід та психофізіологічне відновлення реабілітантів та їх професійно важливих якостей.
- Медичний – в основі лежать традиційні реабілітаційні заходи з застосуванням фізичних чинників, що націлені на підвищення працездатності та якості життя людини (рис. 5).





**Рис. 5** Комплексна система медико-психологічної реабілітації постраждалих внаслідок НС

### 3.6.3 Основні методи дослідження реабілітантів

Дослідження психологічної сфери включають опитувальники: на виявлення індивідуально-типологічних особливостей особистості (ІТО), особливостей мотиваційної сфери, актуального психічного стану, внутрішніх конфліктів (табл. 1).

Таблиця 1

#### Перелік основних та додаткових методик для дослідження психологічної сфери реабілітантів

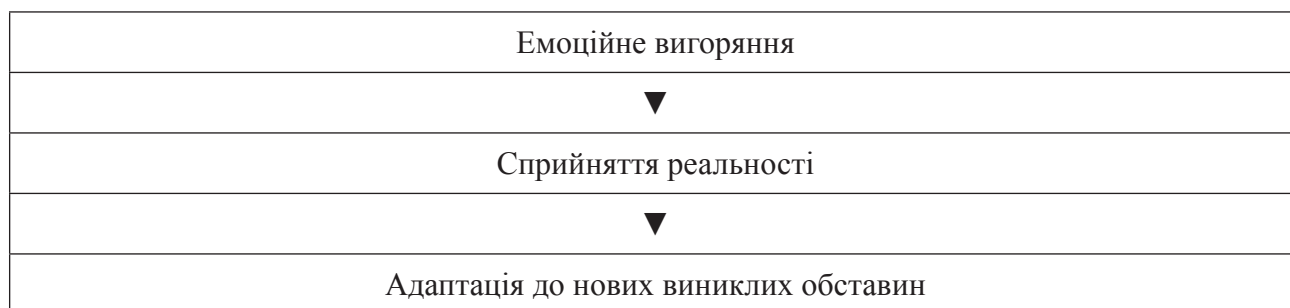
(за DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – Класифікаційний психіатричний стандарт, підготовлений Американською психіатричною асоціацією))

№	Психологічні показники	Методики
1.	Індивідуально-типологічні особливості особистості	ІТО; особистісний опитувальник Айзенка (ЕРІ); опитувальник формально-динамічних властивостей індивідуальності В.М. Русалова; особистісний опитувальник СМОЛ.
2.	Актуальний психічний стан	САН; тест вибору кольору (Люшера); рельєф психічного стану особистості.
3.	Особливості мотиваційної сфери	Бесіда, опитувальники мотивації
4.	Розлади емоцій	Шкала рівня реактивної й особистісної тривожності (Спілбергера – Ханіна), тест вибору кольору (Люшера); опитувальник НПН
5.	Стрес та копінг-стратегії	Д.Амірхан; С.Фолкмана; С.Хофболла (SACS); Р.Лазаруса-С.Фолкмана; С.Нормана та ін.
6.	ПТСР	Міссісіпський опитувальник для бойового ПТСР

Психологічна реакція на травму включає до себе 3 відносно самостійні фази, що дозволяє охарактеризувати її як розвернутий у часі процес (Пушкарев А. Л. и др., 2000):

– перша фаза психологічного шоку (пригнічення активності і заперечення того, що сталося). Друга фаза – вплив (або «процес одужання», або фіксація на

травмі і подальший перехід постстрессового стану в хронічну форму). Третя фаза – фаза нормального реагування. Її можна представити у вигляді схеми (рис. 6).



**Рис. 6. Фази виходу з стресового стану**

Дослідження психофізіологічного статусу (на рівні індивідуума) проводяться з використанням розробленої нами автоматизованої комп'ютерної програми (АПК «СПАС»), яка надає можливість спостерігати в динаміці показники таких функцій ВНД, як оперативна пам'ять, реакція на рухомий об'єкт, рухливість нервових процесів (табл. 2).

Таблиця 2

**Перелік основних та додаткових методик для проведення психофізіологічного обстеження реабілітантів**

№ п/п	Психофізіологічні показники	Методики
1.	Сенсомоторні реакції	Рухливість нервових процесів, реакція на рухомий об'єкт
2.	Увага	Таблиці Шульте, Шульте-Псядло, Шульте-Горбова «Переплутані лінії», кільця Ландольта
3.	Пам'ять	«Оперативна пам'ять», «10 слів»
4.	Стійкість до впливу стресів	Тест Люшера, експертна оцінка зовнішніх проявів психоемоційної стійкості до стресу
5.	Втома	РНП, тест Люшера, кільця Ландольта

**Комплексне клініко-фізіологічне дослідження** включає в себе збір анамнезу життя та скарг; загальний клінічний огляд; антропометричні методи, методи

дослідження функціонального стану організму, вегетативної нервової системи та адаптаційних резервів. Для цього проводиться вимірювання росту, маси тіла, артеріального тиску, частоти серцевих скорочень (ЧСС) (табл. 3), за якими проводиться розрахунок інтегральних показників – адаптаційного потенціалу для оцінки адаптаційних можливостей та виявлення напруження систем адаптації та вегетативного індексу Кердо (ВІК) для встановлення спрямованості вегетативного тону організму.

Таблиця 3

**Методи дослідження антропометричних показників та функціонального стану організму реабілітантів**

Показник	Метод дослідження
Маса тіла	визначається на вагах з точністю 100 грам
Зріст	вимірюється за допомогою ростоміру
Артеріальний тиск	вимірюється тонометром на обох руках
ЧСС	вимірюється у спокої в положенні сидячи при промацуванні скроневої, сонної, променевої артерій або по серцевому поштовху
ЧД	здійснюється шляхом підрахунку частоти дихальних актів (вдих-видих) у спокої за 1 хвилину
Адаптаційний показник (АП), бали	$0,011 \times \text{ЧСС} + 0,014 \times \text{САТ} + 0,008 \times \text{ДАТ} + 0,014 \times \text{В} + 0,009 \times \text{МТ} - 0,009 \times \text{Зр} - 0,27$ .
Вегетативний індекс Кердо (ВІК), ум. од.	$\text{ВІ} = 1 - (\text{ДАТ} : \text{ЧСС}) \times 100$

Примітки: де ЧСС – частота серцевих скорочень за 1 хв.; САТ – систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.; ДАТ – діастолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.; В – вік, роки; МТ – маса тіла, кг; Зр. – зріст, см.

### 3.6.4 Програма медико-психологічної реабілітації в санаторно-курортних умовах, яка застосовується для постраждалих внаслідок НС

Весь перелік реабілітаційних заходів постраждалих внаслідок НС підрозділяється на медико-біологічні, психофізіологічні, психологічні та соціально-психологічні.

Медико-біологічні заходи комплексної МПР включають всі елементи санаторно-курортного лікування:

- бальнеотерапія,
- таласотерапія,
- грязелікування,
- кліматолікування,
- фітотерапія,
- аромотерапія,
- фізіотерапія,
- масаж та мануальна терапія,
- лікувальна фізкультура і релаксаційна гімнастика.

Застосування психофізіологічних, психологічних та соціально-психологічних заходів базується на положенні, що процес успішного подолання наслідків ПТСР проходить ряд наступних стадій:

- стабілізація, що складається з двох аспектів: виявлення та ідентифікація негативних емоцій та почуттів, пов'язаних з травматичною ситуацією через вербалізацію соматичних станів;

- розрив умовно-рефлекторних зв'язків між травматичними спогадами і реакціями;

- переробка травматичного досвіду;

- відновлення соціальної адаптації та поліпшення навичок міжособистісної комунікації;

- накопичення позитивних емоційних переживань, що сприяють ефективній реабілітації.

Техніки психосоціальної реабілітації застосовуються для поліпшення соціальної комунікації та особистісної інтеграції негативних переживань та спогадів про травматичний досвід. Вони включають програвання ситуацій, в яких нові способи подолання психотравми перевіряється на практичність, придатність і широту застосування у соціумі. Такі техніки також надають можливість реабілітантам для взаємодії, під час якої переживаються нові приємні емоційні стани, що необхідні для компенсації глибокого почуття безпорадності та гострого болю від отриманих психологічних та фізичних травм.

Таким чином, більшість вищенаведених психотерапевтичних підходів, що застосовуються на попередніх етапах медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі, такі як когнітивно-біхевіоральна терапія; десенсибілізація і опрацювання за допомогою рухів очей; групова терапія; психодинамічна терапія; арт-терапія та психофармакотерапія, також використовуються на етапі МПР в санаторно-курортних умовах.

Індивідуально-орієнтований підхід повинен враховувати особливості особистості. Показаннями для психотерапії, яка сфокусована на травматичному досвіді в порівнянні з підтримувальною терапією є:

- толерантність до станів сильної тривоги або іншим сильним афективним станам;
- відсутність суїцидальних намірів або намірів вбивства;
- вживання хімічних речовин та супутні діагнози в стадії ремісії;
- рішення індивіда брати участь у терапії, що сфокусована на травматичному досвіді;
- наміри до саморозкриття індивідуального травматичного досвіду;
- відсутність актуальних життєвих криз;

Показаннями для групової терапії є:

- здатність встановлювати міжособистісну довіру по відношенню до інших членів групи та до лідерів;
- попередній досвід групової терапії;
- завершення індивідуальної терапії;
- відсутність суїцидальних намірів або намірів вбивства;

- схожий з іншими членами групи травматичний досвід;
- схожість з іншими членами групи за статевими та етнічними ознаками, а також за сексуальною орієнтацією;
- готовність дотримуватися правил групової конфіденційності;
- відсутність паранойяльних та соціопатичних рис.

Важливим елементом системи реабілітації є опанування способами саморегуляції психофізіологічного статусу до яких відносяться:

- аутогенне тренування;
- метод біологічного зворотного зв'язку;
- дихальні техніки;
- м'язова релаксація;
- нейро-лінгвістичне програмування;
- медитація;

Заключним етапом психосоціальної реабілітації постраждалих внаслідок НС з ПТСР є:

- створення індивідуалізованої програми надання реабілітанту комплексної соціально-психологічної допомоги в постреабілітаційний період;
- психосоціальна просвіта;
- розвиток або поновлення навичок самостійного життя;
- тренінг сімейних взаємовідносин;
- розвиток соціальних навичок;
- професійна реабілітація;

Запропонована система МПР в санаторно-курортних умовах дає можливість оцінити стан людини на всіх рівнях організації – особистості із застосуванням методів психодіагностики; індивідуума за допомогою апаратно-програмного комплексу (АПК «СПАС-15») та на рівні організму, розраховуючи інтегральні показники для оцінки функціонального стану фізіологічних систем та їх регуляторних механізмів, що зазнають стресорного перенапруження. Це дозволяє спрямувати реабілітаційні заходи в комплексне поєднання психологічного, психофізіологічного та медичного компонентів МПР.

## ВИСНОВКИ

Запропоновані нами інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі мають суттєві переваги відносно до нині існуючих:

- 1) діагностичні підходи згруповані у систему послідовних кроків, яка дозволяє поетапно вирішувати діагностичну задачу;
- 2) критерії діагностики більш повною мірою відображають клінічну структуру ПТСР, більш точно – специфіку основних та додаткових методик для проведення психофізіологічного обстеження реабілітантів та дослідження їх психологічної сфери;
- 3) представлено медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню України з питань відновлювального лікування та психосоціальної реабілітації постраждалих внаслідок НС, зокрема в санаторно-курортних умовах.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Психология и нейропсихиатрия [сборник клинических рекомендаций, учредитель Иванченко И.Д.]. – Киев: Нейроньюс, 2009. – 217 с.
2. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація / методичні рекомендації [ уклад.: Волошин П.В. та ін.] – Харків, 2002. – 47 с.
3. Bisson, JI & Lewis, C. (2009), Systematic Review of Psychological First Aid, Commissioned by the World Health Organization. (available upon request).
4. International Federation of the Red Cross (2009) Module 5: Psychological First Aid and Supportive Communication. In: Community-Based Psychosocial Support, A Training Kit (Participant's Book and Trainers Book). Denmark: International Federation Reference Centre for Psychosocial Support. Available at: [www.ifrc.org/psychosocial](http://www.ifrc.org/psychosocial).
5. Pynoos, R, Steinberg, A, Layne, C, Briggs, E, Ostrowski, S and Fairbank, J. (2009). DSM-V PTSD Diagnostic Criteria for Children and Adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress* 22 (5): 391-8.
6. The Sphere Project (2011) Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: The Sphere Project. <http://www.sphereproject.org>.
7. War Trauma Foundation and World Vision International (2010). Psychological First Aid Anthology of Resources. Downloadable from: [www.interventionjournal.com/](http://www.interventionjournal.com/) and [www.psychosocialnetwork.net/](http://www.psychosocialnetwork.net/)
8. World Health Organization (2010). mhGAP Intervention Guide for Mental Health, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme. [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)
9. Загальні принципи розробки плану реагування та взаємодії закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків: Метод. рекоменд. /МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інф.-ї та пат.-ліценз. роботи; Укл. Рошчін Г.Г. та ін. – К., 2013. – 30 с. Шифр 610.8 / 3-14.

10. Михайлов Б.В. Стан і стратегічні напрями розвитку психотерапії та медичної психології //Медична психологія. – 2011. – № 3. – С. 44-48.
11. Чабан О.С., Хаустова О.О., Жабенко О.Ю. Ситуаційна соціокультурна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання // Нейро News. – 2010. – № 4. – С. 10-15.
12. Гриневич Є.Г. Психотерапія, психопрофілактика та корекція постраждалих з психічними розладами внаслідок надзвичайних ситуацій: автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Є.Г. Гриневич ; Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. – К., 2008. – 44 с. – укр.
13. Система медико-психологічної реабілітації пожежних-рятувальників: МР 100.13/363.13.-Одеса, 2013 – 28 с.
14. Шафран Л.М. Нейрогормональные и психофизиологические особенности медико-психологической реабилитации пожарных-спасателей / Л.М. Шафран, Ю.В. Нехорошкова, Ю.В. Чумаева // Клінічна та експериментальна патологія. – 2012. – Т. X. – № 3 (41). – С. 186 – 190.
15. Чумаева Ю. В. Психофизиологическая оценка эффективности реабилитации пожарных-спасателей / Ю.В Чумаева //Актуальные проблемы транспортной медицины.- №3(13).-2008.-С.34-39.
16. Психофизиологические аспекты медико-психологической реабилитации пожарных – спасателей / Ю.В Чумаева, Ю.В Нехорошкова, Э.М Псядло и др. // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2009. – С. 215 – 219.
17. Чумаева Ю.В. Медико-психологическая реабилитация как система профилактики и коррекции производственно обусловленных психосоматических нарушений пожарных-спасателей / Ю.В. Чумаева, Э.М. Псядло, Л.М. Шафран // Актуальные проблемы транспортной медицины, 2010. – № 1 (19). – С. 70 – 80.
18. Комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації пожежних-рятувальників / Шафран Л.М., Чумаєва Ю.В., Нехорошкова Ю.В. [та ін.] // Медична гідрологія та реабілітація.– 2013. – Т. 11, № 1. – С. 60 – 75.

19. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / [Фoa Э.Б., Кин Т. М., Фридман М. Дж. и др.]; под ред. Э. Б. Фoa, Т. М. Кин, М. Дж. Фридман.-М.: Когито-Центр, 2005. – 467 с.
20. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги при посттравматичному стресовому розладі // Мусій О.С., Пінчук І.Я., Хаустова О.О., Бабов К.Д., Золотарьова Т.А, Шафран Л.М., Панів Б.В., Псядло Е.М, Горбань А.Є./ Методичні рекомендації. – Київ, 2014. – 32 с
21. Хаустова О.О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, Вип. 4 (77). С.12-18.
22. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения.– М.: Смысл, 2006.- С. 3-63.
23. Методические указания по проведению психологического тестирования работников МЧС (Копинг-тесты) / Розанов В.А., Псядло Э.М., Кременчуцкая М.К. и др.– ОНУ им. И.И.Мечникова. – Одесса, 2011. – 25 с.
24. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. – СПб. : Речь, 2004. – 256 с.
25. Напрееенко О.К., Марчук Т.Є. Клінічна характеристика варіантів перебігу посттравматичного стресового розладу // Архів психіатрії. – 2002. – №1 (28).- С. 117- 119.
26. Селье Г. «Стресс без дистресса», М. 1979 г., – 89 с.
27. Л.Н. Юрьева «Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция» К., «Сфера», 272 с.
28. Ронгинская Т.И. (2002) Синдром выгорания в социальных профессиях. Психологический журнал, 23(3): 85–95.
29. Сальникова О.В., Борейко В.Я. «Экстренная психология МЧС России» матер. Тези міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми комплексної медико-психологічної реабілітації в умовах санаторно-курортних закладів осіб, що зазнали впливу екстремальних ситуацій», м. Судак, 10-11 березня 2011 р. С. 95-96.

30. Бурлака О.В., Золотарьова О.А., Стеблюк В.В. «Професійно-соціальний стрес та стрес-індуковані розлади», Одеса, ТС «Сталкер», 2010 р. 174 с.
31. Матвеева В.В. «Немедикаментозная восстановительная коррекция вегетативных дисфункций у лиц опасных профессий с использованием метода аппаратного биоуправления» автореферат канд. диссертации, М. 2013 г., 26 с.
32. Amos T., Stein D. J., Ipser J. C. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD) // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2014. – Issue 7, Art. No.: CD006239. DOI: 10.1002/14651858.CD006239.pub2
33. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців із посттравматичним стресовим розладом / [О. Г. Сиропятов, О. К. Напреєнко, Н. О. Дзеружинська та ін]. – К. : О. Т. Ростунов, 2012. – 76 с.

*Науково-виробниче видання*

**СТРЕС І ЛЮДИНА: МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА  
ДОПОМОГА ПРИ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ**  
Методичний посібник

За редакцією д.мед.н. Пінчук І.Я., д.мед.н., проф. Бабова К.Д.,  
д.мед.н., проф. Гоженка А.І.

Відповідальний за випуск Ю.М. Калита

Комп'ютерна верстка *Віталія Калити*

Підписано до друку 17.09.2014. Формат 60x84/8.  
Папір офс. Друк офс. Гарнітура Times.  
Умовн. друк. арк. 10,698. Обл.-вид. арк. 5,52.  
Тираж 1000. Зам. № 78П.

ТОВ «Видавничий дім **КАЛИТА**»,  
03057, м. Київ, вул. Желябова, 2А, тел.: 063-736-85-12  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру  
суб'єктів видавничої діяльності  
№ 2193 від 25.05.2005 р.

Віддруковано у ТДВ «Патент»  
88006 м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101  
Тел.: (0312) 66-07-03; факс: (0312) 66-02-22  
e-mail: upatent@gmail.com  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 4078 від 31 травня 2011 р.