



**КОМІТЕТ ВЕРХОВНОЇ РАДИ УКРАЇНИ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АНТАРКТИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР МОН УКРАЇНИ
ПРАТ «УКРПРОФОЗДОРОВНИЦЯ»
ДУ «НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР «РЕАБІЛІТАЦІЯ»
МОЗ УКРАЇНИ**

**ІННОВАЦІЇ У МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІЙ
РЕАБІЛІТАЦІЇ
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ІНШИХ
НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ
(КЛІНІЧНА НАСТАНОВА)**

**Харків - Київ
2019**

Рекомендовано до друку Вченою радою Харківської медичної академії післядипломної освіти, протокол № 4 від 19.04.2019 року.

Під редакцією Михайлова Б.В. – д. мед. н., професора, Заслуженого діяча науки і техніки України, завідувача кафедри психотерапії ХМАПО, Академіка Національної академії освіти і науки України.

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

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

Мішиєв В.Д., завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор.

Михайлов Б.В., Богомолец О.В., Вінічук Н.О., Возніцина К.Б., Гайсак М.О., Зайцев Д.В., Жолобов В.М., Лемко І.С., Лупей-Ткач С.І., Мадяр С.А., Мірошніченко О.А., Моїсеєнко Є.В., Семикопна Т.В., Сердюк О.І., Сичевський А.С.

Інновації у медико-психологічній реабілітації учасників бойових дій та постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій (клінічна настанова) / Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. –Харків-Київ: «Укрпрофоздоровниця» 2019.–152 с.

Інформаційна підтримка – Громадська організація «Міжнародне гуманітарне об'єднання «МИ – УКРАЇНЦІ»

Клінічна настанова надає рекомендації щодо можливості застосування нових психодіагностичних, психотерапевтичних і психокорекційних процедур у структурі медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій, а також контингенту осіб з наслідками екстремального впливу стресогенних факторів інших надзвичайних ситуацій. Настанова призначена для лікарів психотерапевтів, психологів, практичних психологів, неврологів, лікарів загальної практики, лікарів-курортологів, фахівців у галузі медичної і психологічної реабілітації, організаторів охорони здоров'я.

ЗАРАДИ ТЕБЕ, ЗЕМЛЕ МОЯ !



**Льотчик-космонавт СРСР,
Генерал-лейтенант авіації,
Віталій Михайлович ЖОЛОБОВ**

Герой Радянського Союзу,
заслужений майстер спорту СРСР,
державний діяч I рангу України (1994),
президент науково –
дослідного судна «Космонавт Юрій
Гагарін»,
академік Транспортної академії
України,
екс-вступник генерального директора
Національного космічного агентства
України,
президент Аерокосмічного товариства
України
президент Всеукраїнського
об'єднання «Слава»

У земному житті ніхто не знає, скільки кому відміряно успіхів і втрат, щастя і горя, слави і ганьби. Ні я ні мої друзі космонавти – не виняток. Ніхто з нас не був певен, що наступний крок не буде останній. В народі правду кажуть: «За смертю далеко ходити не треба». Яка б доля тобі не випала, повірте, боятися треба не смерті, а марного життя. Завжди пам'ятав, що ми, космонавти – лише люди на землі. І у космос вирушаємо заради неї, заради того, щоб кращим стало наше земне буття.

Чи думав я про інший, фатальний кінець? Звичайно. Вже тому, що вони були переді мною – люди, що стали живими факелами в небі. Скільки разів доводилось, нам, космонавтам, під траурний марш хоронити своїх товаришів...

Але на цьому не можна зациклюватися. Необхідно культивувати віру в себе, стремління подолати перешкоди на шляху до мети. Якщо й допускав песимістичні думки, то діяти намагався як оптиміст. Це – не ейфорія, не бравада, а прозріння.

«Льотчик може не бути космонавтом, космонавту ж - зась не літати»...
Надвеликі швидкості, вражаюча висота польоту, колосальна кількість

апаратури в кабіні, обстановка, що миттю змінюється, серйозні психологічні і психофізіологічні навантаження – це складові і космічного польоту також.

Іноді проблеми психологічного плану тягнуть за собою нещастя близьких людей, навіть їх смерть. Польоти в космос це - дуже ризикована робота. Слава і почесні – потім. Багато хлопців не дожив до того дня. Гинули і льотчики, і парашутисти, і випробувачі. Не про всіх написано, але ми дуже вдячні людям, які ризикували собою, віддали життя для досягнення загальної мети. І у нашому польоті були і розстиковки і, навіть, втрата керованості кораблем...

Вивченню медицини приділялось чимало часу при підготовці космонавтів: зокрема наданню само- і взаємодопомоги. Здавали державний іспит з медицини.

Був такий напрямок – виживання за різних екстремальних умов. Я тоді працював над цією надзвичайно цікавою темою. У американців є багато шкіл з подібними програмами. Вони працюють на Алясці і в Сахарі. Але у них – лише для льотчиків. А я переконував маршала В.Г.Куликова, що це потрібно всім, а не лише літаючим родам військ, як в Америці: кожен повинен вміти вижити, в яке б пекло не потрапив. Мене тоді не почули.

Не правильно судити про життя по моментах його найвищого напруження. Проходять роки, перш ніж досягнеш успіху, чи карколомної зміни долі, яка ніби випробує тебе на міцність. Але приходить день, коли доводиться починати жити заново. А, можливо, навпаки – доля змінюється, коли змінюєшся ти.

Звільнившись у запас, відкрив нову сторінку свого життя, дуже далеку від тієї, до якої звик, де жертвував найдорожчим. Все почав з нуля. Доводилось поступово погоджуватись жити з нижчою планкою вимог, ніж раніше, не розглядаючи життя як безперервний ряд точок кипіння.

На землі кожен має свою точку. Якщо виконуєш свої людські завдання – свою місію, робиш своє діло залюбки – життя вдалось. У мене любов до праці – з діда-прадіда, які були справжніми сільськими трударями. Саме праця тримає людину на землі. Творча праця – основне призначення людини.

Долю ще нікому не вдалося переписати на чисто, навіть, якби того дуже хотів. Важко пережити час переходу від слави до байдужості і поступового забуття. Колись була повага, багато говорили про мужність космонавтів, про їх унікальність для країни і для всієї планети...

Чи готовий був я до такого віражу долі? Думаю – так. У будь-якому разі, звільнившись з армії, я не сподівався на чийсь допомогу. Я шукав себе і щоразу знаходив. Точніше – творив. Віддавав усі сили тому, що любив і умів робити, до чого лежала душа. А не нарікав на долю, не шукав розради в чарці, як це часто трапляється, коли людина переживає складні часи.

Просто я став новим Жолобовим, по-своєму цікавим для друзів. Вірно кажуть, що той, хто знайшов себе, вже нічого не може втратити. Хто один раз зрозумів людину в собі, той розуміє всіх людей.

Життя набуває інших барв. Адже не лише для себе живеш. Хай ти матеріально забезпечений і впевнений у собі. Як можна бути щасливим, якщо навколо злидні і нещастя? Це реалії сьогодення. І де - в такій багатющій людськими і природними ресурсами країні, як Україна! Що за життя без самовіддачі і співчуття, без творчості? Все решта, повірте: владарювання, почесні, накопичування багатства – то лише придатки до головного.

Коли бачиш Землю в ілюмінатор, підсвідомо думаєш, що десь там, люди не лише працюють чи відпочивають, а ще й не миряться, ворогують, воюють. Крім хліба, сіють зерна ненависті і ворожнечі. Такий сум огортає душу! Комуś не дано зрозуміти, яке це щастя – жити на планеті Земля. Закинути б таких у космос, щоб помотало їх по навколосемній орбіті, щоб вони відчули, яким дорогим є життя на Землі. Навіщо безкінечні земні конфлікти? Адже людина створена для щастя! Невже важко не рубати гілку, на якій сидиш. Жити в мирі й любові, на радість собі та іншим?

Кожен крок на землі важливий. Якби передбачити вирви не лише на місцевості. Значно важливіше передбачити їх у собі, у цій неосяжній, але безумовно реальній субстанції, яку ми називаємо душею. Щоб протистояти життєвому буревію. Давні греки вважали справжнім героєм того, хто переміг себе! Влучно сказано.

Сподіваюсь, мої відчуття життя знайдуть відгук у серцях тих, кому особливо дороге майбутнє.

Добре, що в Україні є небайдужі науковці, як професор О.В.Богомолець, колектив авторів цієї книги під керівництвом професора Б.В.Михайлова, які розуміють проблеми тих, хто був учасником надзвичайних подій, хочуть допомогти їм медично і психологічно. Хай ця книга стане певним вкладом у добру справу.



ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	9
Вступ	11
Понятійно-термінологічний апарат	15
Програма медико-психологічної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок участі в зоні ООС	17
Клінічні прояви розладів невротичного регістру в учасників бойових дій...	22
Прояви ПТСР	21
Критерії діагностики ПТСР	22
Принципи терапії і реабілітації хворих на ПТСР і РА.....	23
Принципи психотерапії хворих із ПТСР і РА	24
Психотерапія	24
Когнітивно-біхевіоральна терапія	25
Експозиція	27
Десенситизація	28
Занурення	28
Десенсибілізація і переробка травмуючих переживань через рухи очних яблук (Eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)	30
Допоміжні техніки	30
Аутосугестія	31
Методика аутогенного тренування	31
Раціональна психотерапія	35
Групова психотерапія	36
Методика гіпнотерапії (в модифікації А.Д.Філатова – Б.В. Михайлова) ...	39
Допоміжні методи терапевтичних втручань	42

Застосування природних мінеральних вод в ранній корекції та профілактиці віддалених метаболічних наслідків перенесеної травми катастрофічного і психогенного походження	45
Арт-терапія	53
Бібліотерапія	55
Музикотерапія	57
Ізотерапія	62
Орігамі	64
Пісочна терапія	64
Каліграфотерапія	64
Фаунотерапія	65
Іппотерапія	65
Лікувальний ефект собак та інших домашніх тварин	66
Терапевтичний сон на вуликах	66
Гірудотерапія	67
Дельфінотерапія	68
Флоротерапія	68
Сон на матрасах, наповнених висушеними цілющими чорноморськими водорослями зостерою	68
Фітоаромотерапія	69
Додаток 1. Орієнтовне положення про центр (відділення) медико-психологічної реабілітації для постраждалих внаслідок участі в ООС	71
Додаток 2. Диференційно-діагностичні критерії психічних розладів психогенного походження (для відбору контингентів)	72
Додаток 3. Міссісіпська шкала для оцінки ПТСР	77
Додаток 4. Орієнтовний розподіл медико-психологічних реабілітаційних заходів	81

Додаток 5. Уніфікований клінічний протокол «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (Затверджений наказом МОЗ України від 23.02.2016 № 121, зі скороченнями).....	82
Додаток 6. Наказ МОЗ України № 199 від 15.04.2008 (Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу)	114
Додаток 7. Шкала депресії А. Бека (А. Beck)	119
Додаток 8. Опитувальник суїцидального ризику Шмелева А.Г. (Модифікація Разуваєвої Т.Н.)	121
Додаток 9. Обґрунтування вибору методик бальнеологічної корекції та профілактики метаболічних порушень у осіб, які перенесли гостру травму катастрофічного походження	124
Додаток 10. Обґрунтування поєднаного застосування методів фізичної медицини в реабілітації осіб, що перенесли гостру травму катастрофічного походження	125
Додаток 11. Об'ємний пневмопресинг.....	130
Новітня технологія біорегуляції для психофізіологічної реабілітації на прикладі учасників Антарктичної експедиції	132
Методика кольоропреференційної біорегуляції.....	133
Особливості кольорових преференцій при психоемоційній нестійкості і при депресивних станах.....	136
Застосування методики поліхромної біорегуляції для психофізіологічної реабілітації	137
Реабілітація після довготривалої роботи в екстремальних умовах українських зимівників на станції Вернадського в Антарктиці	139
Теоретичні основи психологічних досліджень українських зимівників....	140
Застосування методичного інструментарію психологічних досліджень...	143
Рекомендована література	146

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

<u>АД</u>	Антидепресанти
<u>АТ</u>	Аутогенне тренування
<u>АТО</u>	Антитерористична операція
<u>ВР</u>	Відносний ризик
<u>ГСР</u>	Гострий стресовий розлад
<u>ДІ</u>	Довірчий інтервал
<u>ДПРО</u>	Десенсибілізація та переробка рухом очей
<u>ДТП</u>	Дорожньо-транспортна пригода
<u>ЕЕГ</u>	Електроенцефалограма
<u>ЗОЗ</u>	Заклад охорони здоров'я
<u>ІМАО</u>	Інгібітор моноаміноксидази
<u>КМП</u>	Клінічний маршрут пацієнтів
<u>КН</u>	Клінічна настанова
<u>КПТ</u>	Когнітивно-поведінкова терапія
<u>КТ</u>	Комп'ютерна томографія
<u>ЛПМД</u>	Локальний протокол медичної допомоги
<u>ЛФК</u>	Лікувальна фізкультура
<u>МВ</u>	Мінеральні води
<u>МДМА</u>	Метилендіоксиметамфетамін
<u>МКХ-10</u>	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-ий перегляд)
<u>МОЗ</u>	Міністерство охорони здоров'я
<u>МПР</u>	Медико-психологічна реабілітація
<u>МРТ</u>	Магнітно-резонансна томографія
<u>НЕТ</u>	Наративна експозиційна терапія
<u>ПЕ</u>	Пролонгована експозиція
<u>ПТП</u>	Потенційно травматична подія
<u>ПТСР</u>	Посттравматичний стресовий розлад
<u>РА</u>	Розлади адаптації
<u>РКД</u>	Рандомізоване контрольоване дослідження

<u>СІЗЗС</u>	Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну
<u>ТФ-КПТ</u>	Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
<u>УКПМД</u>	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
<u>ТЦА</u>	Трициклічний антидепресант
<u>ЦНС</u>	Центральна нервова система
<u>ЧМТ</u>	Черепно-мозкова травма
<u>DSM-V</u>	Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5-е видання
<u>PHQ-9</u>	Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire), 9 запитань

ВСТУП

Всі війни закінчуються. Герої, які мужньо захищають суверенітет України та її територіальну цілісність, демобілізуються, і держава зобов'язана створити належні умови для відновлення їх здоров'я, забезпечення медико-психологічної реабілітації та повернення їх до повноцінного життя. Учасники бойових дій, крім фізичних ушкоджень, на війні отримують ще й психологічні травми. До 90% мобілізованих українців, які не є професійними військовими, ризикують отримати бойову психічну травму.

Поряд з безпосередніми учасниками бойових дій на Сході країни є багато постраждалих серед мирного населення, свідків цих подій, внутрішньо переміщених осіб. В мирному житті, на жаль, також відбуваються надзвичайні події природного та техногенного походження.

Психогенні розлади, поранення, захворювання під час бойових дій, соціальних заворушень, стихійних лих та масових катастроф різного походження займають особливе місце, оскільки можуть одночасно виникати у багатьох людей.

Необхідно оперативно оцінювати стан потерпілих, прогнозувати розлади, які можуть виникнути, проводити всі можливі (в конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальні та реабілітаційні заходи. Психологічна робота із військовослужбовцями не може обмежуватися лише лікуванням поранених у військових госпіталях.

Європейська модель психологічної підготовки військових та їх реабілітації включає чіткі алгоритми, з психологічної підготовки військовослужбовців під час їх навчання на тренувальних базах, супроводу та роботи із військовими безпосередньо під час бойових дій, від цієї складової часто залежать не лише успішність військової операції, а й життя самих бійців; психологічну допомогу пораненим та членам їх сімей під час лікування та подальшої реабілітації, роботу із членами родин загиблих військовослужбовців.

Зростання чисельності екстремальних ситуацій диктує необхідність підготовки фахівців, здатних проводити психосоціальну реабілітацію особам, які постраждали внаслідок участі в зоні ООС. У багатьох з них спостерігаються психогенні розлади.

Найзгубніший психотравмуючий вплив на здоров'я людини, якість життя та психологічний стан мають бойові дії, терористичні акти та інші насилля проти особистості. Від початку російської військової агресії проти України у бойових діях на сході взяли участь понад 300 тисяч українців, з них близько 10 тисяч осіб отримали поранення.

Останнім часом значно зросла кількість тих, хто повертається додому інвалідами як у фізичному, так і у психологічному плані. За даними МОЗ України, сьогодні гостро потребують медичної реабілітації близько 60 % демобілізованих, фізичної - близько 30 %, психологічної - понад 92 %.

Крім того, медико-психологічної допомоги потребують більшість мешканців контрольованих територій, вимушено переселених осіб, серед яких є і діти, тобто коло пацієнтів, які постраждали внаслідок військових дій на сході України і потребують медичного нагляду, значно ширше.

Тактика надання невідкладної допомоги в гострий період відпрацьована і досить ефективна. Віддалений період обмежується методами психологічного та психотерапевтичного впливу. Психологічний напрямок реабілітації осіб, що брали участь у бойових діях, є першочерговим і активно практикується.

Віддалені наслідки військових дій, перш за все, психологічні з наступною їх соматизацією, можуть виникати і значно пізніше за часом. Є так звані «в'єтнамський» і «афганський» синдроми. У 1970-х роках у США у 25 % учасників бойових дій, які навіть не мали каліцтва, згодом загострилися різні порушення, зокрема соматичні. Аналітичні дані підтверджують, що після війни у В'єтнамі Сполучені Штати Америки втратили людей значно більше, ніж під час бойових дій.

У Англо-Аргентинському збройному конфлікті 1982 року за Фольклендські (Мальвінські) острови Аргентина втратила 649 чоловік, 1188 були поранені, понад 450 ветеранів покінчили життя самогубством у повоєнний час. Англіїці здобули перемогу ціною: 258 убитих, 777 поранених і 300 зафіксованих випадків самогубств після війни.

Комплексна реабілітація після закінчення бойових дій, тобто після припинення дії стресору, має особливе значення для суспільства. Зменшення впливу наслідків травматичного стресу на соматичне здоров'я і профілактика психосоматичної патології у цих пацієнтів - важливе завдання медицини.

Крім травматичних ушкоджень, значного переохолодження і збільшення запальних захворювань дихальної системи, нирок, випадків гострих респіраторних інфекцій, важливим патогенетичним фактором розвитку соматичної патології є метаболічні порушення та дистрес адаптаційних реакцій організму, вплив яких триває і у віддалений період. Тривалість цього періоду післядії становить від 6-8 місяців до 2 років.

Саме після гострої реакції на стрес і так званого латентного періоду після травматизуючої події, крім розладів психічного характеру, можуть виникати вегетативні і гормональні порушення, які призводять в кінцевому рахунку до розвитку ряду розладів органів і систем, тобто психосоматичної патології. Головним механізмом метаболічних наслідків стресу ("метаболічного стресу") є надмірна активація і порушення адаптивних систем організму.

Стрес-реалізуючий фактор, крім психодинамічного реагування і психогенних патологічних реакцій, призводить до розвитку метаболічних і змін з наступним накопиченням токсичних продуктів різних видів обміну та латентних форм метаболічної інтоксикації і латентного метаболічного ацидозу, в результаті чого формується неспецифічний синдром хронічної метаболічної інтоксикації, що є початковою стадією соматичної патології.

Всесвітня Організація охорони здоров'я визначає здоров'я як «стан повного фізичного, духовного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів». Відповідно до цього Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає, що «охорона здоров'я – система заходів, які здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я, медичні та фармацевтичні працівники і громадяни з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя».

У процесі Євроінтеграції Україна приєдналася до Європейської декларації охорони психічного здоров'я і Європейського плану дій з охорони психічного здоров'я на «Європейській конференції ВООЗ на рівні міністрів з охорони психічного здоров'я, проблемах і шляхах їх вирішення», проведеної в м. Гельсінкі, Фінляндія.

Одним з першочергових завдань Європейського плану дій є розробка і впровадження комплексних, інтегрованих систем охорони психічного здоров'я, які об'єднують зміцнення здоров'я, профілактику, лікування і реабілітацію, догляд та відновлення здоров'я. Медико-психологічна реабілітація має бути обов'язковою частиною комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в зоні ООС.

З огляду на це в Україні формується система медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Нормативно-правове функціонування системи медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій регулюється Указом Президента України від 30.01.2015р. №40 «Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації», Указом Президента України від 18.03.2015 №150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції», іншими відомчими нормативними документами.

Медико-психологічна реабілітація має надаватись за ступеневим принципом, зокрема, для демобілізованих учасників бойових дій.

1. Перший ступінь – заклади первинної ланки охорони здоров'я (лікарі загальної практики – сімейної медицини)

2. Другий ступінь (за потребою) – амбулаторна допомога у територіальних загальносоматичних та спеціалізованих закладах охорони здоров'я (кабінети психотерапії).

3. Третій ступінь (при потребі) – реабілітаційні відділення госпіталів ветеранів війни і учасників бойових дій.

4. Четвертий ступінь (за потребою) – центри (відділення) медико-психологічної реабілітації санаторно-курортної мережі зокрема, ПрАТ «Укрпрофоздоровниця».

Значною частиною цієї системи є Програма медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок участі в зоні ООС, розроблена відповідно до європейських та світових стандартів.

Санаторії є лікувальними закладами, надання медико-психологічної реабілітації в них має здійснюватися згідно з Наказом МОЗ від 15.04.2008р. № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу»: «п. 8.3. Місцями застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу з метою діагностики, лікування, профілактики, реабілітації розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, головним чинником психологічні, корекції психічного стану людини, її особистості мають бути психотерапевтичні кабінети, відділення, центри у закладах охорони здоров'я за умови дотримання ними ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики».

Проводити медико-психологічну реабілітацію учасників бойових дій потрібно у відділеннях (Центрах) медико-психологічної реабілітації санаторно-курортних закладів (Додаток 1 – Типове положення про відділення (Центр) медико-психологічної реабілітації).

Контингентами для надання медико-психологічної реабілітації є особи з установленим медичним діагнозом відповідно до Міжнародної класифікації хвороб прийнятої в Україні (МКХ-10). Насамперед: ПТСР, розлади адаптації, інші невротичні і соматоформні розлади та інші (діагностичний кластер F4). Ці контингенти в санаторно-курортних умовах мають проходити медико-психологічну реабілітацію курсом з об'ємом часу від 96 годин (психотерапевтичного втручання - 36 годин) до 168 годин (психотерапевтичного втручання - 63 години), за термін від 12 до 21 календарного дня.

Медико-психологічна реабілітація учасників екстремальних подій і довгострокової діяльності людей в надзвичайних умовах, реадаптація після повернення їх у коло звичного соціуму дуже важливі. Не менш значущими є своєчасність, комплексність і безперервність процесу реабілітації.

Велике значення мають новітні психотерапевтичні і психокорекційні процедури у структурі медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій та осіб з наслідками екстремального впливу стресогенних факторів інших надзвичайних ситуацій.

«Ми виграємо війну, і ми виграємо мир!», – сказав під час Другої світової війни президент США Франклін Делано Рузвельт. Чудова теза для наслідування і втілення в життя в Україні.

ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ АПАРАТ

Курорт – особлива місцевість, яка має природні лікувально-профілактичні ресурси і умови для їх використання.

Медико-психологічна реабілітація – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності безпосередніх учасників бойових дій в зоні ООС, членів їх сімей, родин загиблих військовослужбовців і значних контингентів внутрішньо переміщених осіб.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – непсихотична відставлена реакція на травматичний стрес, який здатен викликати психічний розлад у будь-якої людини.

Професійна реабілітація – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання, перекваліфікації з подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням враховуючи особисті схильності та побажання особи.

Психологічний вплив – вжиття дій, спрямованих на психіку людини, усвідомленого/неусвідомленого характеру (переконання, психологічне преформування або сугестії для формування певної системи уявлень, дій та ставлення, які суб'єктивно сприймаються особою як особисті.

Психотерапевтичний вплив - застосування методів, спрямованих на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи.

Психологічна реабілітація – система заходів, направили на відновлення, корекції психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості.

Психосоціальна реабілітація – комплекс заходів, спрямованих на максимальне відновлення рівня соціального функціонування і якості життя осіб.

Санаторій - специфічний лікувально-профілактичний заклад, в якому використовуються природні фактори (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, ландшафт, рослинність та інші) разом з преформованими факторами (бальнеотерапія, фізіотерапія, сольові печери та інш.) за умов дотримання режимних вимог.

Соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу, здатності до самостійної суспільної і

родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування, задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації.

Соціальна допомога – система заходів, направлені на повернення особи до активного життя та праці, відновлення соціального статусу і формування у особи якостей, настанов щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності шляхом правового і матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування.

Травматичний стрес – стан, що виникає у людини, яка пережила подію, що виходить за межі звичайного життєвого досвіду, результат особливої взаємодії людини і навколишнього світу, із загрозою власному існуванню або життю близьких.

ПРОГРАМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК УЧАСТІ В ООС

ПР надається поза санаторно-курортними та іншими лікувальними закладами, а МПР – в лікувальних закладах, до яких належать і санаторії.

МПР – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності постраждалих внаслідок участі в АТО; ПР – комплекс заходів, спрямованих на максимальне відновлення рівня соціального функціонування і якості життя осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків).

З 1.01.2018 року діє «Порядок відшкодування витрат за надані соціальні послуги з лікування застрахованих осіб та членів їх сімей після перенесених захворювань і травм у реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів за рахунок коштів Фонду соціального страхування України», затверджений постановою правління Фонду соціального страхування України від 13.07.2017 року № 39, погоджений МОЗ України 23.08.2017 за № 3.14-19/1146-17/22760, яким запроваджено новий механізм забезпечення застрахованих осіб соціальними послугами з лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних установ після перенесених захворювань і травм. А саме, застрахована особа або член її сім'ї (дитина в супроводі одного із застрахованих батьків, або застрахованої особи, яка їх замінює (опікуна, піклувальника) може направлятись до реабілітаційного відділення санаторно-курортної установи за її вибором відповідно до медичних показань визначеного профілю **МР** за рекомендацією лікуючого лікаря та за наявності висновку лікарсько-консультативної комісії (ЛКК) закладу охорони здоров'я, де перебуває зазначена особа на стаціонарному лікуванні. Застрахована особа, яка брала участь в АТО, має право на лікування (у супроводі членів сім'ї: чоловік/дружина, неповнолітні діти) за профілем **МПР** за рахунок коштів Фонду один раз після демобілізації за наявності відповідних медичних показань.

МПР мають проходити особи зі встановленим медичним діагнозом відповідно до МКХ-10: ПТСР, РА, інші невротичні і соматоформні розлади (діагностичний кластер F4). Диференційно-діагностичні критерії психічних розладів психогенного походження для відбору контингентів - у Додатку 2.

Психологічна реабілітація поза санаторно-курортною мережею та іншими лікувальними закладами, має надаватися особам, у яких розлади психічної сфери не досягають рівня хворобливих і відносяться до психологічних проблем пов'язаних з певними психосоціальними обставинами (тероризм, військові дії, стихійні лиха та інші) (діагностичний кластер Z65).

Принципи побудови

Для того, щоб вирішення головні завдання МПР, необхідно оптимально використовувати різні фактори, індивідуально підбирати лікувальні впливи, уникати перенапруги адаптаційних механізмів, дотримуючись основних принципів побудови реабілітаційних заходів, а саме:

1. Принцип максимальної синергічної співпраці: лікар–пацієнт–терапевтичний комплекс.

2. Багаторівневий характер саногенних заходів.

3. Поєднаний характер біологічних і психологічно-орієнтованих впливів.

4. Послідовність і етапність проведення заходів.

5. Комплексний підхід для вирішення клінічних завдань, тобто поєднаний послідовний вплив на всі етіопатогенетичні ланки функціональних розладів.

6. Принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних і немедикаментозних факторів.

Тривалість програми – від 12 до 21 діб.

Показання для проведення програми:

1. Початкові прояви недостатності кровообігу головного мозку (I60), ішемія мозку (хронічна) (I67.8).

2. Граничні (непсихотичні) психічні розлади (згідно МКХ-10) на етапі компенсації та, при необхідності, санаторно-курортного долікування.

2.1. Неврастенія (F48.0);

2.2. Соматоформні розлади (F45);

2.3. Тривожно-фобічні розлади (F40-F49), зокрема, агорафобія (F40.0) і панічні розлади (F41.0);

2.4. Гостра реакція на стрес (F43.0), РА (F43.2) та ПТСР (F43.1);

2.5. Дисоціативні (конверсійні) розлади (F44);

2.6. Дисомнічні розлади, безсоння неорганічної природи (F51);

2.7. Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F62.0).

3. Проблеми, пов'язані з труднощами подолання життєвих проблем (Z73).

Ці розлади є підставою для направлення на МПР до санаторно-курортної установи як такі, так і у поєднанні з іншими соматичними та неврологічними розладами (коморбідні).

Протипоказання для проведення програми: розлади психіки і поведінки психотичного рівня, гострий період непсихотичних психічних розладів та розладів поведінки, олігофренія, гострі соматичні захворювання та їх загострення, які потребують профільного лікування.

Програма реалізується поетапно:

1. Початковий (етап налагодження терапевтичного контакту – комплаєнсу). Тривалість – 2-3 доби.

Проводиться:

- структуроване діагностичне інтерв'ю з лікарем; психодіагностична сесія з психологом;

- визначення індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми за принципом мультидисциплінарного обговорення;

- узгодження індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми з пацієнтом;

- початок індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми.

2. Основний (реабілітаційний). Тривалість – 14-18 діб.

Проводиться:

- індивідуальна психотерапія (4 сесії);

- групова психотерапія (10-12 сесій);

- релаксаційні методи - засвоєння елементів аутогенного тренування (постійно);

- фізіотерапія, лікувальна фізкультура, ароматерапія, рефлексотерапія та інші методи немедикаментозного впливу (постійно);

- медикаментозна терапія (за показаннями).

3. Супортивний (завершуючий/підтримуючий). Тривалість – 2-3 доби.

Проводиться:

- індивідуальна психотерапія (2-3 сесії);

- релаксація - засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

- завершення всіх інших лікувальних заходів.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО РЕГІСТРУ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНАСЛІДОК УЧАСТІ В АТО

В учасників бойових дій найчастішою категорією розладів психіки і поведінки є розлади адаптації (РА) і посттравматичні стресові розлади (ПТСР). За своєю клінічною суттю ПТСР – відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати психічний розлад у будь-кого (безпосередня загроза життю, фізична повноцінність людини або осіб з її оточення, включення особи або її близьких до катастрофічних ситуацій глобального чи місцевого характеру (війна або ДТП). Таким чином, ПТСР є психогенним за походженням захворюванням. У клінічній практиці ПТСР має однойменну – рубрифікацію (F43.1) в МКХ-10 і є синдромом, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

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

Семіотичні ознаки ПТСР виникають протягом одного – декількох місяців після впливу первинного стресорного чинника і зазвичай розвиваються разом із симптомами недиференційованої тривоги.

Систематику основних психопатологічних феноменів можливо змалювати таким чином.

Хворий неодноразово переживає психотравмуючі обставини у вигляді:

- нав'язливих спогадів (наприклад, короткочасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback», нічні кошмари – «*ravor nocturna*»);
- обтяжливих сновидінь;
- відчуттів і вчинків, які ніби вказують, що психотравмуюча ситуація поновлюється;
- вираженого психологічного дистресу в ситуаціях, які нагадують або асоціюються із психотравмуючою подією;
- перезбудження;
- емоційного виснаження.

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

Вперше термін «посттравматичний стресовий синдром», яким позначався викликаний важким стресом специфічний симптомокомплекс психічних розладів, був застосований у 1980 році М. Horowitz і співавт.; цей термін був включений до американської класифікації психічних розладів (DSM-III).

Раніше такі розлади відносилися до кола невротичних або близьких до них розладів. У подальшому ці критерії уточнено і доповнено у DSM-III-R і DSM-IV, так само, як і у МКХ-10.

ПРОЯВИ ПТСР

ПТСР відносять до особистісно-реактивних станів (з клінічної точки зору), що розвиваються внаслідок травматичного стресу (зокрема надзвичайної ситуації), який носить патогенно-психогенний характер для конкретної людини (наприклад, ситуації представляють безпосередню загрозу для повноцінного існування людини, причетність її або рідних, близьких, друзів до катастрофічних ситуацій глобального або локального характеру – стихійні лиха, війни, техногенні катастрофи тощо).

Основні психопатологічні феномени ПТСР спостерігаються у вигляді облігатних симптомів:

- нав'язливі спогади (наприклад, короточасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback», нічні жахи «*ravor nocturna*»);
- обтяжливі сновидіння;
- недиференційована тривога;
- відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації, яке слід диференціювати з епіфеноменами «*deja vu*»;
- переживання гострого психологічного дискомфорту стресового рівня у ситуаціях, що нагадують або асоціюються з первинною психотравмуючою подією;
- психомоторне недиференційоване збудження;
- емоційне притуплення, навіть до ступеню «*anaesthesia dolorosa psychica*».

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПТСП

Діагностичні критерії ПТСП сьогодні представлені в МКХ-10, таким чином:

А. Хворий зазнав дії стресової події або ситуації (короткострокової або тривалої) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка здатна викликати загальний дистрес у будь-якої людини.

Б. Хворий постійно знову переживає вплив стресора, що виражається у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються, чи відчуває дистрес, опинившись в обставинах, що нагадують перенесене потрясіння й асоціюються зі стресом.

В. Хворий уникає (чи бажає unikнути) обставин, що нагадують про пережите або асоціюються зі стресором (до перенесеного стресу така тенденція не спостерігалася).

Г. Наявна будь-яка ознака з таких:

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

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

а) утруднення засинання або підтримки сну;

б) дратівливість або спалахи гніву;

в) утруднення концентрації уваги;

г) підвищення рівня безсоння;

д) посилений чотирьоххолмний рефлекс.

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

Для об'єктивізації та верифікації діагностики ПТСП на сьогодні застосовуються спеціальні експериментально-психологічні методики. Найвідоміша – Міссісіпська шкала для оцінки ПТСП (Kean, Caddell & Taylor, 1988) (додаток 7).

ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПТСР І РА

Таким хворим потрібна системна послідовна терапія, включаючи психофармакологічну терапію, психотерапію, реабілітаційні заходи, які реалізуються комплексно і етапно.

Етапи надання медичної допомоги хворим з ПТСР:

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

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

3. Надання стаціонарної допомоги за показаннями. У разі розгорненої декомпенсованої форми ПТСР в умовах відділень неврозів і межових станів психіатричних лікарень і психосоматичних відділень багатопрофільних загальносоматичних лікарень.

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

5. Профілактичний етап – профілактика екзацерацій ПТСР, пов'язана з попередженням впливу психогеній агоністичної (психотравматичної) дії. Для лікування ПТСР в стані загострення використовують всі класи фармакологічних препаратів психотропної дії відповідно до ланок патогенезу.

Враховуючи клінічну структуру провідних симптомокомплексів ПТСР препаратами вибору можуть бути в убуваючому ступені:

- антидепресанти;
- бензодіазепіни;
- атипові нейролептики,
- конвенційні нейролептики (вкрай рідко).

ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ПТСР І РА

Як уже зазначалося, психологічна корекція є обов'язковою і найважливішою складовою процесу реабілітації хворих із ПТСР. Відновлення преморбідного рівня функціонування хворих вимагає створення додаткових ресурсів їх «Я», необхідних для подолання наявних і майбутніх стресів. Для досягнення цієї мети є чотири стратегії терапії:

– підтримка адаптивних навичок «Я» (одним з ключових аспектів є створення позитивного ставлення до терапії);

– формування позитивного ставлення до симптомів (сенс полягає в тому, щоб змусити пацієнта сприймати свої розлади як нормальні для ситуації, яку він пережив, і цим запобігти подальшій травматизації фактом існування цих розладів);

– зменшення уникнення (оскільки прагнення хворого уникати всього, що пов'язане з психічною травмою, заважає переробити його досвід);

– зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити сенс, який реабілітант надає перенесеній психотравмі, і таким чином створюється відчуття «контролю над травмою»).

Фахівці рекомендують облігатне використання методів психотерапії для подолання актуальності психотравмуючих переживань.

У ряді випадків ПТСР обумовлюються поєднанням стресових чинників. До стресогеної дії відносять не лише несприятливі, але й позитивно забарвлені. Як з'ясувалося, формування ПТСР залежить від суб'єктивної значущості даних чинників і ставлення особистості до них. Коли не можна прибрати психотравмуючий вплив, треба змінити до нього ставлення, підвищити толерантність, дезактуалізувати. Особливе значення тут має саме психотерапія.

Методи і форми психотерапії

1) Індивідуальну психотерапію здійснюють як консультування із застосуванням прийомів раціональної, когнітивно-поведінкової психотерапії, а при значних сомато-вегетативних проявах – і гіпносугестивної.

2) Групову психотерапію проводить у відкритих групах.

3) На супортивному етапі доцільно використовувати техніки «якоріння», матеріально опосередкованої психотерапії, плацебо-терапії.

4) Загальним принципом є мінімізація медикаментозної терапії.

5) Як препарат седативної, протитривожної, сомногенної дії слід застосовувати переважно препарати рослинного походження.

Орієнтовний розподіл медико-психологічних реабілітаційних заходів на день перебування на основному етапі подано у Додатку 4, орієнтовний локальний протокол медико-психологічної реабілітації – у Додатку 5.

В основний лікувальний комплекс необхідно включати фізіотерапевтичні заходи, згідно з основними правилами, що передбачають поступове наростання сили подразника за усіма параметрами процедур: температура, експозиція, сила струму, фізичні навантаження, площа рефлексогенної зони. Вибір оптимальної дози ґрунтується на оцінці актуального стану пацієнта.

Інформаційно-санологічні заходи

Корекція шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю), деонтологічно спрямовані лекції, в яких наголошується на негативних наслідках стресу і шляхах їх подолання. Інформаційний лист «Посттравматичний стресовий розлад» у Додатку 5.

ПСИХОТЕРАПІЯ

Психотерапія – це система терапевтичного впливу, опосередкована через психічну сферу. Основними принципами її реалізації в реабілітаційній системі є:

1. Багаторівневість, системність, динамічність впливу.
2. Етапність.
3. Використання кількох методів психотерапії з їхньою послідовною зміною, комплексність.
4. Диференційоване застосування з ієрархічністю патогенетичної, симптоматичної і превентивної спрямованості психотерапевтичних прийомів.
5. Максимальна індивідуалізація психотерапевтичних впливів при переважно груповій формі роботи з постраждалими внаслідок участі в АТО.

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ

Найефективнішим методом психотерапії у лікуванні ПТСР зараз вважають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). Є різні варіанти КПТ, як за психотехнічними прийомами, так і за співвідношенням поведінкового і когнітивного компонентів.

Поведінка - основний концепт поведінкової психотерапії. Раніше цей термін розуміли як всі зовнішні реакції / прояви, що спостерігались, зараз в це поняття включили емоційно-суб'єктивні, мотиваційно-афективні, когнітивні і вербально-когнітивні прояви.

Першою сучасною теорією, покладеною в основу поведінкових методів, стало класичне обумовлення, пов'язане з ім'ям І.П. Павлова. Він, як і творець американського біхевіоризму J.B. Watson, виключав значення проміжних перемінних і обмежував навчання подразниками зовнішнього світу і елементами зовнішньої поведінки (формула «стимул - реакція»).

Теорія оперантного (інструментального) обумовлення E.L. Thorndike та B.F. Skinner, навпаки, підкреслюється значення позитивних чи негативних стимулів («закон ефекту») у виникненні та закріпленні поведінки. У цій теорії стимул набув функціональні якості підкріплення, що підвищує силу реакції. Згідно характеристики J. Faidiman і R. Frager (1994), поведінкова терапія відрізняється такими рисами:

1) допомогти реабілітанту реагувати на життєві ситуації так, як він хотів би сам, тобто сприяти підвищенню потенціалу особистісної поведінки, думок, почуттів і зменшенню або виключенню небажаних способів реагування;

2) не ставити задачу змінити емоційну сутність відносин і почуттів особистості;

3) позитивне терапевтичне ставлення – необхідна, але недостатня умова ефективної психотерапії;

4) скарги пацієнта приймаються як значущий матеріал, на якому терапія фокусується, а не як симптоми наявної проблеми;

5) пацієнт і психотерапевт домовляються про специфічні цілі терапії. Мова йде про те, що обоє знають, коли і як ці цілі будуть досягнуті.

Психотерапевтичні прийоми.

Залежно від індивідуальної і групових цілей виділяються такі методичні прийоми поведінкового тренінгу:

- використання рольових ігор;
- чітка тематична побудова занять;
- об'єднання рольових ігор з трансактного аналізу;
- інтегративний підхід;
- використанням техніки гештальт-терапії, психодрами.

Репетиція поведінки – основна методика поведінкового тренінгу, що складається з рольового програвання складних ситуацій, які свого часу створювали або можуть створити у майбутньому певні труднощі для реабілітанта; використовуються елементи оперантного і наглядного навчання.

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

Однією із запропонованих Мейхенбаумом методик є тренінг самоінструкцій. Варіант методик тренінгу самоінструкцій такий:

1) підготовка до стресу: «Я зможу розробити план, щоб впоратися з ним»;

2) реагування під час стресу: «Поки я зможу зберегти спокій, я контролюю події»;

3) справляння зі стресом: «Порушення заважає мені сприймати ситуацію»;

4) відображення досвіду: «Це виявилось не так страшно, як я думав».

Надаючи велике значення спостережному навчанню, Бандура пропонує на психотерапевтичному занятті проводити такі процедури:

1. Тренування альтернативних самостійних описів пацієнтом стресових ситуацій. Проводиться у стані релаксації; реабілітанту пропонується вголос при закритих очах докладно описати стресову ситуацію. На відміну від методу імплізії, слід не йти від підвищення рівня тривоги, а застосовувати тренінг самоінструкції або поглиблювати релаксацію.

2. Підготовка психотерапевтом альтернативного рішення проблем.
3. Вибіркова проба переживань реабілітантом.
4. Обговорення досягнутих результатів і письмова фіксація їх у щоденнику реабілітанта.
5. Навчання вголос альтернативному діалогу, запропонованому психотерапевтом.
6. Застосування «stop-методики». Її суть – у тому, що у разі посилення тривоги психотерапевт голосно вимовляє «стоп», надаючи червоний сигнал світлофора. Після цього реабілітанту пропонується відтворити картину, що викликає позитивні емоції. Реабілітант сам навчається субвокальному виголошенню слова «стоп».

Важливо адекватне навчання дихальних вправ, особливо схильних до гіпервентиляційного синдрому, що характерно для тих, у яких у структурі клінічної картини ПТСР спостерігаються кризові стани, схожі на панічні атаки.

ЕКСПОЗИЦІЯ

Більшість методів, які застосовуються при когнітивно-поведінковій терапії, вимагають використання техніки **експозиції**, при якій реабілітанта піддають дії подразників, які викликають страх, / обумовлюючих стимулів. Роблять для створення умов для згасання (у міру нормалізації ситуації) умовно-рефлекторної емоційної реакції на цей набір стимулів. Цей прийом може стати засобом спростування очікувань / переконань реабілітанта щодо певних ситуацій і їх наслідків. Існує кілька різновидів методів лікування, заснованих на використанні техніки експозиції, які різняться залежно від способу пред'явлення стимулів (реабілітант може піддаватися їх дії в уяві або *in vivo*) і за інтенсивністю дії (в процесі лікування проходить поступовий перехід до сильніших подразників або реабілітант стикається з найзначнішими з них). Наприклад при адаптації до психотравмуючих спогадів в процесі лікування ПТСР, вже через специфічну природу розладу застосовують тільки експозиція в уяві. Аналогічним чином при використанні методів лікування, орієнтованих на когнітивні функції. Ірраціональні думки пацієнта спростовують, піддаючи їх ситуаційному аналізу, який показує, що ці ідеї помилкові або нереалістичні.

ДЕСЕНСИТИЗАЦІЯ

Реабілітант разом з психотерапевтом складають ієрархію подразників, що провокують тривогу в першу чергу, а потім і відтворює психотравму в цілому. Потім йому пред'являють ці стимули, починаючи з найнешкідливішого. Після того, як він впорається з одним подразником, пред'являють наступний. При пред'явленні стимулів можуть використовуватися: або десенситизація в уяві, або градуйована дія (десенситизація *in vivo*).

Десенситизація в уяві полягає в тому, що реабілітант у стані розслаблення, уявляє собі сцени, що викликають у нього тривогу.

Поетапна, градуйована дія (або десенситизація *in vivo*) припускає, що реабілітант повинен зустрічатися із подразниками, що викликають тривогу (починаючи з найслабших) у реальному житті. Цей метод ефективніший, йому надають перевагу більшість психотерапевтів, оскільки саме зіткнення зі стресорами у реальному житті завжди є кінцевою метою лікування.

ЗАНУРЕННЯ

Якби методи, які застосовують при десенситизації, можна було б порівняти з тим, як людину вчать плавати спочатку на неглибокому місці, мало-помалу переходячи на глибину, то при «зануренні» (використовуючи ту ж аналогію) її, навпаки, відразу ж кидають. Застосовуючи цей метод, пацієнту створюють найважчу для нього ситуацію, яка є вершиною в ієрархії подразників, причому він має піддаватися дії до тих пір, поки тривога не зникне спонтанно («надбання звички»). Хоча більшість реабілітантів непросто переконати піти на це, занурення – швидкодіючий і, загалом, ефективніший метод, ніж десенситизація.

Найадекватнішою модифікацією КПТ в психотерапії ПТСР є терапія, розроблена Aaron Beck - короткочасна структурована терапія, яка використовує активну співпрацю між лікарем і хворим для досягнення терапевтичних цілей, і орієнтована на вирішення поточних проблем. Терапевтичною основою КПТ є твердження, що когнітивні дисфункції – провідний механізм формування депресії і що афективні та сомато-вегетативні зміни – наслідок когнітивних дисфункцій.

Мета терапії – досягти редукції депресії і попередити рецидиви в основні напрямки КПТ: 1) ідентифікувати і перевіряти негативні знання; 2) розвивати альтернативні, гнучкіші схеми; 3) утримувати як нові когнітивні здібності, так і нові поведінкові реакції.

КПТ – короткокурсів методи, які проводяться 2-4 рази на тиждень, загальна тривалість – 4-6 тижнів. У кожному сеансі КПТ встановлюється порядок денний на початку кожного сеансу, дається домашнє завдання, яке виконується між сеансами, і навчання нових навичок. КПТ включає дидактичний, когнітивний і поведінковий компоненти.

Дидактичний компонент – пояснення реабілітанту когнітивної тріади, схеми і помилкової логіки. Обговорюється з реабілітантом, формулювання гіпотези депресії і перевірка її в процесі курсу лікування. КПТ потребує повного пояснення зв'язку між депресією і мисленням, афектом і поведінкою, також як логічного обґрунтування всіх аспектів лікування.

Когнітивний компонент поєднає чотири процеси: 1) створення автоматичних думок; 2) тестування автоматичних думок; 3) ідентифікація дезадаптивних положень, що лежать в основі порушень; 4) перевірка обґрунтованості дезадаптивних положень.

1. Створення автоматичних думок пізнання. Автоматичні думки – це поняття, які виникають між зовнішніми подіями і емоційною реакцією суб'єкта на подію.

2. Перевірка автоматичних думок. Діючи як вчитель, лікар допомагає реабілітанту перевірити правильність автоматичних думок. Мета – надихнути реабілітанта відкинути неточні або перебільшені автоматичні думки після ретельного дослідження.

3. Ідентифікація дезадаптивних тверджень. По мірі того, як реабілітант і лікар продовжують ідентифікувати автоматичні думки, патерни зазвичай стають яснішими, виявляють закономірності / загальні дезадаптивні твердження, якими реабілітант керувався у житті.

4. Перевірка правильності дезадаптивних тверджень. Перевірка правильності автоматичних думок є перевіркою точності дезадаптивних тверджень.

Поведінковий компонент використовується для зміни дезадаптивного або неточного пізнання. Загальна мета – допомогти реабілітанту зрозуміти неточність своїх когнітивних тверджень і вивчити нові стратегії і шляхи подолання помилок.

Поведінкові методи терапії: створення схеми діяльності, навчання тому, як отримувати задоволення, поступове ускладнення завдання, отримання нових знань, навчання самоповазі, рольова гра і методи відволікання.

Форми і методи психотерапії

Згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (УКПМД – додаток 5), затвердженого наказом МОЗ України від 23.02.2016 № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі», рекомендовані такі обов'язкові психотерапевтичні дії:

1. Психосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції;
2. ТФ-КПТ;
3. ДПРО;
4. Встановлення терапевтичного альянсу.

Як бажані дії рекомендовані: 1. Стрес-менеджмент; 2. Сімейна психотерапія.

ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з гострою реакцією на стрес (ГРС) – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР – 8-12 сеансів, в

залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена (сесійно по 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, з проблемами соціальної адаптації залежно від початку психотерапії та терапевтичної відповіді.

Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше, ніж через два тижні після пережитої травми.

Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, розглядають можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії, психологічну корекцію та фармакотерапію.

Групова КПТ (травмофокусована або не травмофокусована), короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені, як додаткові, але не альтернативні індивідуальній терапії.

У випадках, коли проблеми зі сном не можуть бути врегульовані для дорослих може бути доцільним додаткове застосування фармакотерапії.

ДЕСЕНСИБІЛІЗАЦІЯ І ОБРОБКА ТРАВМУЮЧИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ЧЕРЕЗ РУХИ ОЧНИХ ЯБЛУК

Численні дослідження свідчать про високу ефективність цього методу. ДПРО була створена Сафір (1995), за її допомогою приводять неперероблену травму до природнього процесу переробки мозку, не вдаючись безпосередньо до психотерапевтичних впливів. При травмах переробка занадто інтенсивного досвіду блокується органічно, на рівні мозку, тому когнітивно-емоційні процеси інтеракції не можуть бути інтегровані. За допомогою жестів руки психотерапевта, за якими слідує очі реабілітанта, стимулюються протилежні півкулі мозку, викликаючи, таким чином, процеси переробки, схожі з травмою. Після того, як мозок приводиться в готовність для переробки, травматична сцена актуалізується настільки, наскільки це можливо, в образах, негативних і позитивних оцінках, відчуттях афектів і тіла.

ДОПОМІЖНІ ТЕХНІКИ

Існуює декілька різних методів релаксації, наприклад, прогресуюча м'язова релаксація – у цьому випадку реабілітанта навчають серії вправ, при яких він попеременно напружує, розслабляє окремі групи м'язів, добивається розслабленого стану. При цьому використовується ефект ізометричної м'язової релаксації без попередньої напруги груп м'язів шляхом безпосереднього первинного вироблення навичок релаксації. тренінги можуть різнитися – по інтенсивності і темпів вироблення релаксаційного навичку в режимі спокою – відпочинку, активного застосування навичок розслаблення в психотравмуючих ситуаціях. Засвоєння прийомів релаксації є

навичками і включає такі когнітивні аспекти, як відчуття контролю над важкими ситуаціями. Деяким реабілітантам досить важко розслабитися або навіть ця процедура провокує тривогу, оскільки відчуття «зняття» напруги може «вивести страх з-під контролю».

Дуже важливим є навчання дихальних вправ, особливо осіб зі схильністю до гіпервентиляційного синдрому, який характерний для тих, у кого в структурі клінічної картини ПТСР спостерігаються кризові стани, схожі на панічні атаки.

АУТОСУГЕСТІЯ

Самонавіювання за E. Coue (1928), аутогенне тренування за J. Shultz (1932), H. Kleinsorge, G. Clambies (1965), W. Luthe (1969). Методики засновані на тому, що вербальні формули сугестії і невербальні прийоми, які полегшують її реалізацію, проводять самі реабілітанти.

МЕТОДИКА АУТОГЕННОГО ТРЕНУВАННЯ

Аутогенне тренування (АТ) – активний метод психотерапії, психопрофілактики і психогігієни, спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини. Основними його елементами є тренування м'язової релаксації, самонавіювання і самовиховання (аутодидактика).

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

АТ складається з двох етапів. Завданням першого етапу є здатність контролювати соматичні функції. Другий етап спрямований на оволодіння здатністю контролювати психічні функції. Проте цей етап методично дуже складний, трудомісткий, показання до його застосування дуже обмежені і нечіткі, тому в дитячому і підлітковому віці він практично не застосовується. Одночасно із засвоєнням формул обох етапів реабілітант викликає у себе відчуття повного спокою.

Перший етап:

Я абсолютно спокійний

1. Моя права (ліва) рука важка.
2. Моя права (ліва) рука тепла.
3. Серце б'ється спокійно і сильно.
4. Я дихаю абсолютно спокійно.
5. Сонячне сплетіння випромінює тепло.
6. Моє чоло приємно прохолодне.

Другий етап:

Я абсолютно спокійний

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

На засвоєння кожної формули першого етапу, згідно Шульцу, потрібно 2 тижні. У більшості сучасних модифікацій цей час скорочується до 7-8 днів. Заняття проходять 2-3 рази на день. Засвоєння проходить послідовно від першої до шостої формули; не засвоївши однієї формули, не слід переходити до іншої. Заняття АТ проводяться лежачи, напівлежачи і в позі кучера.

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

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

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

Для специфічніших терапевтичних завдань використовується модифікація аутогенного тренування К.І. Міровського і А.Н. Шогама – «психотонічне тренування».

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

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

Модифікація Б.В. Михайлова

Всі формули за Шульцем відпрацьовуються в такт диханню, а саме відчуття релаксації і тепла проговорюються на видиху, а формули мобілізації на вдиху.

Варіант Г. Клейнзорге та Г. Клюмбісса

Модифікація є «органотренуванням». Автори вказували, що їх метод - не модифікацією, а новий напрям у подальшому розвитку методу, і є третім класом АТ. Система розділена на три класи: перший – навчання позам і вступна бесіда про суть методу, другий клас – підготовчі заняття у загальній групі, де опрацьовують вправи першого ступеню класичної методики АТ у розширеному сенсі. Третій клас: безпосередньо і є органотренуванням.

Реабілітантів розподіляють на окремі групи залежно від діагнозу. Створюють групи: «спокою», «голова», «серце», «легені», «живіт».

Прогресуюча м'язова релаксація Джейкобсона

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

М'язи тіла діляться на шістнадцять груп. Послідовність вправ така: від м'язів верхніх кінцівок (від кисті до плеча, починаючи з домінантної руки) до м'язів обличчя (чоло, очі, рот), шиї, грудної клітки, живота і далі до м'язів нижніх кінцівок (від стегна до стопи, починаючи з домінантної ноги). Вправи починаються з короткочасної, 5-7-секундної, напруги першої групи м'язів, які потім повністю розслабляються; увага зосереджується на відчутті релаксації в цій області тіла. Вправа в одній групі м'язів повторюється до тих пір, поки пацієнт не відчує повного м'язового розслаблення; тільки після цього переходять до наступної групи.

По мірі набуття навичок у розслабленні м'язові групи укрупнюються, сила напруги в м'язах зменшується і поступова увага все більш акцентується на спогаді. На заключному етапі пацієнт після повсякденного аналізу локальної напруги м'язів, що виникає при тривозі, страху і хвилюванні, самостійно досягає м'язового розслаблення і таким чином долає емоційну напругу.

Комплексний курс АТ

При лікуванні невротичних і психотичних розладів, іноді недостатньо вправ першого ступеня, і виникає необхідність подальшого тренування. Комплексний курс виходить за рамки АТ, оскільки включає прийоми інших психотерапевтичних і лікувальних методик. АТ в цьому курсі об'єднує такі прийоми в єдину систему вправ. Вправи комплексного курсу індивідуальні, назначаються відповідно до конкретного захворювання, містять обов'язкові умови:

1. Дихальна гімнастика в різному ритмі здійснює масаж черевних органів, усуває явища гіпоксії, дисциплінує морально-вольову сферу і увагу. Показана при емоційній напрузі, порушеннях серцевого ритму, системних неврозах шлунково-кишкового тракту, психогенних порушеннях дихання і при порушенні засинання.

2. Вправи на уявлення тепла є розширеними стандартними вправами, вживаними індивідуально, відповідно до конкретного синдрому. Окрім дилатації коронарних судин, ці вправи спрямовані на представлення відчуття локального тепла безпосередньо в органі, який турбує. Вправи цієї групи показані при розладах сну і у тих випадках, коли потрібно досягти розширення периферичних кровоносних судин; загального – при порушеннях артеріального тиску, місцевого – при неврогенних розладах периферичного кровообігу.

3. Вправи на уявлення прохолоди показані при деяких формах судинного головного болю, а також при хворобливих станах, обумовлених зниженим артеріальним тиском.

4. Послідовне м'язове розслаблення (релаксація за Джейкобсоном) ефективна при розладах сну і емоційній напрузі. Диференційована релаксація ефективна при неврозах, що супроводжуються спазмом м'язів. Її краще поєднувати з вправами на уявлення тепла, а також зі спеціально підібраними дихальними і гімнастичними вправами. Найкращі результати диференційованого розслаблення спостерігаються при порушеннях серцевого ритму, нейроциркуляторних розладах, відносно добрий ефект спостерігається при писальному спазмі, вагінізмі, і при астазії-абазії (як підготовчий лікувальний прийом).

5. Сюжетна уява пропонується рекабілітантам з домінуванням образного мислення, які страждають неврозами страху, очікування і деякими видами фобій; після загальних вправ АТ хворий візуально уявляє собі ключову ситуацію наступної доби такою, якою він хотів би її бачити, і себе в цій ситуації з висоти спостерігача. Сюжетна уява є як би репетицією у сприятливих умовах того, що зазвичай лякає, або не вдається.

6. Самоствердження – варіант «сюжетного уявлення», який пропонується особам з переважанням розсудливого мислення. Самоствердження схоже на раціональну психотерапію, що проводиться самим рекабілітантом за завданням лікаря. Хворому дається теза, визначена тема для роздуму, завдання він може виконати усно (бесіда з лікарем, інтерв'ю, повідомлення в групі) або письмово у вигляді реферату, листа. Завдання слід складати з таким розрахунком, щоб рекабілітант не повертався до пережитих невдач. Самоствердження, що правильно проводиться, допомагає здолати конфлікт з довкіллям, дієвий цей прийом і при деяких фобіях, при системних неврозах він застосовується рідше, хоча при невротичних сексуальних розладах у чоловіків він у ряді випадків виявився ефективним. Патогенетично обґрунтовані «сюжетна уява» і самоствердження ґрунтуються на ретельному аналізі психогенії, що нерідко відводить від зовнішнього прояву неврозу. Часто доводиться уникати «лобової атаки» на синдром, знаходячи обхідні шляхи, щоб не викликати ятрогенної фіксації небажаних уявлень. З цією метою слід стверджувати здоров'я, а не заперечувати хворобу («Я здоровий» замість «Я не хворий»). Сюжетна уява і самоствердження повинні обов'язково підкріплюватися вправами функціонального тренування.

7. Виховання звичок дозволяє витіснити хворобливу нав'язливість нешкідливим ритуалом, що не обтяжує хворого, оскільки він виразно усвідомлює своє авторство і розуміє, що може управляти новою звичкою. Рекомендуючи, наприклад, в непарні дні починати все з лівого боку, в парні – з правого (одягатися, голитися в певному порядку і тому подібне), ми допомагаємо особі створити індіферентну звичку, що заміщає хворобливу тему. Лікування завершується функціональним тренуванням, що переконує рекабілітанта у тому, що він може здолати хворобу.

8. Спеціальні гімнастичні вправи є оздоровчою і тонізуючою гімнастикою (не стільки для скелетної мускулатури, скільки для органів),

яка, покращуючи самопочуття і розширюючи фізичні можливості реабілітанта, сприяє його реабілітації. Ці вправи, що виконуються не автоматично (на відміну від спортивної практики), а виразно, переживаючи кожен рух, тренуючи волю, пам'ять, здатність управляти своїм тілом, дисциплінують емоційну сферу. Вправи можуть запозичуватися з різних гімнастичних систем, відповідно до соматичного стану, віку і фізичних можливостей. У диспансерній практиці комплекс таких вправ складається лікарем для кожного реабілітанта індивідуально. У стаціонарі заняття проводить методист з лікувальної фізкультура. У деяких групах можуть бути рекомендовані нешкідливі, але хворобливі або незручні положення. Виконуючи їх, хворий навчиться «йти» від неприємних відчуттів. Спеціальна гімнастика у комплексі з іншими заходами дає найкращі результати при астеноіпохондричних і системних неврозах (головним чином, серцевої і шлунково-кишкової груп).

9. Вправи з уявними предметами також варіюють у широких межах. Кидаючи уявний м'яч, розтягуючи уявний еспандер, піднімаючи уявний вантаж, або закладаючи за спину уявну палицю. Треба ретельно стежити, щоб напружилися усі м'язи, які працювали б з реальним предметом, – відчувати м'яч, опір пружини еспандера або вантажу, що піднімається, палицю, що лежить на лопатках. Цей прийом підвищує самоконтроль, тренує волю, активує увагу і застосовується при лікуванні деяких форм неврозів нав'язливих станів.

РАЦІОНАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ

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

Пряма раціональна психотерапія

Автором раціональної психотерапії є Р. Dubois (1911), який представляв її як систему логічно-критичних, «розсудливих» дій на реабілітанта.

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

Непряма раціональна психотерапія: арт-терапія, бібліотерапія

Терапевт при цьому апелює до героїв і ситуацій витворів мистецтва, які використовуються для трактування психогенних чинників і вироблення відповідної терапевтичної тактики (І.З. Вельвовський, 1966). Докладніше – див. розділ Арт-терапія

ГРУПОВА ПСИХОТЕРАПІЯ

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

Діагностичні прийоми

Для групової психотерапії якихось універсальних діагностичних прийомів не існує. Вживані ж специфічні прийоми властиві методам, що стали методологічною основою даного виду групової психотерапії. В цілому, повсякденне центрування на найдрібніших проявах групової динаміки дозволяє говорити про формування діагностичної спрямованості на останню.

Процедури і техніка

Основним інструментом лікувальної дії групової психотерапії виступає психотерапевтична група, що дозволяє вийти на розуміння і корекцію проблем пацієнта за рахунок міжособистісної взаємодії, групової динаміки. Всі елементи групової динаміки обговорюються в процесі роботи, оскільки в них найяскравіше виражається специфіка системи відносин, установок, особливостей поведінки, і можуть вважатися при цьому основними темами групової дискусії. Її найважливіша процедура – формування психотерапевтичної групи.

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

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

Проблема «однорідності / неоднорідності» охоплює такі параметри, як нозологія (синдромологія), стать, вік, освіта, соціокультуральний рівень, особистісні особливості, типологія конфліктів тощо. Ця проблема широко дискутується у фаховій літературі.

Прихильники однорідних груп відзначають такі їх позитиви, як швидша взаємна ідентифікація, прискорення інсайту, зменшення тривалості лікування; швидше виникає взаємна емпатія, катарсис, зменшуються опір і прояви деструктивної поведінки, рідше формуються підгрупи. Оптимальний склад групи - такий, щоб її члени могли вести між собою дискусію без огляду на відмінності.

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

Прихильники неоднорідних груп вважають, що в такій групі можлива глибша психотерапія, оскільки одне з найважливіших завдань полягає у конфронтації пацієнта, що має вузький діапазон поведінкових і емоційних стереотипів, з альтернативною поведінкою і реакціями. Різномірність групи сприяє зіткненню багатьох засобів реагування, дає пацієнтові можливість навчитися розрізняти відтінки у відносинах між людьми, вчить толерантно,

лояльно ставитис до негативних реакцій, відчувати себе безпечно в незвичному середовищі, серед інших людей. Відзначають і такі переваги різнорідних груп, як ефективніше навчання, багатобічна «перевірка дійсністю», швидке формування групового «переносу», полегшення процесу створення групи.

Зараз є багато прихильників нозологічної однорідності груп. Але є й численні дані, що свідчать про терапевтичну ефективність груп, неоднорідних в нозологічному відношенні.

Через організаційні особливості групи можуть бути амбулаторними і стаціонарними.

Психотерапевтичні групи поділяються на закриті і відкриті.

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

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

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

До переваг відкритих психотерапевтичних груп відносять: легше засвоєння реабілітантом, що вступив до вже працюючої групи, групових норм, цілей, цінностей «групової культури», в цілому менш виражений опір, позитивний вплив реабілітантів, що закінчують лікування на тих, що поступили, велику ефективність при виконанні різних завдань тренінгового і навчального характеру (зокрема, навчання ефективнішим соціальним контактам).

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

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

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

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

Засоби, які використовуються в груповій психотерапії розділяються на вербальні і невербальні.

До **вербальних** відносяться: структуризація ходу занять, збір інформації, інтерпретація (віддзеркалення емоцій, класифікація, конфронтація, власне інтерпретація), переконання, надання інформації, постановка задач.

Невербальні засоби : міміка, жестикуляція, інтонація.

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

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

Форми проведення

Розроблені специфічні форми проведення (варіанти) групової психотерапії.

Психогімнастика – один з невербальних варіантів проведення групової психотерапії, в основі якого лежить використання рухової експресії як головний засіб комунікації в групі. Психогімнастика припускає вираз переживань, емоційних станів, проблем за допомогою рухів, міміки, пантоміми. Включає три частини, що мають самостійні завдання і власні методичні прийоми: підготовчу, пантомімічну, завершальну. Психогімнастика дозволяє пацієнтам проявляти себе і спілкуватися без допомоги слів; її мета – пізнання і зміна особистості пацієнта.

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

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

Групові форми психотерапевтичної (і психологічної) дії мають одну найважливішу перевагу – економічність; мають вищу, порівняно з індивідуальними формами психотерапії, ефективність.

МЕТОДИКА ГІПНОТЕРАПІЇ (в модифікації А.Д. Філатова-Б.В. Михайлова)

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

1. Установка на зручну позу: «Ляжте (сядьте). Прийміть зручну позу. Закрийте очі. Заспокойтеся. Знаходьтеся у стані спокою і відпочинку».

2. Адресування навіювань до кінестетичного аналізатора: «М'язи рук, ніг, тулубу розслаблені... В них немає ані найменшої напруги... Все тіло приємно обважніло... Вам не хочеться ні рухатися, ні ворухитися... Поступово тяжчають Ваші повіки. Повіки тяжчають все більше і більше... Вони обважніли і щільно-щільно злиплися...»

Починають розслаблятися м'язи Вашого тіла. Розслабляється чоло. Розслабляються щоки. Відчуваєте м'язи нижньої щелепи. Повністю розслабляються м'язи обличчя. Ваше обличчя розслабилось.

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

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

Починають розслаблятися ноги. Розслабилися стегна. Розслабилися гомілки. Розслабилися ступні.

Повністю розслабилися м'язи Вашого тіла».

3. Інтероцептивне розслаблення: «Починають розслаблятися внутрішні органи. Ви відчуваєте розслаблення в середині голови, в середині грудей, в середині живота. Розслабляється кожен нерв. Розслабляється кожна нервова клітина. Все розслабилось у Вашій голові. Немає ніякої напруги».

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

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

4. Відключення від того, що навкруги: «Навколишні звуки, шуми, шелести, розмови віддаляються від Вас... віддаляються все далі й далі... Ви майже не сприймаєте сторонні подразники... Вони перестають для Вас існувати... Відключаєтесь від того, що відбувається навколо.

Ви відключилися від того, що оточує. Зовнішні звуки, розмови, шелести, ніби віддалилися від Вас, далеко-далеко. Ви не сприймаєте сторонні подразники. Вони не доходять до Вашої свідомості».

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

6. Адресування навіювань до другої сигнальної системи: «Перебіг думок в голові пасивно слідує навіюванням. Ні на чому сторонньому

не фіксується... Вас покинули всі тривоги, засмучення, турботи... Все, що раніше хвилювало і пригнічувало Вас, пішло і зараз не має жодного значення... Вам добре, спокійно...».

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

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

8. Перехід спокою в дрімоту: «М'язи тулуба, рук, ніг розслаблені. У них немає ані найменшої напруги. Вам не хочеться ні рухатися, ні ворухитися. Ви спокійні. Ваш спокій поєднується з відчуттям сонливості, дрімоти. Цей стан Вам приємний... Поступово Ви занурюєтесь у дрімотний стан... Приємна дрімота огортає все Ваше тіло...

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

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

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

10. Перехід дрімоти в гіпнотичний стан: «Ви все глибше занурюєтесь в дрімоту. Дрімати треба, це корисний для Вас стан. Це особливий стан нервової системи. Ви чуєте те, що я говорю. Все пам'ятатимете. Але це – не звичайна бесіда. Ви знаходитеся в гіпнотичному стані. Це – корисний для Вас стан».

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

З гіпнотичного стану Ви виходите іншими. Ви відчуватимете себе добре відпочилими, здоровими, оновленими.

Гіпноз – це не бесіда і не сон. Гіпноз – це особливий стан організму, при якому слова лікаря набувають виключно сильної лікувальної дії. Зараз Ви

відчуєте, як під впливом моїх навіювань у Вас з'являться мимовільні рухи, що виконуються без Вашої участі» (вселяються рухи, які виконувалися при проведенні проб на навіюваність).

12. Навіювання загальноотерапевтичної дії: «Під час гіпнозу настає внутрішнє розслаблення. Розслаблюються всі м'язи внутрішніх органів. Ви відчуваєте приємне розслаблення в голові, приємне розслаблення в грудях, приємне розслаблення в черевній порожнині. Це розслаблення огортає все щільніше і щільніше.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Лікувальні навіювання. Вони будуються з урахуванням особливостей особистості реабілітанта, специфіки симптоматики, характеру перебігу захворювання. Формули сугестій мають бути конкретними, короткими.

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

Дегіпнотизація: «Ви добре відпочили... Весь Ваш організм оздоровився... Ви відчуваєте повний внутрішній спокій... Вам легко і приємно... Коли Ви прийдете на наступне заняття, і я запропоную вам закрити очі, Ви відразу ж відчуєте важкість повік... Ваші м'язи розслабляться, сторонні звуки зникнуть. Ви чутиме тільки мій голос... З кожним заняттям стан відпочинку, спокою і лікувального сну поглиблюватиметься. Ваше самопочуття поліпшуватиметься з кожним днем все більше і більше.

Зараз Ви починаєте виходити з гіпнотичного стану. Проходить важкість у Вашому тілі. З'являється приємна легкість, бадьорість. Голова стає свіжішою і легкою. Руки стали легкими. Ноги легкі. Все Ваше тіло легке. Спокій залишається. Залишається відчуття приємного тепла в області серця. У всьому тілі відчуття комфорту. Ви виходите з гіпнозу, відчуваєте себе відпочилим, спокійним, здоровим. У Вас гарний настрій. Вам приємно. Виходите з гіпнозу.

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

Рахую: «Один» – Ви виходите з гіпнозу. Ви спокійні.

«Два» – Ви добре відпочили.

«Три» – Ваші очі вільно розплющуються. Вам приємно, добре. Голова свіжа, легка. Відчуття таке, ніби Ви кілька годин міцно спали».

ДОПОМІЖНІ МЕТОДИ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Аромо-музико-кольоротерапія. Вплив комбінований. Біологічно активні речовини (БАР) ефіроолійних рослин через рецептори нюху і шкіри, через слизові дихальних шляхів, нейрогуморальним і рефлексорним шляхами впливають на головний мозок, регулюючи процеси збудження та гальмування у центральній нервовій системі, впливають на неспецифічну реактивність організму, підвищують адаптаційні здібності, активують метаболічні процеси.

Музика посилює психотропний вплив. Вона полегшує спілкування з реабілітантами, допомагаючи їм перебороти непередбачені конфлікти, що досягаються під час глибокого розслаблення, коли увага пацієнта спрямована на картини, що виникають в його уяві на фоні музики. Звукова інформація подається у виді музичного супроводу середньої частоти, інтенсивності, ритмічності. Використовуються музичні композиції, які створюють звукові ефекти шуму морського прибою чи шелесту листя, що дозволяє впливати регулярно на психіку людини через сферу емоційно забарвлених асоціацій. Функціональна музика формує позитивні емоції, гарний настрій, закріплює оптимальний фізіологічний стан вегетативної нервової системи і внутрішніх органів.

Докладніше розглянемо у розділі Арт-терапія.

Методи бальнеотерапії і теплолікування. Бальнеотерапія – у вигляді обтирання простою, а краще солоною водою, контрастного душу, ванн (йодобромні, хвойно-шавлієві, мінеральні, кисневі – на курс 12-14 ванн, тривалістю 8-10 хвилин, температура води 35-36°C). Для поліпшення венозного відтоку і зменшення розладів судинного тонуусу доцільно призначати сульфідні ванни (концентрація сірководня 25-50-150 мг/л, температура води 36-37°C, курс лікування 10-12 процедур). При гіперліпідемії перспективне призначення радонових ванн. Ванни доцільно чергувати з душем, або «гальванічним коміром» за Щербакіом, лікарським електрофорезом комірцевої зони (з еуфіліном при схильності до спазмів, з новокаїном при невротичних станах, з йодом при вегетативних, гіпоталамічних розладах, діазепамом при пароксизм-мальних станах, порушеннях сну), електросном.

Показані також інші види ванн (з морською водою, «перлинні», на основі розчинів блакитної глини, з додаванням фітоконцентратів валеріани, шавлії, хвої) у реабілітантів з різними видами вегетативної реактивності і клінічних проявів соматоформних розладів, що проходять реабілітаційне лікування в умовах санаторію.

Електротерапія. Проводиться за допомогою апарата «Ампліпульс», І рід роботи, режим ПМ «постійна модуляція», сила струму 0,01 мА/смІ. Процедури проводять за 1 годину після їжі, краще зранку, через день, можливо чергувати з бальнеотерапією, 5-6 процедур.

Кліматолікування призначається у вигляді дозованих прогулянок, загальних сонячних і повітряних ванн, купання у водоймах, теренкуру – прогулянки в середньому темпі, зі швидкістю 4-5 км/годину для дорослої людини, по рівній місцевості з підйомами і спусками.

Лікувальна фізкультура – оптимальний рівень фізичних навантажень визначається при велоергометричному тесті. Доцільно включати низькоінтенсивне, тривале навантаження з частим повторенням вправ. Корисні ізотонічні вправи. Збільшувати навантаження слід під контролем пульсу (частота пульсу не повинна перевищувати після фізичного навантаження [180 – вік] (120-150 уд./хв.).

Лікувальний масаж проводиться за комірцевою методикою (сегментарна зона CIV-DIV). Може додаватися масаж голови. Тривалість 15-20 хвилин, курс лікування 15-20 процедур.

Рефлексотерапія проводиться в період з 9 до 15 годин. Використовується класична акупунктура, II варіант гальмівного методу. Вибір методики визначається з урахуванням індивідуальних особливостей хворих і залежно від провідного синдрому. Враховується, що ефект від сеансу коротший порівняно зі звичайними хворими, позитивна динаміка починається пізніше – з 5-6 сеансу, для досягнення ефекту потрібно 10-12 сеансів, необхідні повторні курси через 2-3 тижні.

ЛІКУВАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ

Хай Ваша їжа буде ліками, щоб ліки не стали Вашою основною їжею. (Гіппократ)

Дієтотерапія передбачає призначення нутрицевтиків (салат з білокачанної капусти, буряку, моркви, яблучне пюре, соки абрикосовий, агрусу тощо), фітотерапії, синглетно-кисневих сумішей.

Особам з надмірною вагою тіла рекомендується проведення розвантажувальних днів (1 раз на тиждень): овочевих (1,5 кг свіжих овочів), фруктових (1,5 кг яблук, кавуна), м'ясних (400-500 г відварного м'яса і 250 г сирі капусти), сирних (500-600 г нежирного сиру і двох склянок чаю без цукру), кефірах (1,5 л кефіру); їжу слід приймати в 5 прийомів.

Лікарські препарати призначаються короткочасно на 1-3 дні за індивідуальними показаннями в період адаптації, а також для профілактики і купірування метеотропних реакцій.

Вживання мінеральних вод з метою лікування травм психогенного походження розглянемо у наступному розділі.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД В РАННІЙ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ВІДДАЛЕНИХ МЕТАБОЛІЧНИХ НАСЛІДКІВ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ТРАВМИ КАТАСТРОФІЧНОГО І ПСИХОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Важливою складовою структури МПР учасників бойових дій є метаболічна корекція та рання профілактика віддалених наслідків перенесеної травми та формування психосоматичної патології.

Сучасні уявлення про роль стресу як етіопатогенетичного фактору порушень функціонального стану серцево-судинної системи, органів травлення, вторинних імунодефіцитних станів ґрунтуються на результатах численних досліджень, які однозначно доводять, що стресорні ураження організму виникають як результат надмірного посилення адаптивного ефекту стресової реакції. Під дією надсильного або тривало діючого подразника стрес-реакція організму із загального адаптаційного синдрому перетворюється у фактор патогенезу, тобто відбувається ендогенізація патологічних процесів.

В основі характерних порушень, які розвиваються в результаті стресових впливів, незалежно від характеру стресової реакції, лежать порушення вегетативного і гуморального балансу, що проявляються у субклінічних формах метаболічного дисбалансу, змін тканинного метаболізму. Ці процеси, в свою чергу, спричиняють вторинні метаболічні відхилення, і в результаті виникають функціональні і структурні порушення, а в подальшому – їх соматизація та формування захворювань конкретних нозологічних форм. Тому раннє виявлення і корекція порушень метаболізму на доклінічній стадії їх маніфестації, які виникають під впливом гострого стресу, зокрема, катастрофічного походження, становлять одну з актуальних біомедичних та соціальних проблем сучасності.

Останні три десятиліття вітчизняної історії були насичені драматичними, екстремальними подіями: техногенними та природними катастрофами, військовими подіями. Найбільшою техногенною катастрофою в історії людства стала Чорнобильська аварія, був радіоактивний викид потужністю в 300 Хіросім. Жодна катастрофа ХХ ст. не мала таких тяжких екологічних, соціальних, медичних наслідків - внаслідок аварії на ЧАЕС постраждали 3,3 млн. осіб; загинуло понад 50 тис. чоловік із 100 тис., які брали участь у ліквідації наслідків аварії; підірвано здоров'я сотень тисяч людей; забруднені мільйони гектарів ґрунтів; у водосховищах осіли десятки млн. тонн радіоактивного мулу; на забруднених територіях і сьогодні проживає 2,2 млн.; серед постраждалого населення протягом майже 30 минутих років виявилось значне зростання захворюваності і смертності.

На Закарпатті з 1998 до 2001 рр., сталося два масштабних за наслідками паводки. Крім значного переохолодження і збільшення частоти захворювань дихальної системи, а також гострих респіраторних інфекцій, найважливішим патогенетичним фактором розвитку психосоматичної патології є стрес. Населення в зоні екологічних катастроф завжди перебуває у

стані тривалої нервової перенапруги – стресу, який обумовлений постійним відчуттям тривоги, погіршенням соціальних умов життя.

Найгірший психотравмуючий вплив на якість життя, здоров'я людини, та психологічне благополуччя мають бойові події, терористичні акти та інші насилля проти особистості. Від початку російської військової агресії проти України у бойових діях на сході взяли участь понад 300 тисяч українців, з них близько 10 тисяч осіб отримали поранення. Останнім часом значно побільшало тих, хто повертається додому інвалідами як у фізичному, так і у психологічному плані. За даними МОЗ України, на сьогодні потребують медичної реабілітації близько 60 % демобілізованих, фізичної - близько 30 %, психологічної - понад 92 %. Крім того, потребує медико-психологічної допомоги величезна група мешканців контрольованих територій, вимушено переселених осіб, тобто коло пацієнтів, що постраждали внаслідок військових дій на сході України і потребує медичного нагляду, значно ширше.

Тактика надання невідкладної допомоги в гострий період відпрацьована і досить ефективна. Віддалений період обмежується методами психологічного та психотерапевтичного впливу. Психологічний напрямок реабілітації осіб, що брали участь у бойових діях, є першочерговим і активно практикується.

Однак віддалені наслідки військових дій, перш за все, психологічні з наступною їх соматизацією, можуть виникати і у значно пізніші терміни. Відомий «в'єтнамський» і «афганський» синдроми. У 1970-х роках у США у 25 % учасників бойових дій, які навіть не мали каліцтва, згодом загострилися різні порушення, в тому числі соматичні. Аналітичні дані підтверджують, що *після війни* у В'єтнамі Сполучені Штати Америки *втратили людей значно більше, ніж під час бойових дій*.

Тому комплексна реабілітація після закінчення бойових дій, тобто припинення дії стресору, в подальшому набуває особливого значення для нашого суспільства. І мінімізація впливу наслідків травматичного стресу на соматичне здоров'я і профілактика психосоматичної патології у цих пацієнтів - найважливіше завдання сучасної медицини.

Крім травматичних ушкоджень, значного переохолодження і збільшення запальних захворювань дихальної системи, нирок, випадків гострих респіраторних інфекцій, важливим патогенетичним фактором розвитку соматичної патології є метаболічні порушення та дистрес адаптаційних реакцій організму, вплив яких триває і у віддалений період. Тривалість цього періоду післядії становить від 6-8 місяців до 2 років.

Саме в цей час, після гострої реакції на стрес і так званого латентного періоду після травматизуючої події, крім розладів психічного характеру, можуть виникати вегетативні і гормональні порушення, які призводять в кінцевому рахунку до розвитку ряду розладів органів і систем, тобто психосоматичної патології. Головним механізмом метаболічних наслідків стресу (“метаболічного стресу”) є надмірна активація і порушення

адаптивних систем організму. Під впливом стрес-реалізуючого фактору, крім психодинамічного реагування і психогенних патологічних реакцій, розвиваються метаболічні зміни з наступним накопиченням токсичних продуктів різних видів обміну та латентні форми метаболічної інтоксикації і латентного метаболічного ацидозу – формується неспецифічний синдром хронічної метаболічної інтоксикації - початкова стадія соматичної патології.

Основними медичними завданнями латентного періоду після припинення дії гострого стресу (посттравматичного стресового розладу) є упередження розвитку соматичної патології, рання корекція дисметаболічного профілю пацієнта, активація імунної ланки адаптивних реакцій організму.

В основі первинної профілактики психосоматичної патології на дисметаболічному етапі її розвитку лежить своєчасне виявлення метаболічних порушень та їх рання корекція. Це можливо лише за умови комплексного і диференційованого застосування всіх методів відновлювального лікування – медикаментозних засобів, немедикаментозних методів, психотерапії. Ефективність реабілітаційних заходів значно зростає при своєчасно розпочатому, максимально персоналізованому, комплексному лікуванні. Протягом латентного періоду, коли практично відсутні видимі клінічні прояви соматичного захворювання, більш показані немедикаментозні методи, перш за все природні фактори та їх преформовані аналоги: галоаерозольтерапія, бальнеотерапія, гідротерапія, а також сучасні методи апаратної фізіотерапії та їх раціональне поєднання. Ці методи, володіючи адаптогенними властивостями, справляють неспецифічний вплив через врегулювання порушених функцій органів і систем, активацію адаптаційно-компенсаторних реакцій організму, відновлення активності функціональних систем детоксикації лежать в основі сучасної бальнео- та імунобальнеореабілітації (М.В. Лобода, Л.П. Киртич, 1997; І.С. Лемко і співавт., 2005; 2012; 2015; К.Е. Колесник, 2010). З цією метою має бути використана потужна мережа санаторно-курортних закладів України, яка вже підтвердила ефективність раннього реабілітаційного лікування військовослужбовців.

В умовах експерименту, проведеного в УкрНДІ медичної реабілітації та курортології (Т.А. Золотарьова, Н.А. Алексеєнко, С.Г. Гуца та ін., 2010-2012), виявлені стреспротекторні властивості природних лікувальних факторів, зокрема мінеральних вод. Багаторічний досвід застосування медичних технологій галоаерозольтерапії та спелеотерапії також свідчить про сприятливі неспецифічні ефекти цих методів та їх імунокорегуючий вплив (І. Лемко, О. Лемко, 2000-2015).

Травматичний стрес може бути не лише метаболічним підґрунтям для формування соматоформних розладів та соматичної патології, але й сприяє зміні клінічного перебігу хронічних захворювань, що також слід враховувати під час розробки програми лікування.

Застосування природних лікувальних факторів, зокрема, природних мінеральних вод, має ряд переваг:

- неспецифічність і різнонаправленість лікувального ефекту;

- природно збалансований вміст життєво важливих елементів у складі природних мінеральних вод, які тотожні ендogenous речовинам, що беруть участь у підтриманні гомеостазу, та їх спорідненість з буферними системами організму;

- стрес-редуючий вплив за рахунок можливості компенсації дефіциту макро- і мікроелементів, що характерно для біохімічних (метаболических) наслідків стресу (залізо, калій, магній, літій, селен та ін.);

- адаптогенна дія, спрямована на відновлення природних систем адаптації і детоксикації організму, елімінаційно-детоксикаційний вплив питного лікування;

- можливість цілеспрямованого впливу на ацидифікацію біологічних рідин, характерну для стресу, і запобігання виснаженню буферних резервів організму.

- синергічний характер дії в комбінації з іншими методами лікувально-профілактичного впливу (медикаментозними, психотерапевтичними, фізіотерапевтичними);

- немає побічних ефектів та ускладнень за умови дотримання методики лікування;

- помірна вартість лікування, доступність широкого спектру фасованих МВ різного складу;

- можливість інтеграції в будь-яку схему лікування, в тому числі медикаментозну, на всіх рівнях надання медичної допомоги.

З метою ранньої профілактики метаболічних наслідків гострої травми ефективним є застосування питного прийому природних МВ, зокрема, завдяки їх антитоксичних та детоксикаційних властивостей, функціональному ефекту, що дає можливість мобілізувати власні адаптаційні резерви організму та відновити нормальне функціонування основних регуляторних систем, механізмів компенсації і функціонального захисту.

Дослідження з вивчення особливостей антитоксичних ефектів питного прийому МВ показали, що цей ефект для природних МВ різних бальнеологічних груп при патології органів травлення виявився, в загальному, однонаправленим, однак різнився за ступенем виразності і механізмом реалізації. До основних механізмів, за якими реалізується детоксикаційний ефект МВ, відносять:

- врегулювання та компенсація секреторно-моторних порушень верхнього відділу шлунково-кишкового тракту;

- покращення функції природної системи детоксикації (печінки та нирок);

- зменшення метаболічного навантаження організму за рахунок посилення елімінаційно-видільної функції основних органів детоксикації.

Виявлені особливості антитоксичного впливу МВ різних бальнеологічних груп зумовлюють можливість індивідуального підходу до тактики бальнеологічної детоксикаційної терапії залежно від характеру дисметаболічного профілю захворювання, його перебігу у конкретного хворого та динаміки проявів метаболічної інтоксикації під впливом лікування.

Спрямованість головних лікувальних ефектів природних МВ Закарпаття, які лежать в основі їх комплексного метаболічного впливу при питному вживанні, наведені в таблиці:

Основний аніонно-катіонний склад, бальнеологічний тип	Назва МВ	Біологічно активні компоненти	Лікувальні ефекти
Гідрокарбонатні натрієві, середньої та малої мінералізації Поляно-Квасівський, Боржомський	Поляна-Купіль, Поляна Квасова, Плосківська, Лужанська-4	$\text{HCO}_3^- / \text{CO}_2$	Переважно кислотонейтралізуючий, буферно-антацидний ефект, вплив на рН біологічних рідин організму
Гідрокарбонатні кремністі, малої та середньої мінералізації Віші, Диліжанський	Лужанська-7 Шаянська-4, Шаянська-242	$\text{HCO}_3^- / \text{CO}_2$ H_2SiO_3	Антацидний, холеретично-холекінетичний, сорбційний, діуретичний
Слабосульфідні хлоридно-гідрокарбонатні кальцієво-натрієві, середньої мінералізації Сойминський Келечинський	Сойминська Келечинська	$\text{HS}^- + \text{H}_2\text{S}$ Ca Fe CO_2	Антацидні, антитоксичні, холеретичні ефекти, компенсація кальцій- та залізодефіцитних станів
Слабосульфідні сульфатні кальцієві малої мінералізації Синяцький	Синяцька	$\text{HS}^- + \text{H}_2\text{S}$ N_2	Антитоксична, атиоксидантна дія, десенсибілізуючі властивості
Кремністі, слабої та малої мінералізації Піренейсько-Кульдурський, Ужгородський	Карпатська, Деренівська, Ужгородська	H_2SiO_3 Fe CO_2, N_2	Діуретична, холеретична, ліпідкорегуюча дія, виражені антитоксичні властивості

Аналіз результатів з вивчення особливостей дисметаболічного профілю найпоширеніших груп захворювань органів травлення та лікувальні властивості природних МВ різного складу дають підстави розглядати їх питне застосування, як еферентну терапію з метою активної детоксикації при патології органів травлення. Цей висновок ґрунтується на таких узагальненнях:

1. Питний прийом МВ різного складу сприяє покращенню функціонування системи виведення продуктів метаболізму, тобто МВ мають дезінтоксикаційні і детоксикаційні властивості. Це дозволяє прискорити процес МР хворих для досягнення повнішого відновлення порушених компенсаторних реакцій шлунково-кишкового тракту та природної системи детоксикації організму:

- питний прийом природних МВ при патології органів травлення забезпечує детоксикацію організму за рахунок розведення;

- природні МВ різного складу і мінералізації дозволяють здійснювати цілеспрямований вплив на різні складові функціональної системи детоксикації і сприяють відновленню її активності;

2. Різні за складом МВ активно впливають на різні прояви метаболічних порушень, забезпечують нейтралізацію, біотрансформацію і елімінацію ендотоксинів через різні механізми:

- **кремністі МВ** мають виражені абсорбційні властивості, посилюють секрецію жовчі, збільшують діурез. Кремній допомагає метаболізму ліпідів, сповільнює розвиток дегенеративних процесів, що лежать в основі старіння. Його колоїдні сполуки у МВ сприяють виведенню із організму токсичних продуктів як при екзогенних, так і ендогенних хронічних інтоксикаціях, сечового піску;

- **гідрокарбонати** визначають переважно кислотонейтралізуючий, антацидний ефект МВ, їх вплив на секреторну функцію підшлункової залози, рН ротової порожнини, шлунка, дванадцятипалої кишки, кишечника, сечі. В основі лікувальної дії цих вод - багатоконпонентні буферні системи, основу яких складає так звана бікарбонатна буферна система на основі вільної вуглекислоти та її солей ($\text{HCO}_3^-/\text{CO}_2$). Бікарбонат натрію є комплексоутворюючим агентом при виведенні із організму окремих важких металів, гальмує утворення сечової кислоти, прискорює її виведення з сечею, має муколітичну (слизозрозчинну) дію;

- **сульфатами** визначається вплив МВ на процеси жовчоутворення та евакуації жовчі, тобто холеретичний та холекінетичний ефект, на стан гепатоциту та функціональний стан кишечника. В поєднанні з іонами кальцію сульфати стимулюють мікросомальну ферментну систему печінки, посилюють ферментовидільну функцію підшлункової залози, зменшують вміст внутрішньоклітинної води і слизу при запаленнях шлунково-кишкового тракту і сечовивідних шляхів;

- **йони хлору** стимулюють утворення кишечного соку, чинять холеретичну дію та стимулюють діурез, підвищують інтенсивність гліколізу і ліполізу в паренхіматозних органах;

- **сульфідні** води мають антитоксичну дію, а також виражені антиоксидантні та десенсибілізуючі властивості за рахунок SH-груп.

3. Загалом, механізм антитоксичного впливу МВ полягає у функціональному розвантаженні органів природної системи детоксикації; санації органів детоксикації і стимуляції регенеративних процесів; покращенні евакуаторно-моторної функції кишечника, прямій сорбційній та комплексоутворюючій дії окремих сполук МВ (кремнієва кислота, сульфати, гідрокарбонати).

4. Перевагою бальнеологічної детоксикації є відсутність токсичного впливу та пошкоджуючої дії на слизову оболонку стравоходу, шлунку, кишківника; високу біосумісність з тканинами організму; хорошу евакуацію із кишечника; виразні абсорбційні властивості; можливість одночасної реалізації широкого спектру лікувальних і адаптаційних ефектів, які сприяють відновленню ендоекологічної рівноваги організму; доступність і висока комплаєнтність лікування.

5. Застосування природних МВ у комплексній метаболічній терапії показане при лікуванні захворювань органів травлення, пов'язаних з порушеннями бар'єрної функції слизових оболонок травного тракту, дисбактеріозом, захворюваннями кишківника; при захворюваннях, пов'язаних з порушеннями обмінних процесів, атеросклерозі, цукровому діабеті, жовчнокам'яній та сечокам'яній хворобі; при порушенні функціонального стану органів системи детоксикації для профілактики прогресування метаболічної інтоксикації, метаболічного ацидозу, формування психосоматичної патології.

6. Усунення явищ функціонального метаболічного синдрому полягає у відновленні компенсаторних можливостей антрального відділу шлунку та ліквідації явищ кислотно-моторної дискоординації гастродуоденального відділу, поновленні узгодженого відтоку панкреатичного секрету та жовчі, зменшення явищ холестазу, нормалізації екболічної та гідрокінетичної функції підшлункової залози, посилення скорочувальної функції жовчного міхура, зменшення явищ уростаду та посилення діурезу, відновлення фізіологічних коливань рН сечі. Цей механізм антитоксичної дії виразніше виявлено для МВ середньої та малої мінералізації з вираженими буферно-антацидними властивостями з переважанням у аніонно-катіонному складі гідрокарбонатів.

7. Відновлення активності функціональної системи детоксикації (нейтралізація, зменшення накопичення і прискорення елімінації токсичних продуктів порушеного метаболізму) супроводжується зниженням активності гепатоцитолізу, мезенхімального запалення; зменшенням явищ холе- та панкреатостаду; покращенням детоксикаційної функції нирок. Цей механізм

антитоксичної дії характерніший для МВ малої та слабкої мінералізації з наявністю у складі гідрокарбонатів, сульфатів, кремнієвої кислоти, кальцію.

8. Прямий сорбційний та комплексоутворюючий ефект окремих сполук мінеральних вод (кремнієва кислота, гідрокарбонати) може зумовлювати зниження рівнів загального холестерину, тригліцеридів, сечової кислоти, сечовини, креатиніну, інших метаболітів, що сприяє відновленню колоїдної стабільності жовчі, іммобілізації, біотрансформації та елімінації компонентів і медіаторів запалення, екзотоксинів і продуктів незавершеного метаболізму.

Отже, застосування природних та преформованих фізичних факторів є важливою складовою довготривалих програм медичної реабілітації осіб, що зазнали впливу психотравмуючої події різного генезу у вигляді комбінованого застосування з медикаментозними засобами, як доповнюючої, комплементарної терапії, у вигляді послідовного призначення у технологіях step up або step down терапії, після завершення курсу відповідної терапії, оперативного втручання, в т.ч. в умовах реабілітаційних відділень. Великою перевагою МВ є можливість їх тривалого застосування не лише в санаторно-курортних, але й в амбулаторних умовах, для доліковування і доступність фасованих вод різного складу.

Обґрунтування вибору методики бальнеологічної корекції та профілактики метаболічних порушень у осіб, що перенесли гостру травму катастрофічного походження та можливостей поєднаного застосування методів фізичної медицини в реабілітації пацієнтів видані у вигляді інформаційних листів.

АРТ-ТЕРАПІЯ

У січні 1942 р. на засіданні сесії Академії наук УРСР академік В.А. Комаров наголосив: «Українські вчені на чолі з президентом Академії наук О.О.Богомольцем обороняють країну нарівні з бійцями Червоної армії»

Олександр Олександрович любив музику, живопис, літературу. Його син Олег згадував: «Особливо батько цінував Чайковського, Шоста фортепіанна симфонія якого була пов'язана зі спогадами про матір. Вечорами батько сідав за роботу і трудився до глибокої ночі. І весь цей час в його в кабінеті тихо-тихо звучала музика. Такий режим він підтримував довго». В його наукових працях – понад 300 висловів з грецької міфології, Гьоте, Гейне, Байрона, Шиллера.

Знаменитий окуліст В.П. Філатов написав сонет, присвячений духовній атмосфері, що панувала тоді в інституті, який зараз носить ім'я академіка О.О.Богомольця:

« ... Скажите мне,
В какой Вы части света
Найти могли б учёный институт,
Где днём чтут Дарвина, а вечером
Для Вас пленительно звучат
Источники искусств,
Где сердцу говорят Шопен, Чайковский, Байрон...».

(Піцик Н.О., «Олександр Олександрович Богомолец» Київ, 1974, 143с.)

Мистецтво здатне лікувати. У пластиці, малюнку, слові приховано значно більше, ніж видно на перший погляд. Іноді твори – не просто артефакт, а спосіб вираження душевного болю чи радості авторів.

Арт-терапія – особлива форма психотерапії, що заснована на мистецтві, творчій діяльності для лікування і психокорекції за допомогою художніх прийомів. Вона виникла в контексті теоретичних ідей З. Фрейда і К.Р. Юнга. Надалі набувала ширшої концептуальної бази, включаючи гуманістичні моделі розвитку особистості К. Роджерса і А. Маслоу.

Мета арт-терапії – гармонізація розвитку особистості через самопізнання і самовираження. Головним механізмом корекційного впливу арт-терапії є механізм сублимації, з точки зору класичного психоаналізу.

Спершу арт-терапія використовувалась лише в психіатричних клініках, пізніше терапевти стали застосовувати її значно ширше. І не лише з хворими. Ефективність арт-терапії викликана двома основними факторами. По-перше: вона універсальна. Її використовують, якщо є проблема, і якщо такої немає. Арт-терапія наголошує на тому, що у пацієнта не обов'язково мусять бути проблеми. Принциповим є екологічність арт-терапії, її безпечність. Людина може не озвучувати свої проблеми, а творити щось і тим самим вирішує свої проблеми. З'являються нові види арт-терапії. Будь-яка можливість творчості, а отже - створення нового завжди має терапевтичний ефект. **«Арт – завжди терапія»**. Єдине обмеження для пацієнта – професійна освіта в цій галузі. З художниками краще писати казки, вірші. Головним фактором у вирішенні, якому виду терапії надати перевагу, є потреба пацієнта.

У випадку сильних емоцій гніву, болю, образи краще ліпити з пластиліну, глини, а не малювати... Вибирається варіант арт-терапії і та техніка, яка в даний

момент підходить саме цьому пацієнту для вирішення його конкретної проблеми. А в іншій ситуації і за іншого настрою йому ж підійде щось зовсім інше.

На думку К. Юнга, мистецтво (особливо легенди, міфи) значно полегшують індивідуалізацію саморозвитку особистості на основі встановлення зрілого балансу між несвідомим і свідомим "Я".

Засновником сучасної арт-терапії прийнято вважати Адріана Хілла (1895-1977) – британського художника. Освіту він здобув в коледжі Dulwich, вивчав живопис в школі мистецтв Св. Іоанна в Королівському коледжі мистецтв. Під час Першої світової війни був призначений офіційним художником війни. Багато його картин та ескізів Західного фронту зараз є в колекції Британського військового музею. Після війни Хілл зайнявся живописом професійно, викладав у школі мистецтв Hornsey і Вестмінстерській школі мистецтв. Художник написав багато книг-бестселерів з живопису та графіки. В 1950-х – 1960-х рр. були представлені його телевізійні програми BBC для дітей під назвою Sketch Club. У творчості Хілла поєдналися елементи імпресіонізму, експресіонізму і традиційних напрямів.

В 1938 році Адріан Хілл під час лікування від туберкульозу в санаторії Мидхарст малював довкілля і виявив, що це допомагає йому одужати.

В 1939 році арт-терапію ввели в санаторії. Хілла запросили викладати малюнок і живопис іншим пацієнтам, серед яких були поранені солдати, що повернулися з війни. Хілл виявив, що практика мистецтва не лише допомагає пацієнтам відволіктися від їх травми і хвороби, а й звільняє їх від психічного розладу за допомогою малюнка. У 1942 році Хілл вперше використав термін арт-терапія і в 1945 році опублікував свої ідеї в художній книзі «**Мистецтво проти хвороб**». Пізніше він став президентом Британської асоціації арт-терапевтів.

Специфічні задачі арт-терапії: позбавити від фобій, допомогти при шизофренії. Загальні: допомогти людині змінити своє життя, стати довірливим і відкритим, створити стабільні емоційні, соціальні або сексуальні стосунки.

В санаторіях ПрАТ «Укрпрофоздоровниця», наприклад, ДП «Клінічний санаторій «Березівські мінеральні води», ДП «Санаторій «Високий» (Харківщина), ДП «Санаторій «Курорт «Орлівщина» (м. Новомосковськ, Дніпропетровська область), ДП Санаторій «Авангард» (м. Немирів, Вінницька обл.) з лікувальною метою успішно застосовують арт-терапію.

Методи психотерапії

Анімаційна терапія - сучасна технологія соціальної реабілітації з метою зміни поведінки, міжособистісних і колективних відносин, завдяки якій відбувається, з одного боку, «розблокування» громадських зв'язків і встановлення теплих, довірливих стосунків, з іншого – навчання та оволодіння навиками позитивного мислення, естетики. Розглянемо кілька її напрямків.

Арт-синтезтерапія - комплексний метод групової психотерапії, синтез мистецтв. Розглядається як самостійний напрямок в лікувально-корекційній роботі, де володіння технічними прийомами різних видів мистецтва поєднується зі знаннями психопатології та підпорядковано психотерапії мистецтв, психопатології.

БІБЛІОТЕРАПІЯ

Спочатку було слово... «Там, де процвітають бібліотеки, там мир і благодать, повага до людей і успішне вирішення найважчих соціальних проблем» (М. Реріх). Бібліотерапія вивчає особливості читацького сприйняття під час хвороби і розробляє способи психологічної корекції за допомогою спеціально підібраної літератури. Початок заклали церковні бібліотеки, в яких зберігалися видання релігійного змісту, що заспокоювали і обнадіювали віруючих. В епоху Відродження книги стали доступними широкому колу читачів. Лікарі почали застосовувати їх з лікувальною метою.

Офіційно термін „бібліотерапія” було визнано у 1916 році Асоціацією бібліотек США.

В тяжкі для України часи, коли було знищено гетьманщину, зруйновано Запорізьку Січ, ліквідовано Малоросійську колегію, українські козацькі полки перетворено на регулярні полки російської царської армії, 1798 року виходить у світ «Енеїда» І.П. Котляревського. Видає її *лікар* М.Й. Парпура – медик за фахом, що займався видавництвом *медичної* літератури в Санкт-Петербурзі.

Космонавт Леонід Каденюк у своїй книзі «Місія – космос» згадував, що в США впродовж тривалої, надзвичайно виснажливої медичної відбіркової комісії психологічно «розвантажувались» йому допомагали твори Ільфа і Петрова «Дванадцять стільців» та «Золоте теля». А з собою на орбіту Л.К. Каденюк взяв «Кобзар» Т.Г.Шевченка.

Афоризмотерапія. Влучні слова концентрують зміст, коротко вкладають життя в одну фразу. Крилаті вислови вивільняють енергію особистості, завдяки чому і перемагають кризи, які здавалися вічними і нерозривними. Текст наповнюється позитивною енергією настільки, що проникає у підсвідомість і стає живильним. Афоризм – не лише думки інших, поряд з анекдотами і тостами, які слугують тільки для того, щоб вразити співбесідника ерудицією. Але анекдоти біль і кризу тільки притупляють; афоризми ж здатнівилікувати.

Афоризм апелює до підсвідомості людини. Він проростає через всі шари психічних травм, комплексів, розширює кругозір змінює кут погляду на проблему. Афоризми перемагають психологічну кризу. Справжній афоризм змушує нас на хвилику перенестись в інший світ. А потім повертає оновленими. Сенс афоризмотерапії полягає у тому, що для кожного психологічного кризового випадку можна сформулювати ключові афоризми, які пробуджують законсервовані можливості і міняють бачення ситуації, ставлення до неї, змінюють якість життя.

Слова стають вирішальним кроком за межі кризи. Читаючи афоризми, намагайтесь їх не лише зрозуміти, а пережити і вони почнуть свою живильну дію у глибині Вашої підсвідомості. Зцілення від глибоких травм по-справжньому відбувається, коли творчість стає елементом повсякденного життя, непомітним бо природнім для людини. Афоризм може бути не лише словом, але і вчинком, і, можливо, у цьому його головне животворче завдання.

Казкотерапія – програння і аналіз казок (не лише дітьми, а й дорослими). Це терапія середовищем, особливою казковою атмосферою, в якій можуть проявитися потенційні можливості особистості, може матеріалізуватись мрія: а головне – в ній з'являється відчуття захищеності, впевненість у беззастережному торжестві справедливості, перемозі добра над злом, обов'язково щасливий кінець.

Кінотерапія. Фільм – це метафора, де можна побачити відображення певної життєвої ситуації. Щоб допомогти пацієнтові, сюжет фільму має бути схожим із життєвою ситуацією, в яку потрапила людина, і запропонувати вихід.

Космонавти мають традицію: перед польотом екіпаж космічного корабля обов'язково дивиться фільм «Біле сонце пустелі». Кілька разів його намагались замінити іншими кінокартинами. Але саме «Біле сонце пустелі» найкраще допомагає космонавтам налаштуватись на політ. Як і космонавти, герой фільму далеко від Батьківщини, своєї сім'ї, не втрачає сили духу, гумору, людяності навіть у найскладніших ситуаціях.

Леонід Каденюк згадував, що в дитинстві на нього справив доленосне враження фільм за твором Бориса Пльового «Повість про справжню людину» про долю легендарного льотчика О.Маресьєва, який боронив Батьківщину від загарбників. Подвиг свій він здійснив саме на теренах України, в районі міста Кривий Ріг. Тоді хлопець твердо вирішив, що неодмінно також стане льотчиком, коли виросте.

Драматерапія. Театр історично створювався як терапевтична дія (теорія катарсису Аристотеля). Театральна вистава мала надзвичайно сильний емоційний вплив. Драма як психотерапевтичне дійство почалася з кінця 19 ст., коли стали виникати психотерапевтичні театри в Німеччині, Австрії, США, Росії, Франції.

Драматерапія – це завжди гра, тобто вид діяльності, орієнтований на процес і на задоволення в цьому процесі. Сила і глибина впливу цього напрямку арт-терапії пов'язана зі здатністю висловлювати події і переживання яскраво, ясно, точно. Це дає можливість згадувати і переживати інакше певні життєві події, подивитися на них іншими очима.

Існує суттєва різниця між драматерапією і психодрамою. Психодрама використовує для драматизації конкретний біографічний матеріал, а драматерапія не фокусується на реальному житті людини.

У всіх санаторіях ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» з моменту заснування діють добре обладнані бібліотеки, що підтверджує допоміжний позитивний вплив книголікування на пацієнтів.

МУЗИКОТЕРАПІЯ

Здавна музика мала великий вплив на психічний стан людини, силу якого вважають другим після кохання. Авіценна вважав музику нелікарським засобом лікування поряд з дієтою, сміхом та ароматом. У спеціальному музично-медичному центрі стародавнього Парфянського царства музикою лікували від туги і душевних переживань.

Для кожної людини звуки гімну своєї країни священні, особливо коли країна в небезпеці, чи людина десь далеко за її межами. (Згадаймо оповідання О. Генрі «Патифон». Перечитайте його, воно коротке за обсягом, але вражаюче за змістом).

Піфагор створив вчення про музику сфер і музичний звукоряд, гармонію сфер, започаткував музичну психотерапію як засіб виховання і лікування душі й тіла, затвердив музику як точну науку. Піфагорійці користувались спеціальними мелодіями проти прояв люті і гніву, проводили заняття математикою під музику.

Платон вважав, що кращою обороною держави є не армія, не зброя, а музика. Але не будь-яка, а проста, скромна, статечна, злагоджена. У своїх трудах він застерігав від появи чужої музики, це – небезпечно для держави! Вторгнення чужого музичного стилю у завжди веде до зміни державного устрою.

Китайські імператори ставили музику в один ряд з математикою і астрономією. Згадаймо слова великого Лао-Цзи про те, що слабке перемагає сильне, а тихе бере гору над галасливим. Авіценна застосовував музику для лікування, наголошував на зв'язку ритму музики з пульсом. У давньому Ізраїлі молодий пастух Давид лікував грою на псалтирі сильний головний біль у вельми войовничого, правлячого на той час царя ізраїльського Саула. Пізніше і сам став царем. Але музика є різна: одна зцілює, інша ж може буквально знищити. Сурми Ієрихонської труби, від яких впали мури міста Ієрихон – тому приклад.

Видатний англійський піаніст і композитор Кирилл Скотт переконував, що саме музика створила культурні епохи, а не навпаки.

Як терапія музика стала визнаватись в XIX-XX століттях. Спершу на Заході і в Америці, потім і на теренах тодішньої Росії, де питаннями впливу музики на здоров'я людини вивчали В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, І.М. Догилев, І.М.Сеченов, І.Р. Тарханов, Г.П. Шипулін, І.З. Вельковський. Лікрі апелюють до героїв і ситуацій творів мистецтва, які використовуються для трактування психогенних чинників і вироблення відповідної терапевтичної тактики.

Виявлено благотворний вплив музики на різні системи організму людини: серцево-судинну, дихальну, рухову, нервову, нормалізацію мозкового кровообігу. Позитивні емоції від спілкування з прекрасним мають надзвичайно сильну лікувальну дію на психоемоційну напругу, мобілізують резервні сили, стимулюють розумову діяльність.

Щоб перемогти ворога, слід знати його в обличчя: що з цього приводу думають в Росії? В Москві з 2003 року Російський Науковий центр відновної медицини та курортології Міноздоровсоцрозвитку під орудою С.В.Шушарджана офіційно готує професійних фахівців в галузі музикотерапії. В Санкт-Петербурзі в Науково-винахідницькому інституті традиційної музичної терапії, заснованому Рушелем Блаво, проводять навчальні семінари, записують диски з оздоровчою

музикою універсального діапазону. Застосовуючи музикотерапію, лікують багато захворювань і психічних розладів.

Вчені фіксують вплив різної музики на організм людини. «Комерційна музика»: поп, хіп-хоп, рок, важкий рок пишеться на низьких частотах. Ці звуки на більшість впливають негативно: викликають знесилення, занепад духу, депресію або сприймаються як загрозливі. Наприклад, грім, землетрус, вибухи. Важкий рок та рок-музика гальмує ріст рослин. Після рок-концерту слухачі, реагують на природні подразники в 3-5 разів гірше, ніж за звичай. Прослуховування рок-музики викликає виділення т.зв. стрес-гормонів, які знищують значну частину інформації, що зберігається в мозку. Низькочастотні коливання бас-гітари і ритм, повторені стократ, сильно шкодять стану спинно-мозкової рідини і, як результат, функціонування залоз, які регулюють секрецію гормонів; суттєво змінюється рівень інсуліну у крові; основні показники контролю морального гальмування, опускаються нижче порогу терпимості, зрештою, зовсім зникають. Під дією надгучної ритмічної музики натовп стає агресивним. Для певного прошарку людей це є нормою. У повсякденному міському житті, з його шумом, стресами, лайкою, негативними емоціями, ми перебуваємо в діапазоні бета-хвиль (14-20 Гц).

Вищі тони, енергійні, чітко ритмічні, помірного темпу впливають на нас благотворно, підвищують рівень енергії, як фізичної, так і психологічної, викликають радість, світлі настрої. Вступають у гру гармонійні обертони (тонкі, ледь уловимі призвуки високої частоти, що супроводять всі звуки, які оточують нас, звуки природи). Тільки вони здатні впливати позитивно на організм людини. Таку музику корисно слухати зранку, заряджаючись бодрістю і оптимізмом на весь день.

При прослуховуванні класичної, народної, церковної музики, звуків природи ми заспокоюємось, розслаблюємось, насичуємось позитивною енергією, емоціями, гармонією. І чим менша звукова хвиля, тим більше розслаблюємось. Для класичної музики характерний ритм тіла – 60 ударів на хвилину, що приводить нас в стан альфа-діапазону (8-13 Гц). Це-стан спокою і високих почуттів. Таку музику корисно слухати після трудового дня при втомі, занепаді сил. Коли ми спимо, медитуємо, творимо (стан натхнення), ми перебуваємо у стані тета-частот (4-7 Гц). При глибокій медитації і в непритомному стані випромінюються дельта-хвилі (0,5-3 Гц).

Сьогодні музикотерапією користуються для лікування багатьох захворювань, а також у психотерапії, народному хазяйстві, торгівлі (зверніть увагу, що в закладах швидкого харчування–енергійна музика, а в респектабельних, дорогих ресторанах – некваплива, повільна).

Під час зайняття музикою, співами в учнів з розумовою відсталістю активізується мислення. Вчені і лікарі довели вплив класичної музики на стан здоров'я людини: її ритм, тембр, тональність можуть значно впливати на роботу мозку. Швидкий темп підсилює циркуляцію крові та інших рідин в організмі, змінює частоту пульсу, підвищує емоційну активність. Повільний темп чинить протилежну дію. Новітні дослідження довели, що під дією класичної музики відбуваються важливі зміни у складі крові, різко скорочується кількість гормонів. Водночас накопичуються речовини, що слугують для захисту імунної системи від вірусів. Доктор Кембл настійливо рекомендує тим, у кого робота пов'язана зі стресовими перевантаженнями, щоденно протягом 15 хвилин слухати класику.

Якщо порівнювати музику з ліками, то релігійна музика – анальгетик у світі звуків, тобто вона полегшує біль. Духовна релігійна музика відновлює душевну рівновагу, дарує відчуття спокою. Власне виконання веселих пісень допомагає при серцевих недугах, сприяє довголіттю.

Знімають біль, емоціональну напругу:

- Огінський. Полонез «Прощання з Вітчизною»,
- Ліст. Угорська рапсодія №1,
- Бетховен. «Фіделіо»,
- Хачатурян. Вальс до драми «Маскарад»,
- Дворжак. «Гумореска».

Знімають неврози, розпач, нервові подразнення, підносять над повсякденністю до вищих сфер :

- Гайдн. Симфонії,
- Бетховен. Соната №14 («Місячна»), Симфонія ля-мінор»,
- Бах «Італійські концерти», Кантата №2,
- Музика Генделя.

Заспокоюють, зменшують тривогу і невпевненість:

- Шуберт. «Аве, Марія»,
- Шопен. Мазурки і прелюдії,
- Брамс. «Колискова»,
- Штраус. Вальси,
- Дебюсі. «Місячне сяйво»,
- Бетховен. Симфонія №6 частина 2, «Ноктюрн соль-мінор».

Послаблюють алкогольну, нікотинову, наркозалежність:

- Шуберт. «Аве, Марія»,
- Бетховен. Соната №14 («Місячна»),
- Свиридов. Романс з музичних ілюстрацій до повісті Пушкіна «Заметіль»,
- Сен-Санс. «Лебідь» з сюїти «Карнавал тварин».

Нормалізують тиск крові, діяльність серцево-судинної системи, знімають напругу у взаєминах з іншими:

- Шопен. «Ноктюрн ре-мінор»,
- Мендельсон. «Весільний марш»,
- Бах, «Кантата №21», «Концерт ре-мінор для скрипки»,
- Барток, «Соната для фортепіано», «Квартет № 5»,
- Брукнер. «Месса ля-мінор».

Безсоння «лікують»:

- Гріг. «Пер Гюнт»,
- Сібеліус. «Сумний вальс»,
- Шуман. «Мареве» («Грѳози»),
- Чайковський. П'єси.

Гастрит «боїться» «Соната № 7» Бетховена,

Зменшує суглобні болі, покращує зір: музика Моцарта.

Епілепсія «не любить» музики Моцарта.

Покращує розумові здібності у дітей музика Моцарта.

Стимулює інтелектуальну діяльність у дорослих і дітей, концентрує їх уваги :

- Музика Бетховена,
- Музика Штрауса.

Синдром хронічної втоми «лікують»

- Гріг. «Ранок» з «Пера Гюнта»,
- Романс «Вечірній дзвін»,

Прискорюють ріст рослин: музика Россіні, скрипкові концерти Баха.,

Піднімають життєвий тонус, покращують самопочуття, настрої, активність, дають енергію:

- Чайковський. «Симфонія №6 III частина»,
- Шопен. «Прелюдія №1»,
- Ліст. «Угорська рапсодія №2»,
- Бетховен. Увертюра «Егмонт»,
- Пахмутова «Біловіжська пуща»,
- Пісні Деміса Руссо, Сари Брайтон, Андреа Бочеллі,

Вплив музики у відповідальні моменти переоцінити неможливо. Відомий випадок: 12 квітня 1961 року при запуску першого пілотованого космічного корабля з технічних причин дуже затягнувся старт (довелос відкривати і повторно закривати нещільно припасовану кришку люка, що суттєво збільшило час і могло негативно позначитися на психологічному стані Юрія Олексійовича Гагаріна, як наслідок, могло призвести до подальших негараздів. Доки фахівці переналагоджували неполадку, Ю.Гагарін попросив увімкнути йому музику. Космонавт П.Р.Попович, який був на зв'язку, поставив популярну на той час пісню «Ландиши» («Конвалії»), відому серед загону космонавтів. Це зняло психологічну напругу, відновило бадьорість духу.

Встановлено, що слухати оркестр – значить оздоровлюватись. Гармонійна музика – найбезпечніший профілактичний засіб. Показана всім без винятку, бо не викликає побічних дій і негативних наслідків. Цей засіб доступний кожному.

Струнні інструменти найефективніші при серцевих захворювань;

Скрипка «лікує» душу, викликає співстраждання, добре діє на меланхоликів;

Віолончель, гітара, контрабас діє на серце, тонку кишку, лікує почки;

Кларнет, флейта-пікколо покращує роботу кровоносних судин, звільняє хворого від пригніченого стану;

Флейта позитивно впливає на легені і бронхи;

Труба «лікує» радикуліт і невриті;

Фортепіанна музика «лікує» нирки, сечовий міхур, нормалізує роботу щитовидної залози;

Арфа, струнні інструменти гармонізують, активізують роботу серця, нормалізують тиск, лікують істерії, неврози;

Барабан «відновлює» ритм серця, стимулює кровоносну систему;

Орган гармонізує енергопотоки хребта, просвітлює розум;

Цимбали покращують роботу печінки;

Саксофон гармонізує статеву систему;

Баян, акордеон нормалізують стан системи травлення.

В Україні хоровий спів посідає поважне місце, оскільки тут підключається соціотерапія, тобто спільне творіння пісні.

Космонавт Віталій Жолобов, дитинство якого пройшло у селі на Херсонщині, у своїй книзі «Звезда по имени Судьба» згадує, що українські народні пісні співали всюди: по дорозі в поле, і під час сільгоспробіт, і коли толокою будували дім. Співали всі, ніби забувши, про всі жахіття війни, що тільки-но завершилась, а чи намагаючись залікувати душевні рани від них. Його, зовсім хлопчика, неодмінно робили героєм своїх пісень. Виходило, що вже не Дорошенко і Сагайдачний, а він, малий Віталій Жолобов, веде своє військо запорізьке; долучав свій голос до загального хору. У спів і в роботу вкладали усю силу і завзяття. Можливо, і це також вплинуло на подальшу долю майбутнього героя.

Головний лікар Клінічного санаторію «Березівські мінеральні води», що на Харківщині, д.мед.н, професор Сердюк О.І. у складні для санаторію часи створив хор з фахівців санаторію і сам ним диригував і диригує дотепер. Це позитивно вплинуло на психологічний стан колективу, покращилась робота в цілому. Всесвітня Федерація Водолікування і Кліматолікування (FEMTEC) визнала санаторій кращим курортом світу. У чому можете переконатися, відвідавши його.

<https://dsvv.gov.ua/baza/znajomtesya-sanatorij-kurort-berezivski-mineralni-vody.html>

Космонавт Л.К. Каденюк брав із собою на орбіту, окрім тризуба, прапора України і «Кобзаря» Шевченка, записи Дмитра Гнатюка, Анатолія Солов'яненка, Софії Ротару, Назарія Яремчука.

Вібрації від творів композиторів-класиків і картини класичних художників XVII-XIX століть здатні нейтралізувати вібрацію смерті введені у підсвідомість постраждалих пережитими страхіттями військових дій, чи інших екстремальних ситуацій.

ІЗОТЕРАПІЯ

Психологи, лише мигцем глянувши на малюнок дитини, здатні визначити її настрій, виявити проблеми на ранній стадії і своєчасно надати допомогу. Ізотерапію застосовують і як профілактику з метою психологічних розвантажень.

Космонавт В.М. Жолобов згадує: «В процесі підготовки до польоту була, зокрема, сурдокамера, закрите приміщення метрів 2,5 x 3. Закривають там людину на 10-15 діб. В цій вимушеній ізоляції перевіряється психічний стан. Якщо у кандидата в космонавти виникають галюцинації, або інші відхилення, які часом не підлягають поясненню, можуть списати як людину, яка не витримала перевірки. Я, наприклад, займався звичайними справами, пов'язаними з випробувальною програмою, а у вільний час – намалював автопортрет і вирізав з дерева модель корабля, який зараз експонується у музеї космонавтики».

Вперше ізотерапію застосували у роботі з дітьми, вивезеними з Європи в США під час Другої світової війни. Саме лікування образотворчим мистецтвом допомогло дітям впоратися з важкими психологічними травмами і повернутися до нормального життя.

Геній епохи Відродження Леонардо да Вінчі створив монументальні витвори не тільки в мистецтві та науці, а й у психології. Художник описав простий механізм того, як лікувати розум і душу за допомогою фарб і пензля. Сучасні психологи підтверджують, що Леонардо да Вінчі мав цілковиту рацію. Цей метод зняття напруги з нервів, розуму і психіки дійсно працює практично в усіх випадках.

- **Якщо втомився** – малюй квіти.
- **Злий** – малюй лінії.
- **Коли щось болить** – ліпи.
- **Нудно** – заповни аркуш паперу різними кольорами.
- **Сумно** – малюй веселку.
- **Страшно, моторошно** – плети макраме, роби аплікації з тканин.
- **Відчуваєш тривогу** – зроби ляльку-мотанку.
- **Обурюєшся, гніваєшся** – рви папір на дрібні шматочки.
- **Турбуєшся, треба розслабитись** – складай орігами.
- **Напружений** – малюй візерунки.
- **Важливо згадати** – малюй лабіринти.
- **Розчарований** – зроби копію картини.

- **У відчай, зневірився** – малюй дороги.
- **Треба щось зрозуміти, переосмислити** – намалюй мандали.
- **Для швидкого відновлення сил** – зображуйте пейзажі.
- **Хочеш зрозуміти свої почуття** – малюй автопортрет.
- **Важливо запам'ятати** – малюй кольорові плями.
- **Треба систематизувати думки** – малюй стільники, квадрати.
- **Хочеш розібратися у собі і своїх бажаннях** – роби колаж.
- **Важливо сконцентруватися на думках** – малюй крапками.
- **Для оптимального виходу із ситуації** – малюй хвилі і кола.
- **Відчуваєш, що «застряг», хочеш руху далі** – малюй спіралі.
- **Треба сконцентруватися на меті** – малюй сітки і мішені.

Система поглядів Живої етики базується на вченні про відроджуючу силу мистецтва. Сім'я Реріхів вважала, що *«усвідомлення краси рятує світ»*. Людина – це мікрокосмос, тому головне у попередженні хвороб – приведення світосприйняття людини у відповідність до законів Всесвіту, найважливішим з яких є Закон чистих помислів. Мистецтво має бути над політикою і релігією. Творець від слова «Творити». Він соТворив світ і нам дарував можливість Творити. Руйнівні тільки хворі. Здорові люди – творці. У здоровій людини є *природна потреба* творити. Як тільки патології зникають – кожен стає творцем.

В санаторії «Авангард» багато років діє картинна галерея. Це покращує психологічний стан і пацієнтів, і медичного персоналу закладу.

Іноді запитують, що великого у «Чорному квадраті» Малевича? Дивляться поверхнево лише на форму, не знаючи про життя художника. Ця картина – кульмінація його трагічної долі і її ров'язка, стала крапкою в житті.

Але хто знає: якби «Чорний квадрат» Малевич розбавив іншими барвами, зобразив би відчинені двері, чи сходи на гору? Доля могла би бути іншою. Вартість картини була б іншою, але і життя автора могло б скластись по-іншому. Якби Пушкін в романі «Євгеній Онегін» не змалював би дуель, на якій застрелили молодого поета Ленського (і саме взимку, коли падав сніг), можливо, життя автора не обірвалося б так-само трагічно, як героя його твору і саме взимку? А якби Моцарт не написав свій Реквієм – траурну заупокійну месу, останній, незавершений твір: Моцарт зізнавався дружині Констанції, що відчував, ніби цей Реквієм пише для себе. Помер під час його написання.

Лікарі, психотерапевти не живуть в режимі «якби?»), а спрямовують знання і сили на лікування до видужання пацієнтів. І ця книга написана для того, щоб допомогти людям, які пережили надзвичайні ситуації, перебороти фізичні і психологічні недуги, жити довго і щасливо. А приклади наведено з метою підтвердження сильного (іноді вирішального) впливу мистецтва на здоров'я і

життя. Немає такої прірви, з якої не вела б наверх хоча б одна стежина. І ця стежина – творча діяльність. Дев'яту симфонію «Ода радості» Бетховен написав і диригував оркестром на її презентації, будучи абсолютно глухим. Минуло 200 років, зараз «Ода» відома всім: «Обійміться, мільйони...» - гімн Євросоюзу.

Орігамі - мистецтво створення фігур з паперу. Традиції зародились у Японії. Використовують в конструюванні, математиці, архітектурі, технічному та художньому дизайні, педагогіці та арт-терапії. Орігамі несе в собі потужний потенціал для всебічного розвитку людини: його логічного і образного мислення, пам'яті, концентрації уваги, естетичного смаку, інтелекту в цілому. Зараз у продажу є картонні 3D-пазли. Складання з них моделей архітектурних шедеврів світу дає аналогічний позитивний результат.

Пісочна терапія. «Шлях, по якому повинен слідувати потік життя, написаний на піску» (Китайська мудрість). Автор методу - швейцарський аналітик Дора Кальфф (Dora Kalff) - вважає, що «Картина на піску може бути зрозуміла як тривимірне зображення якогось аспекту душевного стану. Неусвідомлена проблема розв'язується в пісочниці, подібно драмі. Конфлікт переноситься з внутрішнього світу в зовнішній і робиться зримим». Dora Kalff є автором книги "Sandplay" (Boston: Sigo Press, 1980), де описано випадки з практики. Пісочна терапія – невербальна форма психокорекції, де основний акцент робиться на творчому самовираженні людини. Пісок допомагає зняти напругу, відновити гармонію, знайти рівновагу.

Каліграфотерапія. Слід вчитися красиво писати, навіть якщо в недалекій перспективі всі будуть користуватися комп'ютером (гаджетом).

1. При друкуванні та письмі відруки задіяні різні відділи мозку в обох його півкулях. При письмі формується додатковий образ слова «кінетичний», людина запам'ятовує слово у русі. Система Марії Монтесорі навчає дітей читати через фонетичний аналіз та «написання».

2. Поглянемо на процес письма з точки зору пісочної терапії: в класичному її сеансі дюдині пропонують збудувати свій світ, і вона вдумливо, дбайливо створює його, заповнюючи площину «пісочного аркушу». Під час цього йде глибокий внутрішній самоаналіз.

3. У Китаї та Японії сам процес малювання ієрогліфів – мистецтво. В процесі малювання людина передає свої емоції та почуття, свій настрій. Після того як людина створює образ, у неї покращується емоційний стан, відбуваються позитивні зміни у світосприйнятті. Прописувати слова-емоції, слова-думки, що хвилюють, треба різними красивими літерами, різними матеріалами, різними кольорами. Є люди, яким важко одразу розпочати малювати або передавати свої відчуття в інших техніках, а писати вміють усі.

4. Почерк характеризує кожного індивідуально. Особливості написання, нахил, округлість / гострота літер, проміжки між словами, відстань між рядками, саме розташування рядків на аркуші змінюється залежно від настрою, емоційного стану, хвороби. Почерк передає наше ставлення до тієї чи іншої людини: нашу ніжність, любов, прихильність, співчуття, те, що зараз виражають смайликами.

5. Писати складніше і довше, ніж друкувати, тож написане рукою вимагає від нас чіткості, лаконічності думок, суджень.

6. При друкуванні активніше задіється права (образна) півкуля мозку, тож слова і тексти запам'ятовуються цілим образом: загальним змістом, емоційною насиченістю. При письмі активніша ліва півкуля, яка відповідає за процеси аналізу та синтезу інформації, тож написана рукою інформація опрацьовується по-іншому: виділяються ключові аспекти, головна думка. Цікаво, що поети пам'ятають всі свої вірші, які записують у зошиті, а емоційно більше подобаються ті вірші, що надруковані на комп'ютері.

Спеціалісти радять дітям, які заїкаються, писати друкованими літерами. За якийсь час друкованого письма недуга проходить. Загальновідомо, що після інсульту у пацієнта псується почерк. Фахівці доводять і зворотній зв'язок: коли цей пацієнт старанно каліграфує, покращується його стан. Тож треба частіше писати і друкувати, тобто гармонійно розвивати дві півкулі свого мозку.

Арт-терапія насамперед необхідна людям, котрі не можуть "виговоритися", адже показати свої переживання засобами творчості легше, ніж розповісти про них. Наприклад, діти, які пережили насильство, важко ідуть на контакт і розповідають про свої потаємні переживання і страхи, а зобразивши їх, люди звільняються від свого тягаря. До того ж, психотерапевти спонукають клієнтів говорити про свій малюнок, а отже, і розповідати про свою проблему вербально.

З дітьми часто використовують методи казкотерапії та ігротерапії, коли дитина, вигадуючи сюжет, розповідає про свої переживання і мрії, моделює своє майбутнє, знаходить вихід із складної ситуації. В Одеській області зафіксовано випадки, коли на основі арт-терапевтичного малюнку батьки дитини були позбавлені батьківських прав. З кожним роком до арт-терапії в Україні ставляться дедалі серйозніше.

ФАУНОТЕРАПІЯ

В санаторно-курортній практиці України застосовуються здебільшого іпотерапія, гірудотерапія, дельфінотерапія і апітерапія.

Іпотерапія — метод лікування, заснований на взаємодії людини зі спеціально навченим конем, адаптованим до можливостей хворого в опануванні верхової їзди. При лікуванні різних психо- і неврологічних захворювань верхову їзду почали використовувати в 50-х роках. Гіппократ писав: «Катайтеся верхи на конях, шановні співгромадяни, - будете здорові, як коні!». Про сприятливий вплив верхової їзди на пацієнтів і поранених свідчать записи у працях античних цілителів і лікарів Середньовіччя.

Кататися верхи корисно в першу чергу інвалідам. Власне, іпотерапія і виникла як метод лікування та реабілітації інвалідів, особливо дітей. Саме Гіппократ лікував поранених воїнів, саджаючи їх на коней. Це називається «вольтижировка» - гімнастичні вправи верхи. Спілкування з конем корисно і здоровим людям, бо поєднує переваги психотерапії і ЛФК. Іпотерапія лікує хвороби і травми опорно-рухового апарату, серцево-судинні захворювання, шлунково-кишкові захворювання, поліомієліт і його наслідки, простатит, остеохондроз, сколіоз, розсіяний склероз.

Діапазон захворювань, при яких за допомогою іпотерапії досягається швидше й повніше видужання / стійке поліпшення стану хворого, дуже широкий. Ефективно лікуються іпотерапією шлунково-кишкові захворювання, хвороби і травми опорно-рухового апарату, серцево-судинні захворювання. Лікування їздою верхи дуже помічне для реабілітації після хірургічних втручань, при наслідках поліомієліту, простатитах, гінекологічних хворобах, сколіозах і остеохондрозах.

Іпотерапія рекомендована пацієнтам із неврологічними порушеннями різної етіології, розсіяним склерозом. Особливо дієвою таке лікування виявилось у реабілітаційній практиці з дітьми, які страждають на дитячий церебральний параліч, ранній дитячий аутизм, олігофренію.

Позитивний вплив іпотерапії на здоров'я людини виявляється завдяки тому, що це вимагає постійного тренування базових рефлексів, які передбачають відповідну участь м'язів тіла, що відіграє велику роль у лікуванні пацієнтів, які страждають на порушення функцій опорно-рухового апарату. Під час лікувальної верхової їзди тіло розгойдується у трьох вимірах: вліво–вправо, вперед–назад, вгору–вниз. Починають працювати вражені хворобою групи м'язів і нервові структури. Це розвиває у хворих на параліч рухливість, відчуття рівноваги, координацію рухів.

Темп спокійного кроку дорівнює людському, температура тіла майже схожа (близько 38 градусів). Під час руху мускулатура тварини масажує і розслабляє м'язи вершника. Рухи коня немов переносяться на вершника, який отримує при цьому близько 110 імпульсів на хвилину, імітуючи і стимулюючи рух людини (подібний під час її ходи). Виходить, інваліди «ходять» на коні. Для рівноваги вершникові волею-неволею доводиться напружувати всі свої м'язи, як при занятті на тренажері. Але той залізний і холодний, а кінь – теплий і живий. Його ритмічні плавні рухи заспокоюють, знімають нервову напругу і стреси.

Існує спеціальна шкала коливань спини коня. За нею кожна тварина має певні показники, що залежать від її темпераменту і характеру. Ця шкала допоможе підібрати кожній людині індивідуального коня для лікування.

Навколо хребта вершника створюється сильний м'язовий корсет, який поліпшує кровообіг. Також нормалізується обмін речовин і поліпшується стан міжхребцевих дисків. А оскільки поліпшується стан хребта, катання на коні нормалізує серцево-судинну, нервову і травну системи, знімає м'язову напругу, знижує рівень цукру в крові. Тонізується не тільки опорно-рухова система, а й зір, слух, нюх, дотик і вестибулярний апарат. Іпотерапія – це і комплекс спеціальних вправ, під час яких кінь може просто спокійно стояти, а пацієнт під керівництвом інструктора виконує певні вправи.

Лікувальний ефект від собак та інших домашніх тварин. Метод описаний в 1981 році Е. Smith і М. Winn, які зазначили, що спілкування хронічно соматичних хворих з собаками призводить до поліпшення стану пацієнтів. Терапевтичний ефект собак і ряду інших домашніх тварин при соматичній патології пояснюють, перш за все, нав'язуванням ними ритму «рано лягати — рано вставати». Даний ритм протилежний ритму, характерному при депресіях (рано лягати — пізно вставати або пізно лягати - пізно вставати). Однією з причин позитивних змін ритму є вплив сонячного світла в перші години ранку, який стимулює синтез

мелатоніну. Необхідність ритуалу годування тварин приводить до зняття тривоги, оскільки 2...3 - кратне годування структурує їжу самого господаря.

Має сенс при гастроентерологічних психосоматичних розладах, в основі яких – конверсійна тривога. Будучи істотою молодшого рангу і вимагаючи від господаря піклування, домашня тварина істотно впливає на баланс «домінантність – субмісивність». Допомагає при невротичних розладах та при зниженій самооцінці підлітків. Принцип володарювання над твариною є своєрідним поведінковим принципом підвищення власної домінантності, оскільки є об'єкт, над яким здійснюється контроль і влада, хоча і ціною уваги і опіки.

Терапевтичний сон на вуликах. Основними показаннями є захворювання нервової та ендокринної систем, стрес, депресія, знижений імунітет, порушення кровообігу, підвищений або знижений артеріальний тиск, серцево-судинні й захворювання опорно-рухового апарату. Сенс полягає у тому, що від бджолиного рою у вулику виділяється природне тепло (приблизно 35°C), а гудіння бджіл і невелика вібрація вулика позитивно впливають у цілому на організм.

Сон на вуликах добре очищує суглоби і кровеносні судини, підвищує чоловічу потенцію. Сон у приміщенні, де активно працюють бджоли відновлює кровообіг та імунітет, стабілізує тиск. Через дрібну сіточку з бджолиного житла виходить чисте і цілюще повітря, що добре для інгаляції. За десять хвилин його вдихання в бронхах і легенях людини гине більшість мікробів. Біля вулика повітря високоіонізоване, завдяки чому, потрапляючи в організм людини, знижується рівень вільних радикалів. Від бджолиної сім'ї виходить сильне біомагнітне поле, яке нормалізує всі функції організму і покращує імунітет. За якихось годину-дві на вуликах можна повністю відновити свої сили. Монотонне бджолине гудіння чудово заспокоює психіку. Це допомагає військовим позбутися стресу, депресії, налагодити сон. Ефект від 30-40 хвилин перебування компенсує 2-3 години повноцінного сну. Вуликотерапію призначають 80% пацієнтів закладу, в яких немає алергії, клаустрофобії чи протипоказань щодо продуктів бджільництва.

Гірудотерапія викликає місцеву капілярну кровотечу, яка може ліквідувати венозний застій, підсилити кровопостачання ділянки тіла. Крім цього, в кров потрапляють речовини (гірудин, дистабелазний комплекс, бделіни, гіалуронидазу, антибіотики, анальгетики і ін.), які мають знеболюючий і протизапальний ефект. В результаті поліпшується мікроциркуляція крові, зменшується вірогідність тромбозів, спадають набряки, діють рефлексогенн.

Гірудотерапію успішно застосовують в Санаторії «Курорті «Орлівщина» (м.Новомосковськ, Дніпропетровщина), (Головний лікар – к.мед.н., доцент О.І. Андієнко) при таких захворюваннях: гіпертонічна хвороба з підвищеною гемокоагуляцією, тромбофлебіт різної етіології, в урології (простатит, аденома простати, сечокам'яна хвороба), неврології (остеохондроз, міозити, радикуліти, головні болі і запаморочення будь-якого походження, внутрічерепна гіпертензія, мігрень, неврити, неврози, невралгії, безсоння і ін.), ендокринології (цукровий діабет, захворювання щитовидної залози, ожиріння), дерматовенерології (псоріаз, нейродерміт, екзема, зігріваючи висип), кардіології (атеросклероз, стенокардія, кардіосклероз, гіпертонія), пульмонології (хронічний бронхіт, бронхіальна астма), гастроентерології (гепатоз, холецистит, панкреатит, гастрит, дуоденіт), ревматології (ревматоїдний артрит, склеродермія, періартеріїти), хірургії (тромбофлебіт, варикозне розширення вен), гінекології (хронічний

сальпингофорит, метроендометрит, аденоміоз, бартолініт, кольпіт, порушення менструального циклу, альгодисменорея, клімактеричний синдром), проктології (геморой), при ЛОР-захворюваннях (отит, неврит слухового нерва, хронічна сенсорна туговухість).

Протипоказання: гемофілія, важкий ступінь анемії, геморагічний діатез, стійка гіпотонія, вагітність, індивідуальне несприйняття.

Дельфінотерапія – застосування з лікувальною метою дельфінів-афалінів (*Tursiops truncatus*). Дельфіни подають ультразвукові сигнали, які фізіотерапевтично діють на людину. Афаліни видають комунікаційні сигнали частотою від 7 до 20 кГц: свист, гавкіт, нявкання, оплески тощо. При пошуку здобичі і орієнтуванні під водою вони видають ехолокаційні клацання, що нагадують скрип дверних іржавих петель, частотою 20-170 кГц. Складніше описується психотерапевтичний компонент дельфінотерапії, яка дає позитивний емоційний контакт з пацієнтом. Використання дельфінів обумовлене їх індукуванням ефекту «позитивного культурального шоку»: високий інтелект, рідкісні фізичні дані, особливі партнерські стосунки з людиною.

Дельфінотерапія показана при комплексному лікуванні синдрому Дауна, ДЦП, нейросенсорній туговухості важкого ступеня, у хворих з межовими формами нервово-психічних розладів (неврози, посттравматичні стресові розлади, затримка психічного і мовного розвитку, ранній дитячий аутизм); епілепсії; гострих інфекційних захворюваннях; онкологічних хворобах, інших стандартних протипоказаннях для реабілітаційного лікування в умовах санаторно-курортної установи. Дельфінотерапія добре компліментарна для медикаментозного і фізіотерапевтичного лікування, поєднується з ін. реабілітаційними методами.

Флоротерапія. Космічний політ першого космонавта України Леоніда Костянтиновича Каденюка приніс приголомшливе відкриття для Х'юстонських вчених, що були на зв'язку з ним: до цього ніхто не розглядав рослини як об'єкти, корисні для психологічного розвантаження і допомоги людині на орбіті. Всі астронавти під час космічного польоту щодня заходили в кабіну, де Каденюк проводив експеримент з пророщування зерен. Він помітив, що коли його колеги по команді вдивлялися в рослини, то починали усміхатися; розсіювалась тривога, зникала втома. Сам Леонід Костянтинович відчував, що він психологічно заспокоюється, часом ловив себе на тому, що йому хочеться поговорити з зеленими паростками, як з близькою людиною.

Вчені дійшли до висновку, що флоротерапія допомагає подолати стресові стани, депресій, подавлених настроїв, негативні емоції, тривожність мешканцям міст, особливо після надзвичайних ситуацій. Нестійкі в емоційному плані люди обирають активні види відпочину і зайняття спортом, вважаючи, що додатковий рух і фізична втома допоможуть нормалізувати сон і апетит. Однак, це може призвести до хронічної втоми, слабкості недуг. Кімнатне квітникарство і фітодизайн – хороший спосіб релаксації і відпочинку без зайвих фізичних навантажень і економічних витрат.

У ДП «Дитячий санаторій «Скадовськ», що на Херсонщині ПрАТ Укрпрофоздоровниця» (директор –Перець М.І.) у кліматопавільйоні застосовують такий метод лікування, як денний сон на матрасах, наповнених висушеними цілющими чорноморськими водорослями зостерою. Перша процедура триває

10-15 хвилин. Кожен наступний сеанс лікування збільшується ще на 10-15 хвилин. Рекомендується не допускати спітніння, або стану «гусячої шкірки». Ця терапія у комплексі з фізіопроцедурами і дієтотерапією лікує хвороби дихальної, серцево-судинної, нервової систем, обміну речовин.

Фітоароматерапія - лікувальні методики із застосуванням рослинних ароматичних речовин: аерофітотерапія – ароматизація повітря приміщень препаратами ефірних масел; арома-інгаляції – безпосереднє вдихання аерозолів, що містять ефірні масла, ароматичні ванни, що готуються з прісної води з розчиненими в ній ефірними маслами; масаж з використанням мазей, лініментів, розтирань і гелів з ефірними маслами; внутрішній прийом розчинів, настоїв, відварів, бальзамів, настоянок, харчових добавок з ефірними маслами.

Летючі ароматичні речовини (фітонциди, терпени, ефірні масла), що виділяються рослинами, при вдиханні потрапляють у верхні носові ходи і адсорбуються на рецепторних білках мембран нюхових рецепторів. Їх стимуляція активує клітки нюхової цибулини, пов'язані з гіпоталамусом, таламусом, збуджує вищі вегетативні центри, визначаючи емоційно-мотиваційні реакції на різні фітоорганічні речовини. Висхідні аферентні потоки від нюхових рецепторів модулюють процеси вищої нервової діяльності, вегетативну регуляцію вісцеральних функцій. В результаті при вдиханні летючих ароматичних речовин у хворого змінюється тонус підкоркових центрів головного мозку. Деякі одоранти викликають загибель мікробів у верхніх дихальних шляхах.

Так, у ДП «Санаторії «Курорт «Орлівщина» закритого акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України “Укрпрофоздоровниця” при проведенні медико-психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції застосовують лікувальні ефекти фітоароматерапії: седативний, адаптогенний, бронхолітичний, протизапальний, тонізуючий, спазмолітичний, гіпотензивний, бактерицидний. Апаратура: фітогенератори АФ-01, АГЕД-01. Таблиця 1. Показання до застосування залежно від основного ефекту

Антимікробний (фітонцидний) ефект при хронічних захворюваннях внутрішніх органів бактерійної та вірусної етіології	монарда, базилік, лавр, ладанник, цмин, м'ята перцева, лаванда, розмарин, аніс, звіробій, багульник, шавлія, евкаліпт, ялівець, сосна, подорожник, чистотіл, ромашка, береза, фенхель, часник, цибуля ріпчаста
Анальгезія (гострі і хронічні больові синдроми, мігрень, інші види головного болю)	м'ята перцева, сосна, ялиця, базилік, меліса, лаванда, шавлія
Дратівливий ефект (м'язові, суглобові болі і невралгії, гострі респіраторні захворювання)	насіння гірчиці, плоди стручкового перцю, м'ята перцева
Протизудний ефект (дерматози, алергози)	м'ята перцева, троянда, лаванда, лавр, шавлія

Протинабряковий ефект (місцеві набряки, інфільтрати, хронічний тромбофлебіт і варикоз в стадії ремісії лімфостаз)	м'ята перцева, камфора, кінський каштан, імбир, лимон
Тонізуючий ефект (астенічні стани, обумовлені затяжними невротами і наслідками травм, інфекцій, інтоксикацій, променевих уражень, операцій, зниження працездатності, сонливість, гіпотонія)	базилік камфорний, звіробій, шавлія, розмарин, троянда кримська, лимон, лаванда, жасмин, ялиця, полин лимонний і таврійський, евкаліпт, м'ята, ромашка
Седативний ефект (психоемоційні розлади при невротичних і невротоподібних станах при захворюваннях внутрішніх органів)	лаванда, чебрець, шавлія, полин звичайний, чортополох, м'ята перцева, чебрець, меліса
Спазмолітичний ефект (захворювання, що супроводжуються спазмами гладкої мускулатури і периф. судин)	м'ята перцева, лавр благородний, троянда, розмарин
Гіпотензивний ефект (гіпертонічна хвороба I-II ст, вторинні артеріальні гіпертензії)	чебрець, лаванда, меліса, полин звичайний
Імуномодулюючий ефект (підвищення загальної резистентності організму при уповільнених регенераторних процесах)	монарда, лаванда, базилік, евкаліпт, жасмин, ялиця, гвоздика, шавлія, полин лимонний
Бронхоспазмолітичний ефект	багульник, м'ята перцева, материнка, чебрець, валеріана, пустинник, аніс, солодка, чебрець, фенхель
Відхаркувальний ефект	дивосил, солодка, мати-й-мачуха, коров'як, аніс звичайний, алтей лікарський, багульник, подорожник, термопсис, лепеха, цибуля ріпчаста, часник, чебрець, первоцвіт
Протизапальний ефект	солодка, липа, дивосил, календула, шавлія, ромашка, мати-й-мачуха, звіробій, береза, хвощ польовий, фіалка трибарвна, бад'ян
Обволікуючий (пом'якшувальний) ефект	алтей, мати-й-мачуха, подорожник, конюшина, коров'як, мох ісландський, медунка, мальва, пирій
Радіопротекторний ефект (підвищення загальної опірності до променевих уражень)	монарда, лаванда, евкаліпт, чайне дерево
Геропротекторний ефект (профілактика проявів раннього прискороного старіння організму)	монарда, базилік, лавр, фенхель

Космонавт В.М. Жолобов наводить приклад зі своєї практики: «Кожен політ відкриває у плані психологічного розвантаження щось нове. Один екіпаж страждає від нестачі інформації, іншому бракує кінофільмів, музики, читання. Ми провели

на орбіті майже 50 діб. Але вільного часу було обмаль, нічого цього не хотілось. Безвилазно перебуваючи в замкненому просторі, зголодніли за земними запахами. Дуже кортіло понюхати щось рідне: часник, огірок... Виручало те, що були аерофлотівські серветки, насичені приємним лосьоном... Понюхаєш, і стає трохи легше.»

Д О Д А Т К И

Додаток 1

ОРІЄНТОВНЕ ПОЛОЖЕННЯ

про Центр (відділення) медико-психологічної реабілітації для постраждалих внаслідок участі в ООС

1. Загальна частина

1.1. Центр (відділення) медико-психологічної реабілітації (далі –Центр) створюється з метою відновлення здоров'я, соціального функціонування і якості життя постраждалих внаслідок участі в ООС.

1.2. Центр – структурний підрозділ санаторно-курортної установи.

1.3. Медико-психологічна реабілітація – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності постраждалих внаслідок участі в ООС.

1.4. Центр у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, іншими нормативно-правовими актами.

1.5. Штат Центру складається з працівників санаторно-курортної установи та інших фахівців, які можуть бути залучені до роботи та консультування у відповідності до поставлених завдань.

1.6. Фінансування діяльності Центру здійснюється відповідно до чинного законодавства.

1.7. Центр очолює завідувач (або керівник), який призначається головним лікарем (або директором) санаторно-курортної установи у встановленому порядку.

**ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
ПСИХОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ
(для відбору контингентів)**

1) Неврастенія (F48.0)

Діагностичні критерії:

а) постійні скарги на підвищену стомлюваність після розумової роботи або скарги на слабкість у тілі і виснаження після мінімальних зусиль;

б) принаймні два з наступних симптомів:

- відчуття мускульного болю;
- запаморочення;
- тензерні головні болі;
- порушення сну;
- нездатність розслабитися;
- дратівливість;
- диспепсія.

в) будь-які наявні вегетативні або депресивні симптоми не настільки тривалі і важкі, щоб відповідати критеріям більш специфічних розладів, що описуються в даній класифікації.

2) Соматоформна вегетативна дисфункція (вегето-судинна дистонія, нейроциркуляторна дистонія) (F45.3)

Діагностичні критерії:

а) симптоми вегетативного порушення, такі як серцебиття, потіння, тремор, почервоніння, що мають хронічний характер і викликають занепокоєння;

б) додаткові суб'єктивні симптоми, віднесені до визначеного органу або системи;

в) занепокоєність і прикrostі з приводу можливого серйозного (але часто не визначеного) захворювання цього органу або системи, причому повторні пояснення і переконання на цей рахунок лікарів залишаються марними;

г) відсутні дані про істотне структурне або функціональне порушення даного органу або системи.

П'ятий знак може використовуватися для виділення окремих розладів цієї групи з вказівкою органу або системи, що розглядаються хворим у якості джерела симптоматики.

F45.30. Серця і серцево-судинної системи

Включаються:

- невроз серця;
- синдром Да Коста;
- нейроциркуляторна астенія.

F45.31. Верхньої частини шлунково-кишкового тракту

Включаються:

- невроз шлунка;
- психогенна аерофагія;
- гикавка;
- диспепсія;
- пілороспазм.

F45.32. Нижньої частини шлунково-кишкового тракту

Включаються:

- психогенний метеоризм;
- синдром подразненого кишечника;
- синдром газової діареї.

F45.33. Дихальної системи

Включаються:

- психогенні форми кашлю і задишки.

F45.34. Урогенітальної системи

Включаються:

- психогенне підвищення частоти сечовипускань;
- психогенна дизурія.

F45.38. Іншого органу або системи

F45.4. Хронічний соматоформний больовий розлад.

3) Тривожно-фобічні розлади (F40), зокрема агорафобія (F40.0) і панічні розлади (F41.0)

F40.0. Агорафобія

Діагностичні критерії:

а) психологічні або вегетативні симптоми повинні бути первинним проявом тривоги, а не бути вторинними стосовно інших симптомів, таких, як марення або нав'язливої думки;

б) тривога повинна бути обмежена тільки (або переважно) хоча б двома з наступних ситуацій: натовп, суспільні місця, пересування поза будинком і подорож на самоті;

в) уникання провокуючих ситуацій є або було вираженою ознакою.

F40.00. Агорафобія без панічного розладу

F40.01. Агорафобія із панічним розладом

F40.1. Соціальні фобії

Діагностичні критерії:

а) психологічні, поведінкові або вегетативні симптоми повинні бути проявом насамперед тривоги, а не бути вторинними стосовно інших симптомів, таким, як марення або нав'язливої думки;

б) тривога повинна бути обмежена тільки або переважно визначеними соціальними ситуаціями;

в) уникання провокуючих ситуацій повинно бути вираженою ознакою.

F40.2. Специфічні (ізолювані) фобії

Діагностичні критерії:

а) психологічні або вегетативні симптоми повинні бути первинними проявами тривоги, а не вторинними стосовно інших симптомів таких, як марення або нав'язливої думки;

б) тривога повинна обмежуватися визначеним фобічним об'єктом або ситуацією;

в) пацієнт уникає провокуючої ситуації, коли тільки це можливо.

F40.8. Інші тривожно-фобічні розлади

F40.9. Фобічний тривожний розлад, не уточнений

F41. Інші тривожні розлади

F41.0. Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога)

Діагностичні критерії:

Панічний розлад повинен бути діагностований як основний діагноз тільки при відсутності жодної із ознак у F40.

Для достовірного діагнозу необхідно, щоб декілька важких атак вегетативної тривоги виникали протягом 1 місяця:

- а) при обставинах, не зв'язаних з об'єктивною загрозою;
- б) атаки не повинні бути обмежені відомими або передбачуваними ситуаціями;
- в) між атаками стан повинен бути порівняно вільним від тривожних симптомів (хоча тривога передбачення є звичайною).

F41.1. Генералізований тривожний розлад

Діагностичні критерії:

У хворого повинні бути первинні симптоми тривоги більшість днів принаймні декілька тижнів підряд, а звичайно декілька місяців. Вони включають:

- а) побоювання (занепокоєння про майбутні невдачі, відчуття хвилювання, труднощі в зосередженні та ін.);
- б) моторна напруга (метушливість, головний біль напруги, дрижання, нездатність розслабитися);
- в) вегетативну гіперактивність (пітливість, тахікардія або тахіпное. епігастральний дискомфорт, запаморочення, сухість у роті та ін.).

F41.2. Змішаний тривожний і депресивний розлад

Включається:

– тривожна депресія (легка або нестійка).

Виключені:

– хронічна тривожна депресія (дистімія) (F34.1).

F41.3. Інші змішані тривожні розлади

F41.8. Інші уточнені тривожні розлади

Включається:

– тривожна істерія.

F41.9. Тривожний розлад, неуточнений

4) Гостра реакція на стрес (F43.0), розлади адаптації (F43.2) та посттравматичні стресові розлади (F43.1);

F43.0. Гостра реакція на стрес

Діагностичні критерії:

Обов'язковий чіткий зв'язок між впливом незвичайного стресора і початком симптоматики; початок звичайно негайний або через кілька хвилин.

Симптоми:

- а) мають змішану і звичайно мінливу картину: на додаток до ініціального стану оглушення можуть спостерігатися депресія, тривога, гнів, відчай, гіперактивність і відгородженість, але жодний із симптомів не є довгостроковим;
- б) припиняються швидко (як найбільше впродовж декількох годин) у тих випадках, де можливо усунення стресових обставин. У випадках, де стрес продовжується або за своєю природою не може припинитися, симптоми звичайно починають зникати через 24-48 годин і зводяться до мінімуму протягом 3 днів.

F43.1. Посттравматичний стресовий розлад

Діагностичні критерії:

Цей розлад не повинен діагностуватися, якщо немає доказів, що він виник протягом 6 місяців від важкої травматичної події. Докази наявності травми повинні

бути доповнені повторюваними нав'язливими спогадами про подію, фантазіями й уявленнями в денний час. Помітна емоційна відчуженість, заціпеніння почуттів і уникання стимулів, що могли б викликати спогад про травму. Зустрічаються часто, але не є необхідними для діагностики. Вегетативні розлади, розлад настрою і порушення поведінки можуть включатися в діагноз, але не є першорядно значимими.

F43.2. Розлади адаптації

Діагностичні критерії:

Діагноз залежить від уважної оцінки співвідношення між:

а) формою, утриманням і вагою симптомів;

б) анамнестичними даними й особистістю;

в) стресовою подією, ситуацією і життєвою кризою. Наявність третього чинника повинно бути чітко встановлене і бути вагомим, хоча, можливі і приблизні докази, що розлад не з'явився б без нього. Якщо стресор відносно малий і якщо тимчасовий зв'язок (менше 3 місяців) не може бути встановлений, розлад варто класифікувати по-іншому, відповідно до наявних ознак.

При критеріях розладів адаптації клінічна форма або переважаючі ознаки можуть бути уточнені за п'ятим знаком:

F43.20. Короткочасна депресивна реакція

F43.21. Пролонгована депресивна реакція

F43.22. Змішана тривожна і депресивна реакція

F43.23. Із переваженням порушення інших емоцій

F43.24. Із переваженням порушення поведінки

F43.25. Змішаний розлад емоцій і поведінки

F43.28. Інші специфічні переважаючі симптоми

5) Дисоціативні (конверсійні) розлади (F44);

Діагностичні критерії:

Для достовірного діагнозу повинні бути:

а) наявність загальних клінічних ознак, характерних для невротичних розладів;

б) відсутність якогось фізичного або неврологічного порушення, із яким могли б бути пов'язані виявлені симптоми;

в) наявність психогенної обумовленості у формі чіткого зв'язку із стресовими подіями або проблемами або порушеними взаємовідно-синами (навіть якщо вони заперечуються хворим).

Переконливі докази психологічної обумовленості можуть бути важко виявлені, навіть якщо вони обумовлено підозрюються. При наявності відомих розладів центральної або периферичної нервової системи діагноз дисоціативного розладу повинен встановлюватися з великою обережністю. При відсутності даних про психологічну обумовленість діагноз повинен бути тимчасовим і варто продовжувати дослідження фізичних і психологічних аспектів.

F44.0 Дисоціативна амнезія

Діагностичні критерії:

а) амнезія, парціальна або повна, на недавні події травматичної або стресової природи (ці аспекти можуть з'ясуватися при наявності іншої інформації);

б) відсутність органічних розладів мозку, інтоксикації або надмірної втоми.

F44.1. Дисоціативная фуга

Діагностичні критерії:

а) ознаки дисоціативної амнезії (F44. 0);

б) цілеспрямована подорож поза межами звичайної повсякденності (диференціація між подорожжю і блуканням має проводитися з урахування місцевої специфіки);

в) підтримка нагляду за собою (харчування, вмивання) і нескладна соціальна взаємодія з незнайомими людьми (наприклад, хворі купують квитки або бензин; питають: як проїхати; замовляють їжу).

F44.2. Дисоціативний ступор

Діагностичні критерії:

а) ступор як неможливість рухатися;

б) відсутність фізичного або психічного розладу, що могло б пояснити ступор;

в) дані про недавні стресові події або поточні проблеми.

F44.3. Транси і стани оволодіння

F44.4. Дисоціативні розлади моторики

При наявності органічних розладів нервової системи, а також у раніш добре адаптованих осіб із нормальними сімейними і соціальними взаємовідносинами діагноз повинен встановлюватися з великою обережністю.

Для достовірного діагнозу:

а) повинні бути відсутніми дані про фізичний розлад;

б) потрібно мати у своєму розпорядженні достатню інформацію про психологічну і соціальну ситуацію, у якому знаходиться хворий, і про його особисті взаємозв'язки, щоб можна було переконливо сформулювати причини виникнення розладів.

Якщо є сумніви щодо фактичних або можливих фізичних розладів, або якщо неможливо зрозуміти, чому розвився розлад, то діагноз повинен встановлюватися як ймовірний або тимчасовий. У заплутаних або невиразних випадках варто завжди мати на увазі можливість пізнішого прояву важких фізичних або психічних розладів.

F44.5. Дисоціативні судоми

F44.6. Дисоціативна анестезія і втрата почуттєвого сприйняття

F44.8. Інші дисоціативні (конверсійні) розлади

F44.80. Синдром Ганзера

F44.81. Розлад множинної особистості

F44.82. Транзиторні дисоціативні (конверсійні) розлади, що виникають у дитячому і підлітковому віці

F44.88. Інші неуточнені дисоціативні (конверсійні) розлади.

МІССІСІПСЬКА ШКАЛА ДЛЯ ОЦІНКИ ПТСР

Міссісіпська шкала для оцінки ПТСР (Kean, Caddell & Taylor, 1988) функціонує у західних країнах як надійний індикатор захворювання.

Ключ обробки. Підраховується звичайна сума балів: зворотні шкали (2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34) і прямі шкали (решта). При підрахунку балів у зворотніх шкалах перший варіант відповіді відповідає 5 балам, п'ятий – 1 балу. Чим більша сума балів, тим вірогідніше діагноз ПТСР.

1. У минулому я мав більше близьких друзів, ніж зараз				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	частково вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
2. У мене немає відчуття провини за все те, що я робив в минулому				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	частково вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу)				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	мало-ймовірно	Деякою мірою ймовірно	ймовірно	Дуже ймовірно
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	Іноді	часто	завжди
5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	Іноді	часто	завжди
6. Я здатний вступати в емоційно близькі відносини з іншими людьми				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	Іноді	часто	завжди
7. Мені сняться вночі жахи про те, що було зі мною реально у минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	Іноді	часто	завжди
8. Коли я думаю про де-які речі, які я робив колись, мені не хочеться жити				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	деякою мірою вірно	вірно	абсолютно вірно

9. Зовні я виглядаю бездушним				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
10. Останнім часом відчуваю, що хочу накласти на себе руки				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся лише за потреби встати				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	Іноді	часто	завжди
12. Я весь час питаю себе, чому я ще живий, тоді як інші вже померли				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	Іноді	часто	завжди
13. У певних ситуаціях відчуваю себе так, ніби я повернувся в минуле				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	Іноді	часто	завжди
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поті і змушую себе більше не засинати				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	Іноді	часто	завжди
15. Я відчуваю, що більше не можу				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
16. Речі, які викликають у інших людей сміх або сльози, мене не чіпають				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
17. Мене радують ті ж речі, що і раніше				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
19. Я виявив, що мені працювати не важко				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
20. Мені важко зосередитися				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
21. Я без причини плачу				

1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
23. Мене лякають мої прагнення і бажання				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
24. Я легко засинаю				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюся				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють, що я відчуваю				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	абсолютно вірно
27. Я легка, спокійна, урівноважена людина				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	абсолютно вірно
28. Я відчуваю, що про якісь речі, з мого минулого я ніколи не зможу комусь розповісти, бо цього ніхто не зрозуміє				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	абсолютно вірно
29. Часом я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які траплялися зі мною у минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
30. Я не відчуваю дискомфорт, коли знаходжуся в натовпі				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
32. Я боюся засинати				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною у минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно

35. Мені важко проявити свої відчуття, навіть до близьких людей				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
36. Часом я поводжуся або почуваю себе так, ніби те, що було зі мною у минулому, відбувається знову				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
37. Я не можу пригадати якісь важливі речі з мого минулого				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
38. Я дуже пильний і насторожений більшість часу				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
39. Якщо трапляється що-небудь, що нагадує про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що починається сильне серцебиття і перехоплює подих, я весь тремчу і вкриваюсь потом; паморочиться голова, з'являються «мурашки»; я майже непритомню.				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто

ОРІЄНТОВНИЙ РОЗПОДІЛ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

Медико-психологічні реабілітаційні заходи на день перебування на основному етапі:

- пробудження;
- санітарно-гігієнічні процедури;
- сніданок;
- релаксаційно-мобілізаційний тренінг з аудіовізуальним супроводом;
- медикаментозні процедури;
- групова психотерапія;
- фізіотерапія, лікувальна фізкультура, ароматерапія, рефлексотерапія;
- обід
- релаксаційна терапія з аудіовізуальним супроводом;
- тиха година;
- медикаментозна терапія;
- інформаційно-освітня програма (валеологічна);
- групова психотерапія;
- медикаментозна терапія;
- вільний час;
- релаксаційний тренінг з аудіовізуальним супроводом;
- санітарно-гігієнічні процедури;
- сон.

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
«Реакція на важкий стрес та розлади адаптації.
Посттравматичний стресовий розлад» (затверджений наказом МОЗ України
від 23.02.2016 № 121, зі скороченнями)

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування пацієнтів з ПТСР в Україні з позиції забезпечення наступності етапів медичної допомоги. Вперше в розробці УКПМД брали участь представники різних міністерств та відомств, що дозволило погодити запровадження єдиних стандартизованих підходів та врахувати особливості надання медичної допомоги окремим контингентам, у відповідності до законодавства України. УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Посттравматичний стресовий розлад», з якою можна ознайомитися за посиланням: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/reiestr-mtd>.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

УКПМД розглядає питання медичної допомоги пацієнтам з ГСР та ПТСР.

В УКПМД зосереджено увагу на організації медичної допомоги пацієнтам в Україні відповідно до міжнародних клінічних настанов:

1. Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder (2013), що розроблений з урахуванням NICE CG26 «Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care» (2005).

2. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress (2010).

3. Inter-Agency Standing Committee Guidelines (2007); European Network for Traumatic Stress Guidelines (TENTS, 2008); The Disaster Mental Health Subcommittee (2009).

Варто зауважити, що більшість положень щодо лікування ПТСР, які включені до клінічних настанов, мають низький рівень доказовості. Це значною мірою обумовлено методологією проведення рандомізованих клінічних досліджень, зокрема, щодо немедикаментозних втручань.

Положення УКПМД, які відповідають вимогам доказової медицини, не виключають інші прийнятні методи досягнення кінцевого результату, а їх дотримання не є гарантією успіху у всіх клінічних випадках. Кінцеве рішення щодо вибору конкретної клінічної процедури або плану лікування повинен приймати лікуючий лікар з урахуванням отриманих клінічних даних про пацієнта, а також існуючих діагностичних і лікувальних можливостей.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої

увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі-психіатри, лікарі-психіатри дитячі, лікарі-психотерапевти, лікарі-психологи, психологи та практичні психологи.

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз:

Гостра реакція на стрес
 Посттравматичний стресовий розлад
 Розлади адаптації

1.2. Коди стану або захворювання відповідно до МКХ-10:

Гостра реакція на стрес (F43.0)
 Посттравматичний стресовий розлад (F43.1)
 Розлади адаптації (F43.2)

- Короткочасна депресивна реакція (F43.20).
- Пролонгована депресивна реакція (F43.21).
- Змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22).
- З переважанням емоційних порушень (F43.23).
- З переважанням порушень поведінки (F43.24).
- Змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25).
- Інші реакції на важкий стрес (F43.8).
- Реакція на важкий стрес, неуточнена (F43.9).

Коди стану або захворювання відповідно до DSM-V:

Гострий стресовий розлад (308.3)
 Посттравматичний стресовий розлад (309.81)

1.3. Протокол призначений для: лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів судово-психіатричних експертів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів, психологів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, медичних сестер та інших медичних працівників; пацієнтів, які постраждали від психотравмуючих подій, мають гостру реакцію на стрес та розлади адаптації.

1.4. Мета протоколу:

- впровадження медико-організаційних та лікувально-діагностичних підходів, які відповідають положенням доказової медицини, в процес надання медичної допомоги дітям та дорослим з ПТСР в Україні;

- встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з даним видом патології відповідно до адаптованої клінічної настанови, що розроблена з урахуванням вітчизняних особливостей організації медичної допомоги та економічної ситуації в країні;

- забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтам з ПТСР;

- обґрунтування оснащення ЗОЗ для надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги пацієнтам із ПТСР (наявність обладнання та інших ресурсів);

- відновлення якості життя пацієнтів із ПТСР.

1.5. Дата складання протоколу – січень 2016 року.

1.6. Дата перегляду протоколу – січень 2019 року.

1.7. Коротка епідеміологічна інформація

ГСР та ПТСР є психічними розладами, що розвиваються у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканості та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння.

Дані щодо поширеності та захворюваності ПТСР в Україні за офіційними даними МОЗ України сьогодні відсутні.

Доступні дані щодо поширеності та захворюваності ПТСР ґрунтуються в основному на результатах великомасштабних епідеміологічних дослідженнях, проведених в США та Австралії, і обмежені даними щодо дорослих. Частота розвитку ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. У США в процесі епідеміологічних досліджень ПТСР виявили у 15% ветеранів-чоловіків і 9% ветеранів-жінок, які брали участь в бойових діях.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10 (ВООЗ, 1992), гостра реакція на стрес (F43.0) – тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів; ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

ГСР та ПТСР – розлади, які мають наступні базові симптоми:

- повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі, як пітливість, прискорене серцебиття та паніка, які виникають при нагадуванні про травмуючу подію;
- уникнення і емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших;
- надмірне збудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

Основна відмінність між ГСР (308.3) і ПТСР (309.81) в DSM-V – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. ПТСР виникає після ГСР або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка – до декількох років. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події, розлад визначається як

ПТСР з пізнім проявом. ПТСР має хвилеподібний перебіг. У більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після катастрофи і трансформується в хронічну зміну особистості (F62.0).

Важливо враховувати, що за результатами двох великих епідеміологічних досліджень, проведених у США та Австралії, у 85-88% осіб чоловічої статі та у 78-80% жіночої статі з ПТСР були встановлені супутні психіатричні діагнози, що обґрунтовує обов'язкову участь лікаря-психіатра в уточненні діагнозу та визначенні тактики ведення пацієнтів з ПТСР.

Важливе значення має інтегрована медична допомога з комплексною соціальною реабілітацією пацієнтів з ПТСР, із залученням членів сім'ї.

Особливості процесу надання медичної допомоги

Для ефективного впровадження УКПМД «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» у практику надання медичної допомоги лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та у ЗОЗ існує потреба у створенні системи заходів, що включає:

1. Навчання та підвищення поінформованості лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагностики, лікування та реабілітаційних заходів при ПТСР (див. розділ 4 п. 4.1.1.).

2. Організацію взаємодії та координацію служб різного відомчого підпорядкування.

3. Забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам з ПТСР лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та у кожному ЗОЗ шляхом розробки та впровадження Локального протоколу медичної допомоги, в якому визначено клінічний маршрут пацієнта.

4. Інтегрована медична допомога з урахуванням особливостей надання допомоги в кожному відомстві (Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Національна гвардія України, Національна поліція України тощо).

Лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, та у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, діагноз ПТСР має бути підтверджений за результатами комплексного клінічного інтерв'ю, що оцінює всі симптоми, що характеризують ПТСР.

Важливо окреслити ще одне проблемне питання щодо впровадження положень доказової медицини в лікування пацієнтів з ПТСР – обмежена доступність психотерапевтичної допомоги для певних верств населення України, зокрема сільського. Психотерапія має бути основним методом лікування ПТСР, а також використовуватися в комплексі лікування і реабілітації пацієнтів.

ІІІ. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЛІКАРІВ, ЩО ПРОВАДЯТЬ ГОСПОДАРСЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК ФІЗИЧНІ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦІ, ОРГАНІЗАЦІЙ, ФАХІВЦІВ ТА СЛУЖБ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПЕРШУ ПСИХОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
3.1.1. Первинна профілактика	Доведена ефективність та доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги» під час катастрофи чи терористичних актів	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проводити професійно-психологічну підготовку, психологічну просвіту окремих категорій осіб, які за своєю професійною діяльністю перебувають в екстремальних ситуаціях (працівників правоохоронних органів та військовослужбовців військових формувань, рятувальників тощо), та перед виконанням службово-бойових завдань в екстремальних (бойових) умовах за спеціально розробленими програмами у системі бойової та спеціальної, професійної, службової підготовки окремо по категоріям персоналу. 2. Проводити психоосвітню роботу щодо реагування психіки на важкі психотравмуючі події.
3.1.2. Перша психологічна допомога	Доведена ефективність та доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги» під час катастрофи чи терористичних актів	<p>У зоні катастроф і терористичних актів працівники сфери екстреної медичної допомоги та психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації надають першу психологічну допомогу пацієнтам, а саме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Орієнтуються в ситуації. 2. Ініціюють контакт в ненав'язливий, співчутливий та підтримуючий спосіб. 3. Забезпечують безпеку та фізичний комфорт, емоційну стабілізацію пацієнтів. 4. Визначають нагальні потреби та проблеми пацієнтів. 5. Пропонують практичну допомогу пацієнтам з метою задоволення їх нагальних потреб, у встановленні зв'язку та отриманні соціальної підтримки. 6. Надають інформацію щодо стратегії подолання стресу. 7. З'єднують пацієнтів із суміжними службами (див. розділ 4, п. 4.3.)

3.2. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКАРІВ, ЩО ПРОВАДЯТЬ ГОСПОДАРСЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК ФІЗИЧНІ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦІ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілак-	Не існує доказової бази щодо специфічних	1. Надати особам, що зазнали впливу травматичних подій, емоційну підтримку, інформацію щодо механізмів впливу стресу на

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
тика	методів профілактики ПТСР.	<p>організм та заходів щодо подолання цього впливу; інформацію щодо доступних соціальних послуг та куди необхідно звернутись у разі виникнення психічних розладів та психологічних проблем.</p> <p>2. Не проводити заходи формальної психотерапії особам без ПТСР.</p> <p>3. Заборонено використовувати бензодіазепіни, нейролептики та препарати, що містять фенобарбітал, з метою профілактики розвитку ГСР або ПТСР.</p>
2. Діагностика	Рекомендовано проводити оцінку наявності ПТСР в осіб групи ризику	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. При обстеженні пацієнтів, які звертаються до лікаря з повторюваними неконкретними проблемами з фізичним здоров'ям, рекомендується проводити опитування щодо того, чи зазнала людина будь-яких травматичних подій нещодавно або в минулому, та описати приклади таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо) (див. розділ 4).</p> <p>2. При проведенні клінічного огляду на амбулаторному прийомі звертати увагу на психологічний стан пацієнта, зокрема, у пацієнтів групи ризику розвитку ПТСР. У разі наявності окремих симптомів для верифікації ПТСР провести анкетне опитування з використанням стандартизованого опитувальника (7 питань) (Додаток 7).</p> <p>3. Позитивна відповідь на 4 і більше питань дає підстави формулювання попереднього синдромального діагнозу: ПТСР під питанням.</p> <p>4. Інформувати пацієнта про те, що виявлені у нього зміни можуть бути проявом реакції на стрес, що потребує спеціалізованої психотерапевтичної/психіатричної допомоги, а також про те, де саме така допомога може бути надана пацієнту.</p> <p>5. Пацієнтам, які дають позитивну відповідь на запитання № 2 Опитувальника для скринінгу ПТСР (Додаток 7), провести подальше опитування з використанням опитувальника PHQ-9 (Додаток 1 до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)») – для</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>діагностики можливого депресивного розладу. У разі підтверджуючої суми балів уточнити особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість. Допомога таким пацієнтам надається у відповідності до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)».</p> <p>6. Виявлення пацієнтів, які потребують обов'язкової консультації лікаря-психіатра/лікаря-психіатра дитячого, та направлення до відповідного ЗОЗ (див. розділ 4, п. 4.4).</p> <p>7. У випадку, якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих – термінове направлення у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.</p> <p>8. Зробити запис в медичній карті амбулаторного хворого (Форма 025/о).</p>
<p>3. Лікування</p>	<p>Доведено, що своєчасна адекватна медична допомога при ПТСР в більшості випадках дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, поліпшити якість життя, соціальні функції пацієнта, в т.ч. трудову діяльність, зменшити економічні витрати сім'ї та суспільства в цілому</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей розвитку, клінічних симптомів і лікування ПТСР. 2. Надати інформацію щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР. 3. Надати позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінів. 4. Надати інформацію про необхідність виконання лікарських рекомендацій. 5. Надати рекомендації щодо необхідності дотримання вимог здорового способу життя, проведення заходів психологічної та соціальної реабілітації. 6. Надати інформацію щодо можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги. 7. Запропонувати пацієнту використання психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо). 8. Надати рекомендації щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування пацієнтам з ПТСР, які відчувають клінічно значущі симптоми: хронічний біль,

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>безсоння, тривога.</p> <p>9. Відповісти на запитання пацієнта.</p> <p>10. Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.</p> <p>11. Проводити моніторинг та лікування пацієнтів, які відмовились від консультації спеціаліста психіатричного профілю.</p> <p>11. За можливості – залучати членів сім'ї пацієнта до обговорення та планування лікування.</p> <p>12. З самого початку лікування необхідно зосередити увагу пацієнта на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Інформувати пацієнта про потенційні переваги психосоціальної реабілітації та давати практичні поради про те, як отримати доступ до відповідної інформації та послуг. Сприяти духовній та соціальній підтримці.</p> <p>14. Ознайомити пацієнта з «Інформаційним листом «Посттравматичний стресовий розлад»» (Додаток 8)</p> <p>Бажані:</p> <p>1. Залучати пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції: програми психологічної, соціальної та фізичної реабілітації.</p> <p>2. Надати роздрукований «Інформаційний лист «Посттравматичний стресовий розлад»» (Додаток 8)</p>
<p>3.1. Немедикаментозне лікування</p>	<p>Існують чисельні докази щодо ефективності ТФ-КПТ і ДПРО у пацієнтів з ПТСР</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Надати інформаційну та емоційну підтримку.</p> <p>2. Всім пацієнтам рекомендувати дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю.</p> <p>3. Постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності пацієнта до виконання рекомендацій лікаря.</p> <p>Бажані:</p> <p>Запропонувати пацієнту та узгодити з ним інші спеціалізовані та високотехнологічні види психотерапії (терапія вирішення проблем, коротка КПТ). Рішення щодо місця</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		проведення та спеціаліста, який буде проводити конкретний вид психотерапії, приймається разом із пацієнтом.
3.2. Фармако-терапія	<p>Існує доказова база доцільності призначення фармакотерапії ПТСР за показаннями. У випадках, коли дорослий пацієнт з ПТСР піддається фармакотерапії антидепресантами (АД), таке лікування необхідно продовжувати протягом, як мінімум, 6 місяців, з урахуванням терапевтичної відповіді</p>	<p>Обов'язково:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лікування ПТСР медикаментозними препаратами не повинно використовуватися в якості обов'язкового першочергового лікування для дорослих. 2. У випадках, коли спостерігається значне порушення сну, як доповнення до немедикаментозних методів призначаються снодійні коротким курсом (до 10 днів). Перевагу мають небензодіазепінові препарати (золпідем, зопіклон тощо). У разі довготривалого розладу сну розглянути питання про призначення АД. 3. Препарати з групи селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) є препаратами першого ряду для лікування пацієнтів з ПТСР. Показання до призначення АД пацієнтам з ПТСР - див. розділ 4, п. 4.1.5. 4. Вибір АД має бути індивідуальним, базуватися на аналізі клінічного стану пацієнта: характер симптомів, побажання пацієнта і вартості препаратів. Препарати з найбільшою доказовою базою: пароксетин, сертралін. 5. Провести роз'яснення щодо відсутності звикання та виникнення залежності при лікуванні АД. 6. Надати інформацію щодо відстроченого ефекту початку дії препарату, тривалості курсу лікування, дотримання режиму лікування, симптомів відміни. 7. Надати інформацію щодо потенційної побічної дії препаратів (Додаток 3 УКПМД). 8. Пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначаються АД з групи СІЗЗС довготривало. 10. При наявності показань – тахікардії, м'язового тремору – пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначається неселективний бета-адреноблокатор пропранолол (20-40 мг три рази на добу), з урахуванням протипоказів. 11. Фармакотерапія супутніх захворювань проводиться згідно з відповідними медико-

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		технологічними документами. 12. Інформація щодо фармакотерапії надається в усному та письмовому вигляді.
3.3. Моніторинг ефективності та корекція лікування	Існує доказова база доцільності моніторингу пацієнтів із ПТСР для підвищення ефективності лікування.	Моніторинг пацієнтів, яким призначено АД: 1. Всім пацієнтам встановлюється дата контрольного огляду через 2 тижні після призначення терапії АД, після цього – кожні 2-4 тижні у перші 3 місяці лікування. 2. При позитивному ефекті лікування подальші контрольні огляди можливо проводити через більш тривалі проміжки часу. 3. Пацієнтам молодше 30-ти років, призначається дата контрольного огляду не пізніше, ніж через 1 тиждень після призначення терапії АД (у зв'язку з високим ризиком суїциду у цій віковій групі). 4. Рекомендується встановити регулярний телефонний контакт з пацієнтом (лікарський або сестринський – при наявності відповідної підготовки медичної сестри). 5. З пацієнтами, які не з'явилися на повторний огляд, встановлюється активний зв'язок. 6. Під час огляду та при телефонному контакті проводиться контроль прихильності до лікування, підтримка мотивації та надання рекомендацій. 7. Відміна АД по закінченню курсу лікування проводиться поступово – зменшення дози упродовж 4-х тижнів, при виникненні симптомів відміни – упродовж більш тривалого терміну. 8. Ведеться Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о).

3.3. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКАРІВ, ЩО ПРОВАДЯТЬ ГОСПОДАРСЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК ФІЗИЧНІ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦІ, ЯКІ НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика		
1.1. Клініко-анамнестичний та	Рекомендується, щоб лікар-психіатр при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя	Обов'язкові: Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу. 1. Збір та оцінка даних (демографічні дані

<p>клініко-психопатологічний методи</p>	<p>керувався методиками, зазначеними УКПМД</p>	<p>в</p> <p>пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-V.</p> <p>2.Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у т.ч. зловживання неспиритними препаратами); наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори.</p> <p>3.Оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінки (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та адиктивної поведінки.</p> <p>4.Здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та інші).</p> <p>5.Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, адиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями).</p> <p>Бажані:</p> <p>1. Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю та опитувальника симптомів ПТСР (PTSD, CheckList-PCL).</p>
<p>1.2. Психодіагностичний метод</p>	<p>Обсяг психодіагностичного обстеження визначається його метою: постановка</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS-5);</p> <p>2. Контрольний список ПТСР для DSM-V (PCL-5);</p>

	<p>діагнозу (оцінка симптомів, синдромів); оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи; визначення мішеней психокорекції / психотерапії і ресурсів особистості. Діагностика і втручання повинні розглядатися в контексті часу, що пройшов з моменту травматичної події</p>	<p>3. Контрольний список життєвих подій для DSM-V (LEC-5).</p> <p>Бажані: За наявності відповідних симптомів</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Госпітальна шкала тривоги і депресії; 2. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D); 3. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A); 4. Пітсбургський опитувальник якості сну. <p>Для визначення мішеней психотерапії / психокорекції</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опитувальник якості життя – FS-36 тощо; 2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R); 3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Нейм (в адаптації Л.І. Васермана).
<p>1.3. Методи нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації</p>	<p>Дані дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики</p>	<p>Бажані (здійснюються за необхідності верифікації органічного ураження головного мозку з метою проведення диференційної діагностики або наявності коморбідної патології органічного походження – ЧМТ, нейроінфекції)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ЕЕГ; 2. КТ або МРТ.
<p>2. Лікування</p>		
<p>2.1. Психотерапія та психокорекція</p>	<p>Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування, неефективність наданої первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування у ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції; 2. ТФ-КПТ; 3. ДПРО; 4. Встановлення терапевтичного альянсу. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Стрес-менеджмент; 2. Сімейна психотерапія. <p>- ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГРС – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР – 8-12 сеансів, в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена (сесійно по 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, з проблемами соціальної адаптації, в залежності від часу початку психотерапії</p>

		<p>та терапевтичної відповіді.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше, ніж через два тижні після пережитої травми. - Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції та фармакотерапії. - Групова КПТ (травмофокусована або не травмофокусована), короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені в якості додаткових, але не повинні розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії. - У випадках, коли проблеми зі сном не можуть бути врегульовані за допомогою запевнення та надання першої психологічної допомоги, для дорослих може бути доцільним додаткове застосування фармакотерапії.
<p>2.2. Фармако-терапія</p>	<p>Фармакотерапія ПТСР не повинна розглядатися як рутинна терапія першого ряду, замість психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі.</p> <p>Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування ГСР і супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше 4 тижнів) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо при</p>	<p>Обов'язкові</p> <p>Лікування АД має розглядатися в якості терапії ПТСР у дорослих у тому випадку, коли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пацієнт не бажає проходити лікування за допомогою психотерапії; - пацієнт не досить стабільний для залучення до психотерапії (ауто / гетероагресивна поведінка); - пацієнт не отримав задовільних результатів від лікування психотерапією; - пацієнт має велику кількість дисоціативних симптомів, які можуть значно посилитися при застосуванні психотерапії. <p>Для осіб, в анамнезі яких були випадки депресії і які мали позитивну реакцію на лікування медикаментозними препаратами, повинно розглядатися питання про призначення АД (див. УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)»).</p> <p>У випадках, коли фармакологічне</p>

	<p>наявності надмірного збудження</p>	<p>втручання розглядається в якості лікування для дорослих з ПТСР, повинні вибиратися СІЗЗС як терапія першої лінії, для яких пароксетин та сертралін мають значну доказову базу, або інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.</p> <p>Інші АД нового покоління (зокрема, міртазапін) і трициклічні АД слід розглядати як препарати другої лінії.</p> <p>У випадках, коли приймається рішення приступити до фармакотерапії, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб при необхідності почати допоміжну психотерапію та психокорекцію.</p> <p>У випадках, коли симптоми не реагують адекватно на фармакотерапію, необхідно розглянути наступне:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) збільшити дозування в межах дозволеної норми; б) перейти на альтернативні АД; в) додати атипіві антипсихотики (рисперидон, оланзапін, кветіапін) в якості додаткового препарату; г) тільки в комбінованій терапії (не в монотерапії) відповідно до цільових симптомів додати протисудомні (топірамат, вальпроєва кислота, ламотриджин, прегабалін, буспірон, тразодон), але не бензодіазепіни; д) розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції. <p>У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше 12 місяців.</p> <p>У разі виникнення ризику суїциду пацієнти повинні, як мінімум, раз на тиждень відвідувати лікаря. Якщо немає суттєвого ризику самогубства, спочатку рекомендується відвідувати лікаря раз на два тижні, а в разі виникнення позитивної динаміки через три місяці після початку лікування - рекомендується скоротити частоту відвідування.</p> <p>Пацієнти з ПТСР з коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями, які потребують застосування</p>
--	---------------------------------------	--

		високотехнологічних медичних процедур високої складності, мають бути направлені у ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу.
2.3. Фармако- терапія ПТСР з коморбідною патологією		<p>1. У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь у терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР.</p> <p>2. При поєднанні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно.</p> <p>3. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами).</p>
2.4. Психосоці- альна реабілітація та психоосвіта	<p>Психосоціальна реабілітація може використовуватися в якості додаткової терапії в поєднанні з психотерапією або фармакотерапією. Заходи з реабілітації, які сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатися на перших етапах лікування, а не відкладатись до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психоосвіта; 2. Тренінг соціальних навичок; 3. Тренінг розв'язання проблем (в тому числі для військових – пов'язаних з бойовим минулим). <p>Бажані:</p> <p>Реабілітація має включати психоосвіту людини і членів сім'ї, максимізацію існуючої соціальної підтримки або створення нової, забезпечення отримання професійної підтримки для збереження оптимальних трудової / освітньої продуктивності.</p> <p>З самого початку проведення лікування акцент має бути на заходах професійної, сімейної та соціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності / непрацездатності, пов'язаної з розладами, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.</p> <p>Якщо пацієнт з ПТСР не отримав користі / очікуваного результату від декількох курсів комплексного лікування, необхідно розглянути застосування заходів психосоціальної реабілітації для запобігання або зниження рівня інвалідності / непрацездатності, пов'язаної</p>

		<p>з ПТСР, та для сприяння відновленню, соціальній інтеграції та покращенню якості життя.</p> <p>У випадку, коли симптоми ПТСР не зникають протягом трьох і більше місяців, необхідно розглядати психосоціальну реабілітацію як втручання для запобігання або зниження непрацездатності, пов'язаної з розладом.</p>
2.5. Інші фізичні методи	Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів в якості самостійних методів лікування пацієнтів з ПТСР	<p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лікувальна фізкультура; 2. Фізичні вправи (аеробні та анаеробні); 3. Голкорексфлексотерапія; 4. Транскраніальна магнітна стимуляція.
3. Диспансерний нагляд	<p>Існує доказова база доцільності моніторингу пацієнтів із ПТСР для росту ефективності лікування.</p> <p>Модель ступінчастого догляду спрямована на забезпечення моніторингу осіб, що отримують допомогу, відповідно до тяжкості та складності хворобливого стану. Даний підхід передбачає постійний моніторинг пацієнтів, які є найбільш проблемними, отримують більш інтенсивні втручання, мають підвищений ризик поганої психологічної адаптації</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Спостереження за станом пацієнта на етапі медикаментозної терапії проводиться щоденно впродовж перших двох тижнів, через день впродовж наступних двох тижнів (якщо немає іншої потреби у більш інтенсивному спостереженні, наприклад при відсутності терапевтичного ефекту, ускладненнях від терапії, коморбідних розладах та ін.), та один раз на тиждень після першого місяця терапії, якщо немає потреби в більш інтенсивному спостереженні. 2. Консультації проводяться з частотою, яку встановлює лікар-психіатр, але не рідше, ніж описане вище. 3. Пацієнтам із ПТСР рекомендовано нагляд (у консультативній або диспансерній групах). 4. При передачі відповідальності за продовження призначень у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, лікар загальної практики-сімейний лікар має отримати чітку рекомендацію щодо плану лікування, дозування ліків та очікуваної тривалості лікування.

3.4. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ТРЕТИННУ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Діагностика	Основою комплексної оцінки стану пацієнта є ретельний аналіз, що охоплює відповідну історію життя (у тому числі історію психотравми), сімейний стан, рівень соціального функціонування, професійної працездатності і психічний стан з урахуванням основних дименсій ПТСР, коморбідної психічної патології, суїцидального ризику та якості життя.	Використання високотехнологічних методів клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження (клінічні консилиуми, розбори, технології телемедицини), нейровізуалізації (МРТ, КТ), нейрофізіологічного (ЕЕГ, сомнографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження.
1.1. Клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи	Рекомендується, щоб лікар-психіатр при оцінці ПТСР, супутніх захворювань і якості життя керувався доступними науково-обґрунтованими методиками самозвіту та структурованими клінічними інтерв'ю	<p>Обов'язкові:</p> <p>Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу.</p> <ol style="list-style-type: none"> Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я) з рахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у т.ч. зловживання неспиритними препаратами); наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори. Оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в т.ч. поточного ризику

		<p>для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінки (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та адиктивної поведінки.</p> <p>4. Використання структурованого клінічного інтерв'ю (SCID) та шкали клінічної діагностики (CAPS-5).</p> <p>5. Здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та інші).</p> <p>6. Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, адиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями), чинників рецидивування патології, низької прихильності до терапії / при наявності перерахованих вище ознак.</p>
<p>1.2. Психодіагностичний метод</p>	<p>Обсяг психодіагностичного обстеження визначається його метою: постановка діагнозу (оцінка симптомів, синдромів); оцінка відповіді на попередні лікувальні заходи; визначення мішеней психокорекції / психотерапії і ресурсів особистості.</p> <p>Діагностика і втручання повинні розглядатися в контексті часу, що пройшов з моменту травматичної події.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Міссісіпська шкала ПТСР (цивільний або військовий варіант); 2. Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R); 3. Оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R); 4. Шкала депресії Гамільтона (HAM-D); 5. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A); 6. Методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер в адаптації Т.А. Крюкової. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Опитувальник симптомів травми (Trauma Symptom Inventory-TSI); 2. Тест життєстійкості S. Maddi

		<p>в адаптації Д.А. Леонтьєва, Є.І. Рассказової;</p> <p>3. Методика психологічної діагностики копінг-механізмів Е. Heim (в адапт. Л.І. Васермана);</p> <p>4. Госпітальна шкала тривоги і депресії;</p> <p>5. Тест вибору кольору Люшера;</p> <p>6. Тест AuDIT;</p> <p>7. Шкала рівня особистісної та реактивної тривожності (Спілбергера-Ханіна);</p> <p>8. Міннесотський багатфакторний особистісний опитувальник MMPI-2 (Дж. Бучер, В. Далстром, Дж. Грехем, А. Телліджен та Б. Кеммер);</p> <p>9. Опитувальник для діагностики п'яти факторів особистості Дж. Ховард, П. Медін, Ж. Ховард (в адаптації Л.Ф. Бурлачука, Д.К. Корольова);</p> <p>10. Набір нейропсихологічних тестів (за А.Р. Лурія);</p> <p>11. Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA);</p> <p>12. Пітсбургський опитувальник якості сну;</p> <p>13. Опитувальник якості життя FS-36 тощо.</p>
1.3. Методи нейрофізіологічного обстеження та нейровізуалізації	Здійснюються з метою диференційної діагностики та визначення важкості стану	<p>Бажані</p> <p>здійснюються за необхідності проведення диференційної діагностики з неврозоподібними станами органічного походження (ЧМТ, нейроінфекції)</p> <p>1. МРТ;</p> <p>2. КТ;</p> <p>3. ЕЕГ.</p>
1.4. Лабораторні методи		За необхідності імунологічні дослідження, рівень кортизолу, нейротрансмітерів.
2. Лікування		
2.1. Психотерапія та психокорекція		<p>Обов'язкові:</p> <p>1. ТФ-КПТ (експозиція та когнітивне реструктурування);</p> <p>2. ДПРО.</p> <p>Бажані:</p> <p>1. Стрес-менеджмент;</p> <p>2. Раціональна терапія;</p> <p>3. Сімейна психотерапія.</p>

<p>2.2. Фармакотерапія</p>	<p>При прийнятті рішення використовувати медикаментозне лікування необхідно застосовувати найкращу практику призначення препаратів, у тому числі надання інформації пацієнту до початку лікування, моніторинг та управління побічними ефектами, моніторинг ризику суїциду і відповідну практику відміни або припинення лікування. Роль лікаря в наданні інформації та підтримці є важливим компонентом управління процесом надання допомоги</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На початку терапії рекомендовано оцінити попередню терапію за адекватністю, дозуванням, тривалістю. 2. Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування ГСР і супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше 4 тижнів) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо при наявності надмірного збудження. 3. Для осіб, в анамнезі яких присутні випадки депресії і які мали позитивну реакцію на лікування медикаментозними препаратами, повинно розглядатися питання про призначення АД (див. розділ 4, п. 4.1.5.). 4. У випадках, коли супутні захворювання (наприклад, депресія та тривожні розлади) виражені в досить важкій формі, для того, щоб отримати користь від психотерапії та психокорекції, або у випадку, коли більш швидке усунення симптомів може мати значну клінічну перевагу, необхідно розглянути можливість застосування фармакотерапії, яка має достатню доказову базу для лікування таких захворювань. У випадку, коли пацієнт з ПТСР відповів на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше 12 місяців до поступового виведення. 5. У випадках, коли фармакологічне втручання розглядається в якості лікування для дорослих з ПТСР, повинні призначатися СІЗЗС (сертралін та пароксетин належать до першої лінії терапії). 6. Інші АД нового покоління (зокрема, міртазапін) слід розглядати як препарати другої лінії. 7. У випадках, коли приймається
-----------------------------------	---	--

		<p>рішення приступити до фармакотерапії, необхідно регулярно перевіряти психічний стан людини з тим, щоб при необхідності почати допоміжну психотерапію та психокорекцію.</p> <p>8. У випадках, коли симптоми не реагують адекватно на фармакотерапію, необхідно розглянути наступне:</p> <p>а) збільшити дозування в межах дозволеної норми;</p> <p>б) перейти на альтернативні АД;</p> <p>в) додати рисперидон або оланзапін в якості додаткового препарату;</p> <p>г) розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.</p>
<p>2.3. Фармакотерапія ПТСР з коморбідною патологією</p>		<p>1. У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь в терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР.</p> <p>2. При поєднанні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути можливість лікування двох патологічних станів одночасно.</p> <p>3. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами).</p>
<p>2.4. Психосоціальна реабілітація та психоосвіта</p>	<p>Психосоціальна реабілітація застосовується разом з іншими заходами. Мета такої реабілітації – скорочення термінів інтеграції в суспільство, поліпшення роботи, а не зменшення проявів симптомів</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Психоосвіта;</p> <p>2. Тренінг емоційних реакцій та розв'язання проблем;</p> <p>3. Тренінг розв'язання проблем, пов'язаних з бойовим минулим (для військових).</p> <p>Бажані:</p> <p>1. Арт-терапія;</p> <p>2. Музикотерапія</p>
<p>2.5. Інші методи</p>	<p>Не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів в якості самостійних</p>	<p>Бажані</p> <p>1. Лікувальна фізкультура;</p> <p>2. Фізичні вправи (аеробні та анаеробні);</p> <p>3. Голкорексфлексотерапія;</p>

	методів лікування пацієнтів з ПТСР	4. Транскраніальна магнітна стимуляція.
--	------------------------------------	---

IV. ЕТАПИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Організація надання первинної медичної допомоги пацієнтам із ПТСР у ЗОЗ та лікарями, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці

4.1.1. Програма підготовки лікарів, які надають первинну медичну допомогу, повинна включати основні питання:

- засвоєння практичних методів розпізнавання та діагностики ПТСР;
- формування комунікативних навичок для адекватного спілкування з такими пацієнтами;
- ознайомлення із сучасними методами лікування ПТСР – психотерапевтичними та медикаментозними – та особливостями їх використання; запобігання надмірному призначенню фармакологічних препаратів, зокрема бензодіазепінів, лікарями, які надають первинну медичну допомогу.
- засвоєння психологічних технік управління стресом та навичок психологічного відновлення (можуть використовуватись лікарем загальної практики-сімейним лікарем у разі відсутності можливості направити пацієнта до лікаря-психолога чи лікаря-психотерапевта).

Проведення таких занять доцільно організовувати на етапі розробки і впровадження Локального протоколу медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

4.1.2. Заходи з організації первинної медичної допомоги

1. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі проводять активне виявлення ПТСР серед пацієнтів групи ризику (див. п. 4.2).

2. У разі наявності окремих симптомів для верифікації ПТСР у пацієнтів групи ризику використовують стандартизований опитувальник, який включає 7 питань (Додаток 7). Позитивна відповідь на 4 і більше питань вказує на вірогідність ПТСР.

3. У пацієнтів з вірогідністю ПТСР проводиться аналіз суїцидальних намірів – за допомогою запитання «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?». Пацієнти з високим ризиком суїциду направляються на вторинну медичну допомогу.

4. Обов'язковим компонентом медичної допомоги пацієнту з вірогідністю ПТСР є надання в доступній для нього формі інформації про стан його здоров'я, перебіг захворювання, рекомендації щодо лікування в усній та письмовій формі. Бажано надати пацієнту «Інформаційний лист «Посттравматичний стресовий розлад»» (Додаток 8).

5. До лікаря-психіатра у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу, направляються пацієнти з вірогідністю ПТСР (або лікар-психіатр запрошується на консультацію) для встановлення нозологічного діагнозу.

6. Лікування ПТСР у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, має включати елементи психотерапії (надання інформації, емоційна підтримка, ознайомлення з психологічними техніками управління стресом та навчання навичок психологічного відновлення) та, за необхідності, медикаментозне лікування окремих симптомів. Лікар загальної практики-сімейний лікар може направити пацієнта для немедикаментозних втручань, зокрема психотерапії, до ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.

7. У разі позитивної відповіді на питання № 2 Опитувальника для скринінгу ПТСР (Додаток 7), для скринінгу депресивного розладу лікар загальної практики-сімейний лікар проводить подальше опитування пацієнта з використанням опитувальника PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) (Додаток 1 до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)»). У разі підтверджуючої суми балів він уточнює особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість. Допомога таким пацієнтам надається у відповідності до УКПМД «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)». Пацієнтам з ПТСР, в яких виявлена депресія, в першу чергу призначається медикаментозне та немедикаментозне лікування депресії.

8. Пацієнти, в яких виявлена депресія та які мають високий ризик суїциду, направляються у спеціалізований стаціонар терміново.

4.1.3. Виявлення посттравматичного стресового розладу у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу

Лікарям загальної практики – сімейним лікарям важливо враховувати, що люди з ГСР і ПТСР не завжди звертаються вчасно до лікаря з вираженим занепокоєнням про пережитий травматичний досвід. Часто виникають скарги на перепади настрою, злість, проблеми у відносинах, проблеми зі сном, сексуальні дисфункції чи скарги на загальний фізичний стан, наприклад головний біль, гастроентерологічні проблеми, ревматичні болі і проблеми зі шкірним покривом. Досвід пережитої травматичної події може навіть не бути згаданий. Така проблема виникає, зокрема, при небажанні обговорювати її або звертатися за допомогою. Необхідно також визнати, що існує соціальна стигматизація по відношенню до проблем психічного здоров'я. Страх бути дискримінованим стає перешкодою для деяких людей, і вони замовчують про свої симптоми. Крім того, існує стигма щодо деяких форм травматичних подій, наприклад, таких як сексуальне насильство, яка може стати перешкодою для розповіді про свої проблеми. Лікарю, який проводить скринінг ПТСР, необхідно бути чутливим до таких питань і враховувати це в процесі діагностики ПТСР.

РЕКОМЕНДАЦІЯ 1

При обстеженні пацієнтів, які звертаються до лікаря повторно з неконкретними скаргами на фізичне здоров'я, рекомендується проводити опитування щодо того, чи зазнала людина яких-небудь психотравмуючих подій нещодавно або в минулому, й описати приклади таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо).

РЕКОМЕНДАЦІЯ 2

Якщо людина вказує на будь-яку травматичну подію в анамнезі, то рекомендується застосувати інструменти скринінгу ПТСР. У ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, рекомендовано використовувати метод скринінгу, запропонований Бреслау та співавт. (1999) . Якщо людина відповідає позитивно на 4 або більше запитання анкети, то найбільш вірогідно буде діагностовано ПТСР.

РЕКОМЕНДАЦІЯ 3

Важливо також зазначити, що існують категорії населення, які можуть бути визначені як схильні до ризику, такі як біженці, або ризик пов'язаний з їх професійною діяльністю, наприклад, співробітники служби порятунку, військові, для яких скринінг може проводитися на більш регулярній основі.

Важливо враховувати, що стресогенна ситуація не обов'язково повинна призводити до ПТСР, а може викликати інші психічні розлади, зокрема, фобії і депресії, що потребують уваги, відповідної діагностики і лікування.

4.1.4. Проведення консультування лікарем загальної практики-сімейним лікарем щодо використання психологічних технік управління стресом

Застосування заходів з управління стресом у пацієнтів з ПТСР спрямоване на зменшення симптомів збудження і усунення наслідків тривожних симптомів, що впливають на спосіб життя індивіда. Основні компоненти управління стресом, які використовуються у пацієнтів з ПТСР, включають в себе навчання релаксації, управління диханням (антистресове дихання), методи відволікання, які зупиняють негативні думки.

4.1.5. Показання до призначення антидепресантів пацієнтам з ПТСР на етапі первинної медичної допомоги

Антидепресанти повинні розглядатися в якості лікування ПТСР у дорослих у випадках, коли:

- а) пацієнт не бажає брати участь у психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі;
- б) пацієнт недостатньо стабільний для того, щоб починати психотерапію та психокорекцію, сфокусовану на травмі (в результаті, наприклад, схильності до суїцидальної поведінки) або важкого тривалого побутового стресу (наприклад, побутове насильство);
- в) пацієнт не отримав достатньо хороших результатів від психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі;
- г) пацієнт відчуває велику кількість психологічних симптомів, які можуть значно посилитися протягом психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі.

4.2. Критерії віднесення пацієнта до групи ризику розвитку ПТСР наступні:

- участь у травматичних подіях, таких як катастрофа, війна, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортна пригода, тортури тощо;
- члени сімей учасників екстремальних / травматичних подій.

4.3. Перша психологічна допомога

У зоні катастроф і терористичних актів лікарі швидкої допомоги, працівники сфери психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації повинні зорієнтуватися в ситуації та надати пацієнтам першу психологічну допомогу. Вона включає наступні етапи:

1. Встановлення контакту із пацієнтом у ненав'язливій і співчутливій манері. Для цього:

- назвіть себе й опишіть свою роль;
- попросіть дозволу поговорити;
- поясніть цілі розмови;
- запитайте про нагальні потреби.

2. Забезпечення безпеки й фізичного комфорту:

- впевніться, що пацієнт перебуває у фізичній безпеці, допоможіть зробити оточення безпечнішим, розпитайте про потребу в медикаментах чи інших необхідних засобах (окуляри, милиці та інше);

- повідомте інформацію про ситуацію, пошуково-рятувальні роботи та/або служби;

- запропонуйте пацієнту забезпечити собі певний фізичний комфорт (щоб зменшити почуття безпорадності, бажано заохотити його подбати про такі чинники, як їжа, захист від вітру або освітлення);

- запропонуйте різні форми соціального комфорту та допоможіть зв'язатися з іншими пацієнтами;

- захистіть пацієнта від додаткових травм і потенційних нагадувань про них.

3. Емоційна стабілізація пацієнтів:

- поважайте бажання пацієнта побути на самоті, дайте йому кілька хвилин, не робіть активних спроб втрутитися, спокійно помовчіть і залишайтеся поряд;

- скажіть йому, що ви тут, поблизу, якщо будете потрібні, або повернетесь до нього за кілька хвилин;

- запропонуйте свою підтримку і допоможіть йому зосередити увагу на конкретних почуттях, думках і досяжних цілях;

- заручіться підтримкою родичів / друзів;

- відверто поговоріть про його нагальні проблеми або труднощі;

- надайте інформацію, яка допоможе йому зорієнтуватися в оточенні;

- попросіть вислухати вас, дивлячись вам в очі;

- поясніть, де він знаходиться;

- поговоріть про той аспект ситуації, який знаходиться під контролем, вселяє надію або має позитивний характер;

- запропонуйте робити повільні і глибокі вдихи та видихи;

- попросіть назвати п'ять нейтральних речей, що їх він може бачити, чути та відчувати.

4. Збирання інформації – з'ясуйте нагальні потреби та проблеми пацієнтів, що потребують їх вирішення або негайного направлення до спеціалістів:

- характер і тяжкість пережитого досвіду;

- загибель близької людини;

- тривоги щодо життєвих обставин і загроз після катастрофи;

- розлука з близькими або тривога про їхню безпеку;

- фізична хвороба, психіатричні розлади, потреба в медикаментозному лікуванні;

- втрати, зазнані в результаті катастрофи;

- потреби в додаткових допоміжних послугах.

5. Практична допомога пацієнтам, щоб задовольнити їх нагальні потреби:

- уточніть нагальні потреби;

- обговоріть план дій;

- посприйте пацієнтам дієво.

6. Встановлення зв'язку із джерелами соціальної підтримки:

- забезпечте зв'язок з основними особами, здатними надати підтримку (родичами тощо);

- рекомендуйте пацієнтам звертатися за підтримкою до тих, хто зараз є на місці;

- обговоріть способи пошуку та надання підтримки;

- підшукайте можливих помічників;

- поясніть пацієнту, як він може допомогти іншим.

7. Надання інформації щодо стратегії подолання стресу:

- розкажіть пацієнту про стресові реакції та їх подолання;
- побудуйте розмову навколо індивідуальних реакцій пацієнта;
- обговоріть можливі негативні та позитивні реакції;
- уникайте патологізації реакцій;
- обговоріть негативні та позитивні способи подолання стресових реакцій

(зокрема – гніву, пригніченості, порушень сну).

8. З'єднання пацієнтів із суміжними службами та з установами, які надавали їм послуги до катастрофи, або які необхідні в даний момент:

- психіатрична допомога;
- медична допомога;
- духовна підтримка;
- дитячі соціальні служби, школи.

Перша психологічна допомога має на меті забезпечити безпеку пацієнта, встановити зв'язок із реабілітаційними ресурсами, послабити стресові реакції, допомогти пацієнту розвинути навички коротко- і довготривалого подолання стресу та зміцнити природну психологічну стійкість пацієнта.

Не рекомендується проводити психологічний дебрифінг на загальній основі, не рекомендується неселективно використовувати психологічний дебрифінг після виникнення потенційно травматичної події. Після потенційно травматичної події рутинні психологічні консультації не рекомендується. Найкращим підходом до надання допомоги людям після отримання ними потенційно травматичного досвіду є практична та емоційна підтримка, заохочення використання адаптивних копінг-стратегій та соціальної підтримки.

4.4. Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра/на госпіталізацію у ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу

Клінічна ситуація	Консультація / Госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація / Госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація / Госпіталізація
Диференційний розлад (біполярний розлад, зловживання психоактивними речовинами)	Консультація
Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з ДР)	Консультація
Відсутність ефекту лікування пацієнтів ПТСР впродовж 4-6 тижнів	Консультація
Погіршення соматичного стану внаслідок терапії, що проводиться	Консультація
Побажання пацієнта	Консультація

Пацієнти з ПТСР та депресією, що супроводжується ризиком суїциду або загрозою насильства стосовно оточуючих, направляються до спеціалізованого стаціонару терміново.

4.5. Алгоритм діагностики та лікування ГСР та ПТСР на вторинній (спеціалізованій) та третинній (високоспеціалізованій) медичній допомозі

Надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам з ГСР та ПТСР передбачає використання високотехнологічних методів клініко-психопатологічного та клініко-анамнестичного дослідження (клінічні консилиуми, розбори, технології телемедицини), нейровізуалізації (МРТ, КТ), нейрофізіологічного (ЕЕГ, сомнографія), психодіагностичного, психометричного та психофізіологічного дослідження.

У процесі діагностики береться до уваги все, що стосується історії про травму, історії попередньої травми, самої травматичної події, психічного стану в минулому, до травми і поточного (психічний стан в минулому є особливо важливим у випадках, коли травматичні події включають в себе сексуальне або фізичне насильство у минулому), наявності та періодичності симптомів ПТСР, а також будь-яких супутніх захворювань (включаючи вживання алкоголю, наркотиків та інших психоактивних речовин). Особлива увага приділяється питанням фізичного здоров'я. Це може включати питання, пов'язані з ушкодженнями, що виникають внаслідок травматичного інциденту і ведуть до зміни ставлення до здоров'я після інциденту, з супутніми патологіями або проблемами, що розвиваються, зі здоров'ям і можливими препаратами, які були прописані для вирішення проблем зі здоров'ям. Також оцінюються інші характеристики якості життя, такі як фізичне здоров'я, сімейне та професійне становище, правовий та фінансовий стан.

ГСР та ПТСР характеризуються чотирма типами симптомів: симптоми повторного переживання травматичної події, такі як нав'язливі спогади чи сни; симптоми уникання, такі як уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних з травматичною подією; симптоми заціпеніння, такі як почуття відстороненості від інших; і симптоми підвищеної збудливості, такі як поганий сон, дратівливість і надмірна настороженість. Є дві ключові відмінності між ГСР та ПТСР. По-перше, на відміну від ПТСР, при ГСР особливий акцент ставиться на наявності симптомів дисоціації, а саме відчуття відстороненості та приголомшеності, деперсоналізації і дереалізації. Друга відмінність полягає у тривалості симптомів; ГСР діагностується у період від двох днів до одного місяця після впливу травматичної події, в той час, як ПТСР діагностується в період, як мінімум, одного місяця після травматичної події.

Діагностика ГСР та ПТСР здійснюється відповідно до критеріїв МКХ-10 (рубрика F4).

Діагностичний алгоритм включає також виділення контингенту осіб, які зазнали впливу травмуючих подій, мають симптоми дистресу та відповідають іншим рубрикам МКХ-10:

- Проблеми, пов'язані з фізичними факторами зовнішнього середовища (Z58);
- Проблеми, пов'язані з труднощами підтримки нормального способу життя (Z73);
- Особисті потрясіння, перенесені у 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 лиха, військових та інших ворожих подій (Z65.5).

Комплекс терапевтичних заходів включає травмофокусовані впливи, які є пріоритетними, фармакотерапію, психосоціальну реабілітацію та інші фізичні методи.

Дорослі з ГСР та ПТСР мають бути забезпечені психотерапевтичним та психокорекційним травмофокусованим втручанням з використанням ТФ-КПТ та ДПРО, що включають експозицію та когнітивне реструктурування. ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГСР – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР – 8-12 сеансів в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді (для пацієнтів з коморбідною патологією, тривалою та повторною травмою з нестійким терапевтичним альянсом можуть знадобитися додаткові сеанси).

Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі (стрес-менеджмент), та фармакотерапії.

Допомога здійснюється мультидисциплінарною командою за участю лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога, психолога, практичного психолога та інших відповідних фахівців. До надання допомоги залучаються волонтери, ветерани-комбатанти, соціальні працівники, члени родин пацієнтів та представники громадських організацій.

Не повинна надаватися перевага фармакологічним засобам перед травмофокусованою терапією, але їх використання може розглядатись в тому випадку, коли людина не готова чи не бажає залучатись або не має доступу до отримання лікування за допомогою травмофокусованої терапії, якщо дані особи мають додаткові проблеми з психічним здоров'ям, такі як депресія, або вони не досягли покращення від застосування травмофокусованої терапії. У випадку застосування фармакологічних засобів, перевага повинна віддаватись СІЗЗС.

Лікування АД повинно розглядатись як доповнення до психотерапії та психокорекції у дорослих, в яких основні симптоми ПТСР є важкими і перешкоджають пацієнтові отримати користь від психотерапевтичного та психокорекційного втручання.

Лікарям-психіатрам у своїх оцінках слід звернути увагу на наявність та вираженість супутніх захворювань з метою врахування їх можливого впливу на процес і результати лікування.

Заходи з реабілітації, що сприяють оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню, повинні регулярно призначатись на перших етапах лікування, а не відкладатись до моменту, коли захворювання перейде в хронічний стан.

Така реабілітація має передбачати психоосвіту не тільки самої особи із ПТСР, а й членів її родини, а також максимальну можливу соціальну та професійну підтримку для збереження оптимальної трудової та/або освітньої продуктивності.

4.6. Фармакотерапія посттравматичного стресового розладу з коморбідною патологією

У випадках, коли тяжкість супутньої депресії виключає ефективну участь у терапії та/або пов'язана з високим ризиком суїциду, рекомендується мінімізувати суїцидальний ризик та депресивну симптоматику до лікування ПТСР. При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин необхідно розглянути

можливість лікування двох патологічних станів одночасно. При сполученні ПТСР із залежністю від психоактивних речовин компоненти лікування ПТСР, сфокусовані на травмі, не повинні застосовуватися, поки особа, яка страждає на ПТСР, не продемонструє здатність керувати розладом без застосування психоактивних речовин та відвідувати терапевтичні сеанси, не перебуваючи під впливом алкоголю або наркотиків. У контексті ПТСР і зловживання психотропними препаратами, коли приймається рішення першочергово лікувати залежність від психоактивних речовин, лікування повинно включати інформацію про ПТСР і стратегії боротьби з симптомами ПТСР, а також інформацію про те, як людина може контролювати свою залежність. Якщо ПТСР поєднується з будь-якою церебральною (ЧМТ) або соматичною патологією, лікування таких станів здійснюється одночасно (згідно з відповідними медико-технологічними документами).

4.7. Організація медичної допомоги військовослужбовцям і працівникам військових формувань та правоохоронних органів, які мають гострий стресовий розлад, розлади адаптації та посттравматичний стресовий розлад

Зазначена допомога надається відповідно до загальної схеми, форм і методів лікування, визначених відповідними медико-технологічними документами (у тому числі щодо здійснення необхідного скринінгу) для дорослих осіб з урахуванням специфіки, притаманної популяції діючих та колишніх військовослужбовців і працівників військових формувань та правоохоронних органів, у тому числі Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Служби безпеки України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби, Державної фіскальної служби, Служби зовнішньої розвідки, Управління державної охорони.

Допомога безпосередньо здійснюється лікарями загальної практики-сімейний лікарями, лікарями-терапевтами, лікарями-психіатрами, лікарями-психотерапевтами, лікарями-психологами та практичними психологами, іншими спеціалістами відомчих служб медичного та психологічного забезпечення зазначених вище центральних органів виконавчої влади з використанням необхідного обладнання та можливостей відомчих медико-лікувальних, санаторно-курортних закладів, медико-реабілітаційних центрів, а також фахівцями закладів, визначених Державною службою у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції для проведення медико-психологічної реабілітації.

За умов участі пацієнта у військових діях або антитерористичних операціях діагностика здійснюється з використанням військового варіанта Міссісіпської шкали, травмофокусовані впливи базуються на когнітивному реструктуруванні (в ініціальному періоді психотерапії), до формування терапевтичного альянсу та комплайєнтності залучаються побратими-комбатанти та волонтери.

4.8. Особливості надання медичної допомоги дітям

Діагностика

Діти дошкільного віку піддаються дії таких потенційно травматичних факторів, як фізичне та сексуальне насильство, емоційна депривація і неналежний догляд з боку групи первинної підтримки (занедбаність), укуси тварин, інвазивні медичні процедури.

Робоча група акцентує увагу на високому рівні травматизації дитячого населення і на тому, що поширеність ПТСР серед дошкільнят значно нижче, ніж у дітей шкільного віку та дорослих.

Результати дослідження продемонстрували, що при використанні більш чутливих критеріїв дітей з ПТСР виявлялося в три-вісім разів більше, ніж при використанні критеріїв МКХ-10 та DSM-IV. Спираючись на ці результати, прийнято рішення не лише змінити критерії ПТСР в DSM-V, але і виділити окремий підтип ПТСР для дітей дошкільного віку. Діагностичні критерії ПТСР для дітей більш старшого віку, підлітків і дорослих, в порівнянні з DSM-IV, майже не змінилися. Різниця між гострим і хронічним ПТСР були усунені, так як існуючих доказів для обґрунтування корисності такої диференціації виявилось недостатньо.

«Розлад реактивної прихильності» і «розгальмований розлад соціальної активності» виділені як розлади формування прихильності між дитиною та сім'єю при травматизації, зумовленій занедбаністю (відсутністю адекватного догляду в дитячому віці).

Для діагностики та типологізації розладів психіки та поведінки, пов'язаних зі стресом у дітей у віці до 18 років, одночасно з критеріями МКХ-10 мають використовуватися діагностичні критерії DSM-V. Мають виділятися наступні діагностичні категорії: 1) реактивний розлад прихильності, 2) розгальмований розлад соціальної активності, 3) ПТСР, 4) ПТСР дітей у віці 6 років і молодше, 5) гострий стресовий розлад, 6) розлад адаптації, 7) пов'язані зі стресом тривожні розлади, 8) пов'язані зі стресом розлади настрою.

Первинний скринінг проводиться лікарем загальної практики-сімейним лікарем, лікарем-педіатром, лікарем-психіатром дитячим на підставі безпосереднього медичного огляду, клінічних інтерв'ю з дитиною та її батьками, в разі потреби, з іншими особами з групи первинної підтримки з використанням науково-обґрунтованих методів оцінювання.

Обов'язкові дії лікаря включають:

1. Загальний медичний огляд для виявлення поранень, фізичних ушкоджень, ознак фізичного та сексуального насильства;
2. Напівструктуроване інтерв'ю для інвентаризації наслідків травматичних подій – Traumatic Event Sequelae Inventory (TESI);
3. Напівструктуроване інтерв'ю з батьками, вихователями та вчителями дітей у віці 5-17 років, дітей у віці 11-17 років для виявлення симптомів розладів психіки та поведінки та оцінки вірогідності встановлення діагностичних категорій за МКХ-10 та DSM-V (DAWBA) (<http://www.dawba.com/>).
4. Бажаним є ретельне оцінювання особливостей дитячої реакції на стрес з використанням формалізованого батьківського звіту про дитячу реакцію на стрес - Parent Report of Child's Reaction to Stress.

Остаточна діагностика проводиться виключно лікарем-психіатром дитячим на підставі клініко-анамнестичного дослідження, інтерв'ю з дитиною, батьками дитини, іншими людьми з групи первинної підтримки дитини з використанням науково-обґрунтованих методів оцінювання.

Діагностика здійснюється шляхом оцінювання за діагностичними критеріями МКХ-10, у віці 6 років і молодше за діагностичними критеріями DSM-V.

Для остаточної діагностики бажане використання спеціальних інструментаріїв для формалізованого оцінювання симптомів травми та коморбідних психічних розладів:

1. Клінічна шкала ПТСР для дітей та підлітків - Clinician-Administered PTSD Scale for Children & Adolescents (CAPS-CA);
2. Шкала для оцінювання симптомів травми у дітей - Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC);

3. Інструментарії для оцінювання коморбідних розладів психіки та поведінки у дітей.

Профілактичні заходи

Розвиток дитини після її травматизації обумовлює порушення інтеграції сенсорної, емоційної і когнітивної інформації, може призводити до формування реактивної лабільності, що, в свою чергу, стає причиною дисфункціональних відповідей на стресову ситуацію. Заходи вторинної профілактики здійснюються на долікарняному рівні безпосередньо в громаді як заходи первинної психологічної допомоги.

Діти після травматизації можуть мати широкий спектр аномалій розвитку: від затримок розумового розвитку та специфічних розладів розвитку, що створюють проблеми при навчанні (learning disability), до антисоціальної поведінки з агресією, спрямованою на себе та інших, і потребують психолого-педагогічної підтримки.

Заходи вторинної профілактики мають включати заходи, спрямовані на:

- підвищення стійкості до стресу,
- забезпечення безперервності звичного способу життя для дитини,
- активацію підтримки з боку групи первинної підтримки,
- забезпечення корекційно-педагогічного супроводу (в разі потреби),
- психоосвітню роботу з батьками, спрямовану на підвищення ефективності управління поведінкою дитини;
- моніторинг наявності належної підтримки дитини з боку групи її первинної підтримки, виявлення та запобігання випадкам насильства, сексуального насильства в родині.

Залучення батьків, інших законних представників дитини, а також вихователів/вчителів, дуже важливе при роботі з дітьми і підлітками, так як саме вони зазвичай приводять/направляють їх для обстеження та лікування. Крім того, діти – це частина системи (зазвичай сім'ї), тому при обстеженні і лікуванні необхідно брати до уваги всю систему. В разі, якщо люди з групи первинної підтримки дитини не забезпечують належний рівень її життєво необхідних потреб, є джерелом насильства чи сексуального насильства, дитині має бути створене безпечне середовище з використанням процедур ювенальної юстиції.

Лікування

Застосовуються переважно методи психологічного лікування, які спираються на принципи наукової доказовості. Спеціалізовані психотерапевтичні втручання проводять лікарі-психологи, лікарі-психотерапевти, психологи, лікарі-психіатри (дитячі), які мають спеціальну підготовку та сертифікацію відповідних професійних асоціацій.

Важливим є залучення до терапії батьків, інших законних представників дитини, а також вихователів / вчителів. В соціально дезадаптованих родин, родин, в яких дитина отримує вторинну травматизацію внаслідок насильства чи сексуального насильства з боку групи первинної підтримки терапії, має передувати створення безпечних умов для дитини, психологічні втручання мають проводитися окремо від батьків.

Фармакологічне лікування в педіатричній практиці має переважно застосовуватися при наявності депресивних та тривожних розладів, а також при наявності порушень тяжких порушень активності та уваги.

Методи психологічного лікування:

- психоосвітня робота з групою первинної підтримки дитини (недирективне консультування);
- ТФ-КПТ;
- ДПРО;
- управління стресом.

Методи психологічного лікування з обмеженими доказами терапевтичної ефективності

- групова КПТ;
- психодинамічна терапія;
- дебрифінг.

Лікарські засоби

СІЗЗС рекомендовані при тривожно-фобічних розладах, obsесивно-компульсивній симптоматиці. Не рекомендовані трициклічні АД та пароксетин.

Бета-блокатори рекомендовані при надмірному психомоторному збудженні.

Альфа-адренергічні агоністи рекомендовані при нічних кошмарах, імпульсивності, гнівливості.

Психостимулятори (метилфенідат) рекомендовані при імпульсивності, гнівливості, дисфоріях, які не можуть бути контрольовані методами психологічного лікування.

СІЗЗН рекомендовані при формуванні межового розладу особистості.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**НАКАЗ****15.04.2008 N 199**

Зареєстровано в Міністерстві юстиції
України 3 липня 2008 р. за N 577/15268

Відповідно до частини 3 статті 32 Основ законодавства України про охорону здоров'я (в редакції Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів і заняття народною медициною (цілительством)» від 17 травня 2007 року N 1033-V)

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, що додається.
2. Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України (Жданова М.П.) забезпечити у встановленому порядку державну реєстрацію цього наказу в Міністерстві юстиції України.
3. Скасувати наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.10.2007 N 658 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу».
4. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра Митника З.М.

Міністр

В.М.Князевич

ПОРЯДОК

застосування методів психологічного
і психотерапевтичного впливу

1. Порядок застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, розроблений відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України «Про психіатричну допомогу», «Про соціальні послуги», «Про освіту», «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» встановлює єдині вимоги до застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу, у тому числі щодо місць застосування таких методів.

2. Психологічний вплив є вживання спрямованих дій на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для формування певної системи уявлень, дій та відношень, які суб'єктивно сприймаються особою як особисто приналежні.

3. Психотерапевтичний вплив є застосування методів, спрямованих на психіку людини, усвідомленого або неусвідомленого характеру за допомогою переконання, психологічного преформування або сугестії для лікування, реабілітації і профілактики розладів здоров'я особи.

4. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу можуть застосовуватися виключно з метою:

а) психологічного забезпечення навчально-виховного процесу у навчальних закладах;

б) визначення, корекції, реабілітації, профілактики порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини;

в) діагностики, корекції, лікування, реабілітації, профілактики розладів психічного стану людини, корекції особистості.

5. Особи, які можуть застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу як професійну діяльність:

5.1. Психолог - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Психологія» (магістр, спеціаліст).

5.2. Лікар-психолог - фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст,) за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «медична психологія».

5.3. Лікар-психотерапевт - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психотерапія».

5.4. Лікар-психіатр - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психіатрія».

5.5. Лікар-нарколог - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «наркологія».

5.6. Лікар-сексопатолог - фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «сексопатологія».

6. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності:

6.1. Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах:

визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація);

психологічне забезпечення навчально-виховного процесу (визначення психофізичного розвитку дітей, психолого-педагогічна корекція, профілактика, реабілітація).

6.2. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога:

діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).

6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта:

діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний.

6.4. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психіатра:

застосування методів індивідуальної психокорекції (які були набуті при підготовці на циклах спеціалізації зі спеціальності "психіатрія", тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та

стажування за затвердженими навчальними планами і програмами) у лікувально-реабілітаційному процесі осіб з розладами психіки і поведінки.

6.5. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-нарколога:

застосування методів індивідуальної психокорекції (які були набуті при підготовці на циклах спеціалізації зі спеціальності "наркологія", тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами) у лікувально-реабілітаційному процесі осіб з розладами психіки і поведінки.

6.6. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-сексопатолога:

застосування методів індивідуальної психокорекції (які були набуті при підготовці на циклах спеціалізації зі спеціальності "сексопатологія", тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами) у лікувально-реабілітаційному процесі осіб з розладами психіки і поведінки.

6.7. Застосування методів психотерапевтичного і/або психологічного впливу відносно осіб з наявністю розладів психіки і поведінки може здійснюватися спеціалістами, які мають відповідну підготовку зі спеціальностей «психотерапія», «медична психологія», «психіатрія», «наркологія».

6.8. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу, які були набуті при підготовці на циклах тематичного удосконалення з психотерапії та медичної психології, курсах інформації та стажування за затвердженими навчальними планами і програмами, в медичній практиці можуть використовувати лікарі інших спеціальностей.

7. Методи психологічного і психотерапевтичного впливу можуть застосовуватися лише за усвідомленою згодою інформованої дієздатної особи, відносно якої вони застосовуються, або за згодою її законного представника.

8. Місця застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу:

8.1. Місця застосування методів психологічного впливу з метою визначення, корекції, реабілітації, профілактики порушень взаємин людини з оточуючим соціальним середовищем у закладах Міністерства праці та соціальної політики України визначаються відповідно до Закону України «Про соціальні послуги». До

роботи в соціальних службах для співучасті в наданні соціально-медичних послуг за потребою можуть залучатися лікарі-психологи і психотерапевти.

8.2. Місця застосування методів психологічного впливу з метою психологічного забезпечення навчально-виховного процесу у закладах Міністерства освіти і науки України визначаються відповідно до Закону України «Про освіту». До роботи в психологічній службі системи освіти України для розширення діагностичних, корекційних, реабілітаційних і профілактичних заходів за потребою можуть залучатися лікарі-психологи і психотерапевти.

8.3. Місцями застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу з метою діагностики, лікування, профілактики, реабілітації розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний, корекції психічного стану людини, її особистості мають бути психотерапевтичні кабінети, відділення, центри у закладах охорони здоров'я за умови дотримання ними ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики.

9. Психологічний і психотерапевтичний вплив в лікувально-профілактичних закладах застосовується:

за самозверненням особи або її законного представника;

за направленням лікарів будь-якої спеціальності лікувально-профілактичного закладу або органу охорони здоров'я.

10. Забороняється застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу особам, які мають дозвіл на заняття народною медициною (цілительством), без вищої психологічної або медичної освіти та відповідної післядипломної освіти.

Директор Департаменту організації медичної допомоги

М.П.Жданова

ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ А. БЕКА (А. ВЕСК)

Опитувальник депресії А. Бека відноситься до суб'єктивних шкал, які заповнюють самі хворі. Призначений він для визначення ступеню тяжкості депресивної симптоматики. Складається з 13 груп стверджувальних висловлень, кожна з яких відображає той чи інший депресивний симптом. При цьому перша з можливих відповідей оцінюється в 0 балів, друга – у 1 бал, третя – у 2 і четверта – у 3 бали. Рівень депресії вище 19 балів вважається клінічним проявом депресивного синдрому. Рівень вище 24 балів відображає важку депресивну симптоматику.

Вручення опитувальника пацієнту супроводжується інструкцією: «Цей опитувальник містить групи тверджень. Уважно прочитайте кожен групу тверджень. Потім визначите в кожній групі одне твердження, що найкраще відповідає тому, як Ви себе почували НА ЦЬОМУ ТИЖНІ І СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля обраного твердження. Якщо кілька тверджень з однієї групи здаються Вам однаково добре придатними, то поставте галочки біля кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, переконаєтеся, що Ви прочитали всі твердження в кожній групі».

Шкала депресії А. Бека:

Дослідження № _____ Пацієнт _____ Дата _____ Вік _____

1	2
<p>А. 0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, тужливо. 2. Мені весь час тужливо чи сумно і я нічого не можу із собою зробити. 3. Мені так сумно та сумно, що я не можу цього винести.</p>	<p>З. 0. Я не втратив інтерес до інших людей. 1. Мене менше, ніж раніше, цікавлять інші люди. 2. Я практично втратив інтерес до інших і майже не маю ніяких почуттів до них. 3. У мене втрачено будь-який інтерес до інших, вони мене зовсім не турбують.</p>
<p>Б. 0. Я дивлюся в майбутнє без особливого розчарування. 1. Відчуваю розчарування в майбутньому. 2. Я відчуваю, що мені нічого чекати в майбутньому. 3. Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і повороту до кращого бути не може.</p>	<p>І. 0. Я приймаю рішення приблизно так само легко, як завжди. 1. Я намагаюся відстрочити прийняття рішень. 2. Прийняття рішень представляє для мене величезні труднощі. 3. Я більше зовсім не можу приймати рішення.</p>

<p>В.</p> <p>0. Я не відчуваю невдахою.</p> <p>1. Мені здається, що невдачі траплялися у мене частіше, ніж в інших людей.</p> <p>2. Коли оглядаюся на своє життя, я бачу лише ланцюг невдач.</p> <p>3. Я відчуваю, що зазнав невдачі як особистість (батько, чоловік, дружина).</p>	<p>К.</p> <p>0. Я не відчуваю, що виглядаю скільки-небудь гірше, ніж звичайно.</p> <p>1. Мене турбує те, що я виглядаю старим і не привабливим.</p> <p>2. Я відчуваю, що в моєму зовнішньому вигляді відбуваються постійні зміни, які роблять мене не привабливим.</p> <p>3. Мені здається, що викликаю відазу.</p>
<p>Г.</p> <p>0. Я не відчуваю ніякої особливої незадоволеності.</p> <p>1. Ніщо не радує мене так, як раніш.</p> <p>2. Ніщо більше не дає мені задоволення.</p> <p>3. Мене не задовольняє усе.</p>	<p>Л.</p> <p>0. Я можу працювати приблизно так добре, як і раніше.</p> <p>1. Мені потрібно робити додаткові зусилля, щоб щось зробити.</p> <p>2. Мені треба із зусиллям пересилювати себе, щоб щось зробити</p> <p>3. Я зовсім не можу виконувати ніяку роботу</p>
<p>Д.</p> <p>0. Не відчуваю ніякої особливої провини.</p> <p>1. Багато часу я відчуваю себе кепським і нікчемним.</p> <p>2. Маю досить сильне почуття провини.</p> <p>3. Я відчуваюсь дуже кепським і нікчемним.</p>	<p>М.</p> <p>0. Я утомлююся нітрохи не більше, ніж за звичай.</p> <p>1. Я стомлююся швидше, ніж раніше.</p> <p>2. Я стомлююся від будь-якого заняття.</p> <p>3. Я утомився займатися будь-чим.</p>
<p>Є.</p> <p>0. Я не відчуваю розчарування в собі.</p> <p>1. Я розчарований у собі.</p> <p>2. Маю відразу до себе.</p> <p>3. Я ненавижду себе.</p>	<p>Н.</p> <p>0. Мій апетит такий, як звичайно.</p> <p>1. Мій апетит не так хороший, як бувало.</p> <p>2. Мій апетит тепер набагато гірше.</p> <p>3. У мене зовсім немає апетиту.</p>
<p>Ж.</p> <p>0. У мене немає ніяких думок про самоушкодження.</p> <p>1. Я відчуваю, що мені було б краще вмерти.</p> <p>2. Маю визначені плани здійснення самогубства.</p> <p>3. Я покінчу із собою за першої нагоди.</p>	
<p>Загальна сума балів:</p>	

**ОПИТУВАЛЬНИК СУЩІДАЛЬНОГО РИЗИКУ (ОСР) ШМЕЛЕВА А.Г.
(МОДИФІКАЦІЯ РАЗУВАЄВОЇ Т.Н.).**

Інструкція: Перед Вами ствердження, в бланкі для відповідей поставте, будь ласка, у випадку погодження з твердженням «+», при непогодженні «-».

1. Ви все відчуваєте гостріше, ніж більшість людей.
2. Вас часто охоплюють похмурі думки.
3. Тепер Ви вже не сподіваєтесь досягти бажаного становища в житті.
4. У випадку невдач Вам важко почати нову справу.
5. Вам вочевидь не щастить в житті.
6. Працювати Вам стало важче, ніж раніше.
7. Всі інші люди задоволені життям більше, ніж Ви.
8. Ви вважаєте смерть є визволенням?
9. Лише зріла людина может прийняти рішення піти з життя.
10. Часом у Вас бувають напади неспинного сміху чи плачу.
11. За звичай Ви обережні з людьми, які ставляться до Вас дружелюбніше, ніж Ви очікували.
12. Ви вважаєте себе приреченою людиною
13. Мало хто щиро намагається допомогти іншим; це пов'язано з незручностями.
14. У Вас таке враження, що Вас ніхто не розуміє.
15. Людина, котра вводить інших у спокусу, лишає без нагляду цінне майно винувата приблизно так-само, як і той, хто його викрадає.
16. У Вашому житті не було таких невдач, коли, здається, що все скінчино.
17. За звичай, Ви задоволені своєю долею.
18. Ви вважаєте, що завжди треба вчасно поставити крапку.
19. У Вашому житті є люди, прив'язаність до яких може дуже вплинути на Ваші рішення і навіть змінити їх.
20. Коли Вас кривдять, Ви намагаєтесь будь-що довести кривднику, що він вчинив не вірно.
21. Часто Ви так переживаєте, що це заважає Вам говорити.
22. Вам часто здається, що обставини, в яких Ви опинились - особливо несправедливі.
23. Іноді Вам ввижається, що Ви раптом зробили щось ганебне, чи навіть, гірше.
24. Майбутнє здається Вам досить безпросвітнім.
25. Більшість людей здатні ризикувати не зовсім чесним шляхом.
26. Майбутнє надто туманне, щоб планувати щось серйозно.
27. Мало кому в житті довелось пережити те, що я.
28. Ви схильні так гостро переживати негативи, що не можете викинути думки про це з голови.
29. Часто Ви дієте необдуманно, підкорюючись першому пориву.

Обробка та інтерпретація результатів. Бали підраховуються окремо по кожному фактору. Відповідь «так» =1 балу. Кількість тверджень по кожному з факторів приймається за 100. Кількість балів переводиться у відсотки. За цим відсотковим співвідношенням визначають індивідуальний стиль суїцидальної динаміки. Отриманий бал урівнюється у значеннях з урахуванням індекса. Робиться висновок про рівень сформованості суїцидальних намірів і конкретних факторів суїцидального ризику.

Субшкальний діагностический коефіцієнт	Номери тверджень	Індекс
Демонстративність	12, 14, 20, 22, 27	1, 2
Афективність	1, 10, 20, 23, 28, 29	1, 1
Унікальність	1, 12, 14, 22, 27	1, 2
Неспроможність	2, 3, 6, 7, 17	1, 5
Соціальний песимізм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1
Злам культурних бар'єрів	8, 9, 18	2, 3
Максималізм	4, 16	3, 2
Часова перспектива	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1
Антисуїцидальний фактор	19, 21	3, 2

Зміст субшкальних діагностичних концептів

1. Демонстративність (Д). Бажання привернути увагу навколишніх до свого несщастя, добитися співчуття і розуміння. Оцінюване із зовнішніх позицій інколи як «шантаж», «істероїдне випинання труднощів, демонстративна суїцидальна поведінка переживається зсередини, как «крик про допомогу». Найсуїцидонебезпечніші сполучення з емоціною ригідністю, коли «діалог зі світом» може зайти надто далеко. До цієї субшкали відносяться, *пункти № 12, 14, 20, 22, 27* опитувальника.

2. Афективність (А). Домінування емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації. Готовність реагувати на психотравмуючу ситуацію безпосередньо емоційно. У крайньому варіанті - афективна блокада інтелекту. *Пункти № 1, 10, 20, 23, 28, 29.*

3. Унікальність (У). Сприйняття себе, ситуації, і, можливо, власного життя в цілому, как явища виключного, не схожого на інші. А. значить, розуміють виключний варіант виходу, зокрема, суїцид. Ця субшкала тісно пов'язана з феноменом «непроникливості» для досліду, т.то. з недостатнім умінням застосовувати свій і чужий життєвий досвід. *Пункти № 1, 12, 14, 22, 27.*

4. Неспроможність (Н). Негативна концепція власної особистості. Уявлення про власну неспроможність, некомпетентність, непотрібність, «виключення»

товариства. Дана субшкала може бути пов'язана з уявленнями про фізичну, інтелектуальну, моральну та іншу неспроможність. Вона виражає інтрапунітивний радикал. Формула зовнішнього монологу: «Я – поганий». *Пункти № 2, 3, 6, 7, 17.*

5. Соціальний песимізм (СП). Негативна концепція навколишнього світу. Сприйняття світу, як ворожого, що не відображає уявленням про нормальні чи задовільні для людини взаємини з іншими. Соціальний песимізм тісно пов'язаний з екстрапунітивним стилем каузальної атрибуції. У відсутності «Я» спостерігача екстрапунітивність по формулі внутрішнього монологу «Ви всі мені набридли». *Пункти № 5, 11, 13, 15, 17, 22, 25*

6. Злам культурних бар'єрів (СКБ). Культ самогубства. Пошук культурних цінностей і нормативів, що виправдовує суїцидальну поведінку і навіть такою, що робить її до де-якої міри привабливою. Запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури і кіно. В крайньому варіанті - інверсія цінності смерті і життя. У відсутності виражених піків на інших шкалах, це мож говорити, лише про «екзистенції смерті». Можлива внутрішня причина культу смерті - патологічна максимальна змістова установка на самодіяльність: «Вершитель власної долі сам визначає кінець свого існування». *Пункти № 8, 9, 18.*

7. Максималізм (М). Інфантильний максималізм цінносних установок. Розповсюджений на усі сфери життя зміст локального конфлікту в якійсь одній життєвій сфері. Неможливість компенсації. Афективна фіксація на невдачах. *Пункти №4, 16.*

8. Тимчасова перспектива (ТП). Неможливість конструктивного планування майбутнього. Це може бути наслідком сильного занурення у дану ситуацію, трансформацією почуття невирішенності поточної проблеми у глобальний страх невдач і поразок у найбутньому. *Пункти № 2, 3, 12, 24, 25, 27.*

9. Антисуїцидальний фактор (АФ). Навіть при високій вираженості решти факторів є фактор, який знімає глобальний суїцидальний ризик. Це – глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку. Це –розуміння гріховності самогубства, антиестетичності його, страх болю і фізичних страждань; показик наявності рівня передумов для психокорекційної роботи. *Пункти № 19,21.*

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДИКИ БАЛЬНЕОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРУ ТРАВМУ КАТАСТРОФІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ*

Розробники: Лемко І.С., Гайсак М.О., Дичка Л.В., Чайковська Т.В., Малиновська В.Г., Яковенко Н.А., Голубка О.П.

Суть Суть впровадження Методичний підхід до вибору типу природних
впровад мінеральних вод для диференційованої корекції і профілактики
ження: метаболічних порушень у осіб, що перенесли гостру травму
катастрофічного походження.

Пропонуємо до впровадження в практику роботи лікувальних, лікувально-профілактичних і санаторно-курортних закладів методику вибору бальнеологічного типу природних мінеральних вод (МВ) для диференційованої корекції і профілактики метаболічних порушень у осіб, що перенесли гостру травму катастрофічного походження.

Мінімізація впливу наслідків травматичного стресу на соматичне здоров'я і профілактика психосоматичної патології в учасників збройних подій на сході України - одне із найважливіших завдань сучасної медицини катастроф. Крім травматичних ушкоджень, значного переохолодження і збільшення частоти захворювань дихальної системи, нирок, випадків гострих респіраторних інфекцій, важливим патогенетичним фактором розвитку соматичної патології є метаболічні порушення та дистрес адаптаційних реакцій організму, вплив яких триває і у віддалений період. Тривалість цього періоду післядії становить від 6-8 місяців до 2 років. І, якщо тактика надання невідкладної допомоги в гострий період відпрацьована і досить ефективна, віддалений період обмежується методами психологічного та психотерапевтичного впливу. Метаболічні порушення і хронічна психосоматична патологія, як правило, залишаються практично поза увагою. Раннє виявлення цих порушень і їх ефективна корекція можливі лише за умови комплексного і диференційованого застосування медикаментозного лікування, немедикаментозних методів, психотерапії. При цьому ефективність реабілітаційного лікування значно зростає при своєчасно розпочатому, максимально персоналізованому, комплексному лікуванні. На етапі реабілітації найпоказаніші немедикаментозні методи, перш за все природні фактори та їх преформовані аналоги, методи апаратної фізіотерапії.

Показання до застосування: Віддалений період після перенесеної гострої травми катастрофічного походження.

Протипоказання та можливі ускладнення: Протипоказань немає. За умови дотримання методики ускладнень не спостерігається.

Диференційований підхід до вибору бальнеологічного методу ранньої корекції і профілактики метаболічних порушень у осіб, що перенесли гостру травму катастрофічного походження

Субклінічні форми метаболічних порушень, які розвиваються у віддалений період після перенесеної травми гострого катастрофічного походження,

стосуються, перш за все, порушень узгодженого функціонування фізіологічної системи детоксикації організму (органів травлення та сечовидільної системи). Тому з метою їх корекції та профілактики прогресування найпоказаніші немедикаментозні методи, зокрема, питний прийом природних МВ.

Диференційованим критерієм вибору типу МВ для досягнення оптимального антитоксичного ефекту є рівень метаболічної інтоксикації – функціональна стадія, латентний метаболічний ацидоз, лабораторні прояви метаболічної інтоксикації. проводять функціональні дослідження органів верхнього відділу шлунково-кишкового тракту, лабораторне дослідження сечі (рН, рівень екскреції титрованих кислот та амонію, швидкість діурезу), оцінку біохімічного складу крові.

За результатами визначається тип природної МВ як доповнення до призначеної базисної програми реабілітації:

- при виявленні функціональної стадії метаболічної інтоксикації з порушенням узгодженої функції органів гастродуоденальної зони – кислотоутворення, кислотонейтралізації, евакуаторної функції шлунку, евакуаторно-моторної функції жовчовивідних шляхів, дисфункціональних змін панкреатичної секреції) призначаються МВ води багатоконпонентного складу з наявністю гідрокарбонатів та загальною мінералізацією < 3000,0 мг/л;

- при субклінічних явищах метаболічного ацидозу, що проявляється переважанням протягом доби кислої реакції сечі (< 6,0), високим рівнем екскреції титрованих кислот (> 0,85 ммоль/л) і амонію (> 80 ммоль/л) призначається питний прийом МВ буферно-антацидної дії, в аніонному складі яких переважають гідрокарбонати, загальної мінералізації понад 3000 мг/л;

- при виявленні порушень функції природної системи дезінтоксикації, зокрема, гепатобілірної системи та нирок призначаються МВ низької мінералізації (< 3000 мг/л), з наявністю у складі, окрім гідрокарбонатів, сульфатів та кремнієвої кислоти, які мають олузнюючий, холеретичні і діуретичні ефекти;

- при наявності клінічно значимих ознак метаболічної інтоксикації ефективність бальнеологічної антитоксичної терапії може бути підвищена за рахунок додаткового призначення інтенсивніших методів активної детоксикації (ентеросорбенти, інфузійні сорбенти).

Результати власних досліджень:

Ситуаційний аналіз рівня метаболічних порушень та клініко-функціональних особливостей перебігу патології органів гастродуоденальної зони (ерозивний гастродуоденіт, виразка шлунка і дванадцятипалої кишки) проведений у 58 пацієнтів, які зазнали впливу стресогенної ситуації під час військових подій на сході України, з них 17 чоловіків, 41 жінка, віком від 19 до 64 років.

91,4 % пацієнтів відмічали загальне погіршення стану здоров'я після психогенного навантаження, при цьому типова для гастродуоденальної патології сезонність загострень не спостерігалась. Звертає на себе увагу висока частота (94,8 %) клінічних симптомів вегетативної дисфункції та метаболічної інтоксикації (слабкість, втомлюваність, головні болі, дратівливість та ін.), в той час як клінічні прояви шлункової диспепсії були значно менш вираженими і виявлялись лише у третини пацієнтів.

Дослідження рівня метаболічної інтоксикації виявило, що найчастіше (65,5 % обстежених) виявлялась функціональна стадія метаболічної інтоксикації з порушенням функції органів верхнього відділу шлунково-кишкового тракту. При цьому шлункова гіперсекреція виявлялась майже у всіх пацієнтів. Однак показники кислотності лише незначно перевищували норму, а недостатність кислотонейтралізуючої функції виявлялась у більшості пацієнтів (86,2 %). Високою була частота гіпотонії жовчного міхура та відповідно спастичних станів сфінктера Одді (87,9 %), а також реактивних змін підшлункової залози. Субклінічні явища метаболічного ацидозу проявлялися переважанням кислої реакції сечі ($5,7 \pm 0,25$), високим рівнем екскреції титрованих кислот ($0,99 \pm 0,07$ ммоль/л) і амонію ($91,2 \pm 9,3$ ммоль/л) і виявлялися у 27,6 % пацієнтів. Порушення функції природної системи детоксикації, зокрема, печінки та нирок, спостерігались у 6,9 % і проявлялись підвищенням рівнів нормальних метаболітів (печінкових трансаміназ, загального холестерину та його атерогенних фракцій, лужної фосфатази, сечовини, креатиніну та ін.), молекул середньої маси.

Отже, перебіг гастродуоденальної патології у осіб, які зазнали впливу психотравмуючої події, має певні особливості. З урахуванням одержаних результатів визначається бальнеологічний тип природної МВ як доповнення до базисної програми реабілітації.

Запропонований методичний підхід дозволяє виявляти ризик розвитку і прогресування метаболічних порушень у субклінічній період маніфестації та розробити тактику їх своєчасної корекції із застосуванням природних мінеральних вод. Методика проста у виконанні як для пацієнта, так і медичних працівників, інформативна, економічно необтяжлива. Може застосовуватись в лікувальних та лікувально-профілактичних установах охорони здоров'я, які працюють в системі медичної реабілітації, а також санаторно-курортних закладах, їх реабілітаційних відділеннях.

**Інформаційний лист.* – Вип. № 24 – 2017. – Київ: Укрмедпатентінформ МОЗ України, 2017 – 4 с.

ОБҐРУНТУВАННЯ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРУ ТРАВМУ КАТАСТРОФІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ *

Розробники: Лемко І.С., Гайсак М.О., Кудик В.Г., Дичка Л.В., Александрович Т.А., Попадинець Н.А.

Немедикаментозний комплекс на основі методів фізичної медицини в реабілітації осіб, що перенесли гостру травму катастрофічного походження.

Пропонується для впровадження в практику роботи лікувальних, лікувально-профілактичних і санаторно-курортних закладів немедикаментозний комплекс реабілітації осіб, що перенесли гостру травму катастрофічного походження, на основі поєднаного застосування методів фізичної медицини (галоаерозольотерапії, природних мінеральних вод, психорелаксуючих процедур).

Актуальність ранньої діагностики, лікування та профілактики патологічних станів, пов'язаних зі стресовими подіями (перебування в зоні бойових дій) зростає для лікарів усіх спеціальностей, насамперед загальної практики та сімейної медицини. Це пов'язано як з так званою гібридною війною в Україні, що має непрогнозований у часі перебіг, так і з масовими психологічними навантаженнями у населення. Основна увага приділяється психологічній допомозі військовослужбовцям у межах екстреної психологічної допомоги (кризового втручання), психодіагностики, проведення "психологічного дебрифінгу", з комплексним використанням фармакологічних, психо-поведінкових, психотерапевтичних, травмофокусованих психологічних методів лікування.

Водночас, як показує світовий досвід, наслідки впливу на людину травматичної ситуації не обмежені в часі. Участь у війні (або іншій психотравмуючій події) може стати психічною травмою з віддаленими наслідками, які починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя і тривати протягом багатьох років. При досить сильних (або тривалих) стресах до реакції організму додатково залучається ендокринна система, дія якої є триваліша і може впливати негативно на внутрішні органи. З'являється високий ризик розвитку психосоматичних захворювань (хвороб порушення адаптації), ПТСР хронічного перебігу, виникнення або загострення хронічної патології серцево-судинної системи, органів травлення, бронхолегеневої системи.

Встановлено, що для пізнішої фази стресу, коли організм перебуває на межі норми і патології, з'являються певні системні ознаки стресового розладу, зокрема фізіологічні (переважання тону симпатичної нервової системи над парасимпатичною, зміна гемодинаміки); ендокринні (підвищення активності симпатико-адреналової і гіпоталамо-гіпофізарної надниркових систем; метаболічні (підвищення в крові транспортних форм жиру, зсув ліпопротеїдного спектру в сторону атерогенних фракцій та інші).

Повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливе. Його ознаки мають тенденцію не тільки зберігатися тривалий час, а й наростати, що зумовлює необхідність застосування комплексної системи превентивних реабілітаційних заходів. На етапі реабілітації найбільш показані немедикаментозні

методи, зокрема, методи фізичної медицини - природні фактори та їх преформовані аналоги, методи апаратної фізіотерапії.

Показання до застосування: Період відновлювального лікування (реабілітації) осіб, зазнали впливу психотравмуючої події.

Протипоказання та можливі ускладнення: За умови дотримання методики дослідження ускладнень не спостерігається.

* *Інформаційний лист.–Вип. № 51.- Київ: Укрмедпатентінформ МОЗ України, 2018.–4с.*

Немедикаментозний комплекс реабілітації осіб після гострої травми катастрофічного походження, на основі комбінованого застосування методів фізичної медицини

Для превентивної корекції метаболічних порушень у осіб, що зазнали дистрес адаптаційних систем регуляції в результаті гострої травми катастрофічного походження, та профілактики формування у них соматичної патології, на етапі реабілітації після припинення дії стресору проводять комплексне лікування із застосуванням трьох методів фізичної медицини з метою цілеспрямованого впливу на різні механізми детоксикації:

- галоаерозольтерапії (ГАТ),
- питного та зовнішнього застосування природних мінеральних вод (МВ) з переважанням у складі гідрокарбонатів та наявності солей кремнієвої кислоти;
- психорелаксуючих процедур (електрофорез з 2-5% розчином натрію (калію) броміду, дарсонвалізація волосистої частини голови та комірцевої зони, релаксуючий масаж, методи біорезонансної терапії та ін.).

Курс ГАТ забезпечує цілеспрямований вплив на слизові оболонки дихальних шляхів, покращує їх бар'єрну і захисну функції, посилює процес детоксикації. Методика проведення ГАТ включає: період адаптації до лікувального галоаерозоллю – 3-4 дні, протягом яких щоденно проходить поступове наростання тривалості ГАТ процедур від 15 до 60 хвилин (15 хв., 30 хв., 45 хв. та 60 хв.); основний лікувальний період, що включає щоденні, крім неділі, сеанси ГАТ, сумарною тривалістю 60 хвилин на день. курс лікування складається із 18-20 сеансів ГАТ.

Додаткове призначення питного прийому МВ з наявністю у аніонному складі гідрокарбонатів (вище 3000 мг/л), як метод бальнеологічної ентеросорбції, сприяє відновленню функціональної координації органів травлення, забезпечує цілеспрямований вплив на функцію природної системи детоксикації, зокрема, органи гепатобіліарної системи та нирок, має системний олузнюючий вплив. Режим призначення МВ визначається функціональним станом органів травлення і сечовиділення, а також наявністю та важкістю супутньої патології.

Психолексуючі та седативні процедури на основі застосування методів апаратної фізіотерапії, зокрема лікарського електрофорезу комірцевої зони з 2-5 % розчином натрію броміду, релаксуючий масаж комірцевої зони, скенар-терапія та ін. доповнюють лікувальний комплекс, впливаючи на віддалені наслідки стресу.

Результати власних досліджень: З метою обґрунтування методики комбінованого застосування різних методів фізичної медицини - питного прийому природних МВ, ГАТ, психорелаксуючих процедур, зокрема із застосуванням методів апаратної фізіотерапії - в реабілітаційному лікуванні пацієнтів, що зазнали впливу стресу під час військових дій на сході України, обстежено 99 мешканців контрольованих територій з хронічними захворюваннями бронхолегеневої системи (віком від 38 до 68 років, з них 48 чоловіків, 51 жінка) та коморбідною гастроентерологічною патологією, які пройшли курс ГАТ в умовах клініки ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України».

Характерними для пацієнтів було домінування скарг загального характеру (часті головні болі, втомлюваність, підвищений артеріальний тиск, напади серцебиття, аритмії, дратівливість та ін.), які супроводжувались порушеннями вегетативного балансу з переважанням тону парасимпатичної нервової системи. Більшість пацієнтів (92 %) відмічали загальне погіршення стану здоров'я після психогенного навантаження. Звертає на себе увагу висока частота (94,8 %) симптомів вегетативної дисфункції та метаболічної інтоксикації, в той час як клінічні прояви шлункової диспепсії були значно менш вираженими і виявлялись лише у третини пацієнтів. Обчислення індексу адаптації (ІА) свідчить про підвищення адаптаційного напруження організму: індивідуальні адаптаційні процеси у пацієнтів знаходились в зоні еустресу, тобто спокійної (19,3 %) та підвищеної (22,9 %) активації, водночас реакція переактивації, яка належить до більш напружених адаптаційних реакцій і характерна для формування соматичної патології, спостерігалась у 54,2 % обстежених. Про зниження активності імунотропної системи свідчить зменшення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) нижче 0,5 у 79,5 % обстежених. В середньому по групі показник досягає нижньої межі норми ($0,38 \pm 0,03$).

Було значне покращення загального стану вже протягом перших днів лікування. Під впливом курсу лікування клінічне покращення відмітили 92 з 99 пацієнтів (92,9 %). Спостерігалось зниження підвищеного артеріального тиску, зменшення інтенсивності головних болей та частоти епізодів аритмій, спрямованість до відновлення порушеного вегетативного балансу у більшій частини пацієнтів, однак відновлення вегетативного балансу до стану ейтонії виявлено лише у 15 %. Курс комбінованого застосування різних методів фізичної медицини сприяв зменшенню частоти та інтенсивності клінічних проявів патологічного процесу, покращенню легеневої вентиляції та прохідності бронхів, зменшенню явищ бронхообструкції.

Розроблений лікувальний комплекс є методично та економічно необтяжливим, може застосовуватись в лікувальних та лікувально-профілактичних установах охорони здоров'я, які працюють в системі медичної реабілітації, а також санаторно-курортних закладах, їх реабілітаційних відділеннях.

ОБ'ЄМНИЙ ПНЕВМОПРЕСИНГ

ОПП – сучасна модифікація переміжної пневматичної компресії, розробленою в ТОВ «ІТО «Нове у медицині» академіком Європейської академії природничих наук І.В.Таршиновим. Метод інтегрує можливості фізіотерапії, масажу та рефлексотерапії. Діючим фактором є циклічне механічне стискання поверхневих м'яких тканин на великій ділянці тіла пацієнта.

Механізм дії: тиск повітряної хвилі на шкіру та м'які тканини викликає підвищення проникності та збудження мембран. Відбувається насичення тканин киснем, відновлення аеробного окислення глюкози, доокиснення та виведення метаболітів, усувається подразнення нервових закінчень, нормалізуються тонус і скорочувальна здатність стінок судин, розчиняються тромби, покращується мікроциркуляція. Вплив на рецептори спричиняє рефлекторні реакції, пришвидшує функціональне відновлення нервів, зменшення трофічних і вазомоторних розладів. Відмічаються седативний ефект, зняття больового та гіпертензивного синдромів. Особливістю метода є стимуляція саногенезу, тобто процесів регенерації, компенсації ушкоджених структур та функцій організму, а також імунні реакції.

Метод застосовували для полегшення адаптації в умовах Антарктики (Є.В.Моїсеєнко, 2006), корекції тривоги та депресії (В.С.Рожков, 2009), психоневрологічних розладів (А.П.Чуприков, 2007, 2009, 2012), покращення зору (Г.Д.Жабоедов, 2009) та нічного сну (Д.В.Зайцев, 2016), в лікуванні наслідків контузій (М.А.Василевський, 2015). З 2014 р. об'ємний пневмопресинг почали використовувати в реабілітації учасників АТО. За даними НВМКЦ «ГВКГ» МО України (Київ) та ВМКЦ ЦО МО України (Вінниця), при використанні об'ємного пневмопресингу покращення різного ступеня відмічене у 78-82% комбатантів. Психофізіологічні дослідження, виконані в ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І.Кундієва НАМН України» (В.В.Кальниш), встановили, що у комбатантів пневмопресинг сприяє поліпшенню функціонального стану серцево-судинної та нервової систем, зменшує прояви хронічного стресу при ПТСР

Показання до застосування ОПП : неврастенія, соматоформна вегетативна дисфункція, розлади адаптації, при тривожних розладах. За сучасними даними, об'ємний пневмопресинг як самостійний або допоміжний метод використовується при цукровому діабеті, артеріальній гіпертензії, органічних захворюваннях центральної нервової системи, ураженнях опорно-рухового апарату та дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта, в офтальмології, урології. Найрозповсюдженіший метод у профілактиці флеботромбозу та його ускладнень, патогенетичній терапії хронічної венозної та артеріальної недостатності кінцівок, симптоматичному лікуванні лімфедми, у посттравматичній і спортивній реабілітації.

Протипоказання: метастазування злоякісних новоутворень; наявність флотуючих тромбів; невідкладні стани; гостра хірургічна патологія або ризик її розвитку; гостра функціональна недостатність; хронічна серцева недостатність IV ст. (за NYHA, 1994); легенева недостатність (PaO₂ <60 мм рт. ст.). Не

рекомендовано при діагностованих аневризмах з ризиком розриву. Слід вимикати камери пневмоманжети безпосередньо в проекції тромбів (до лізису чи організації); травм (окрім поверхневих дефектів м'яких тканин) та ниркових конкрементів >8 мм. Слід утримуватись від надмірного стискання в проекції судинних стентів, накістних фіксаторів (після погрузного остеосинтезу), гриж міжхребцевих дисків.

Метод ОПП ґрунтується на капіляротерапії і передбачає системність лікування – не хвороби, а хворого. Процедури можуть виконуватися як в умовах медичного закладу (апаратні комплекси «Біорегулятор-004М», «Біо-1» – професійний), так і вдома для тяжкохворих людей з обмеженими можливостями (апарат «Біо-1» – базовий). Процедура проводиться з використанням уніфікованих багатокамерних пневмоманжет: трансформера та «капельюшка». Пневмоманжета фіксується на певній ділянці тіла пацієнта у вигляді, відповідно, рукава, чобота, шортів, пояса, куртки, плаща, капелюха тощо. Після фіксації її камери наповнюються повітрям згідно з обраним алгоритмом.

Спочатку в довільній послідовності виконуються процедури на ділянках волосистої частини голови (рух хвилі від лоба до потилиці, тривалість 6-18 хв) та спини (рух хвилі поперемінно від потилиці до куприка і навпаки, тривалість 6-18 хв). Потім в довільній послідовності виконуються процедури в ділянках плечей (рух хвилі поперемінно зліва направо і навпаки, тривалість 12 хв) та попереку (параметри такі ж, як для плечей). Далі у довільній послідовності виконуються процедури на ділянках ніг (рух хвилі від пальців до тазу і навпаки, тривалість по 6 хв) та рук (рух хвилі поперемінно від пальців до шиї і навпаки, тривалість по 6 хв). Тривалість надуву камери для роботи з головою становить 1 с, для інших зон, залежно від тілобудови, 1-2 с. Загальна тривалість процедури 60-84 хв, за скороченою програмою 30-54 хв. Різниця систолічного артеріального тиску перед та після процедури не має перевищувати 20 мм рт.ст. Курс щоденний або через день 7-10 процедур.

Результатом теоретичних і практичних напрацювань ІТО «Нове у медицині» стали 54 патенти на винаходи, корисні моделі, більше 170 наукових публікацій, методичних рекомендацій, затверджених МОЗ України. ІТО – один з не багатьох установ світу, двічі нагороджений Всесвітньою організацією інтелектуальної власності при ЮНЕСКО за впровадження об'єктів інтелектуальної власності у практичну діяльність та внесок у підвищення національного благополуччя і розвитку.

НОВІТНЯ ТЕХНОЛОГІЯ БІОРЕГУЛЯЦІЇ ДЛЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПРИКЛАДІ УЧАСНИКІВ АНТАРКТИЧНОЇ ЕКСПЕДИЦІЇ

У роботі представлена розробка нового методу поліхромної біорегуляції, що неінвазивним способом регулює психофізіологічні функції завдяки здатності людини чуттєво сприймати кольорові спектри залежно від особистісної преференції.

Методика біорегуляції діє за принципом біологічного зворотного зв'язку. Розроблено два варіанти біорегуляційного впливу: перший – із застосуванням автокерованих поліхромних електронних матриць та електроенцефалограми (для об'єктивізації ефектів корекції) і другий – спеціально створених кольородинамічних картин-таблиць та засобів суб'єктивного оцінювання біорегуляційного впливу.

Технологія успішно пройшла апробацію у клінічних і лабораторних умовах. Методика коректує порушення психофізіологічного статусу та психологічної реабілітації антарктичних зимівників, які протягом року знаходяться в екстремальних умовах Антарктики на українській станції «Академік Вернадський».

Новий метод біорегуляції має перспективи широкого використання у системі медичної та психологічної реабілітації, особливо для контингенту осіб з наслідками екстремального впливу стресогенних факторів.

Технологія біорегуляції базується на принципі біологічного зворотного зв'язку на основі встановленої залежності динамічних перебудов потужності основних ритмів електричної активності головного мозку від преференції візуального сприйняття кольорових спектрів і використовується як немедикаментозний спосіб корекції порушень психофізіологічного статусу людини. Застосування такої технології сприяє редукції стану тривожності і закономірно викликає ефекти релаксації.

Метод корекції порушень психофізіологічного статусу індивіда базується на керованій поліхромній преференції з урахуванням особистісних психофізіологічних характеристик. Важлива попередня діагностика активності психофізіологічного тону за результатами кольоропреференційного ранжування еталонних кольорів за технологією визначення рівня тону (емоційного, інтелектуального, фізичного).

Така процедура полегшує вибір персонально найбажанішої кольорової композиції із стандартизованого пакету кольородинамічних картин-таблиць С. А. Мадяра.

Можливості біорегуляційної технології дозволяють **позитивно впливати на будь-які функціональні розлади психофізіологічних функцій людини і відновлювати порушення психофізіологічного статусу, що виникають у результаті стресу.**

Вплив візуального сприйняття кольорів на психофізіологічний статус людини.

Відомі лише поодинокі дослідження у цьому напрямку. Роботи останніх років спрямовані в основному на вивчення застосування впливу світла при лікуванні сезонних афективних розладів (САР). Симптоми САР повністю або частково знімаються при дії яскравого білого світла, що застосовується вранці, вдень або ввечері, кольорові тони підсилюють дію світлотерапії. Стимуляція світлом червоного світлового тону викликає тривалішу і глибшу десинхронізацію альфа-ритму у спектрі електричної активності головного мозку, ніж синього.

Ефект пояснювався більшим проявом загальної активації біоритміки головного мозку під впливом червоного світла. Ритмічна фотостимуляція із застосуванням мерехтливого світла різної частоти також демонструє залежність спостережуваних ефектів від світлового тону. Ефекти фотостимуляції червоним світлом у людей з переважно абстрактним стилем мислення більш виражені, ніж у обстежених з переважно образним стилем. Для зеленого і синього світлового тонів така закономірність була відсутня. Кольорові впливи повинні підбиратися індивідуально для кожної людини і змінюватися у залежності від його поточного функціонального стану.

Суть методики – у проведенні сеансів кольорової біорегуляції, спрямованих на зміну співвідношення потужності альфа- і тета-ритмів. Сеанси, показали свою ефективність для зниження тривожності, лікування неврозів, депресії, порушень сну, адитивних розладів, синдрому хронічної втоми, для зняття психоемоційної напруги після інтенсивної розумової роботи і інформаційного стресу. Корекція порушень психофізичного стану людини здійснено шляхом програмно-апаратного управління преференційним сприйняттям спектрів кольорів за допомогою інформаційної сигналізації перебудов поточного співвідношення потужностей ритмів електричної активності головного мозку.

Методика кольоропреференційної біорегуляції.

Програмно-апаратний комплекс методу біорегуляції складається із електроенцефалографа з монітором, поліхромної світлодіодної електронної матриці та програмного інструментарію, що забезпечує автоматизоване управління внутрішніми взаємозв'язками характеристик електричної активності головного мозку (співвідношення потужності ритмів) із локусами кольорових спектрів матриці (кольорові преференції). Кольорові гармонії електронної матриці представлені у вигляді квадратних кольорових локусів і побудовані у відповідності до еталонних кольорів за принципами створення кольородинамічних релаксаційних таблиць С. А. Мадяра. На моніторі електроенцефалографа візуалізуються поточні показники потужності ритмів електричної активності головного мозку

В основі роботи установки покладено принцип біологічного зворотного зв'язку: при візуальному сприйнятті кольоровості відбуваються зміни співвідношень потужності ритмів електричної активності головного мозку, а перебудови у структурі електрогенезу призводять до зміни кольорової

преференції. Досягнення бажаного вибору кольорового спектру супроводжується нормалізацією і стійкою збалансованістю біоритміки головного мозку, через позитивну активацію центральних механізмів регуляції, що забезпечує біорегуляційний ефект.

Методика включає етапи:

- у вихідному стані проводиться тестування з використанням методик Спілбергера, Кеттела, САН, Люшера; дослідження стану балансу вегетативної регуляції за характеристиками індексу напруженості (ІН), розрахованого при аналізі варіацій ритму серцевих скорочень;

- реєстрація ЕЕГ у 16 відведеннях за загальноприйнятою методикою. Ритмам ЕЕГ присвоюються електронно-матричні відповідності індивідуально найбільш бажаних кольоровостей з індивідуальним частотним діапазоном в смугах альфа- і бета-1 ритмів. Найменш бажані кольоровості присвоюються частотним діапазоном тета-ритму. Так, яскравість відповідних кольорів світлодіодної матриці відображає поточну спектральну щільність потужності ритмів ЕЕГ;

- інструкція перед сеансом - намагатися досягти стану, при якому найприємніші кольори на матриці будуть максимально представлені, а найнеприємніші - навпаки зникати;

- сеанс візуального сприйняття кольорів електронної кольорової матриці (12-ти кольорів), кольорові спектри якої регулюються віртуально пофарбованими рівнями потужності ритмів електричної активності головного мозку людини (ЕЕГ), змінюючи кольорову гаму матриці, залежно від динаміки відновлення психофізіологічних порушень, що коригуються;

- повторне тестування після сеансів кольорової біорегуляції;

- аналіз результатів.

Сеанси кольоропреференційної біорегуляції проводять протягом двадцяти хвилин щоденно, курсами по 5-7 днів, залежно від особливостей вихідної симптоматики порушень психофізіологічного статусу людини.

Протипоказань до використання методу кольоропреференційної біорегуляції не виявлено. Результати біорегуляції – позитивних емоцій. Методика кольоропреференційної біорегуляції може застосовуватись як у стаціонарних умовах, так і у польових умовах, особливо, при фаховій діяльності з впливом екстремального та стресового оточення.

З метою виявлення об'єктивних критеріїв характерної експресії преференційної оцінки сприйняття кольорової динаміки композиції і визначення особливостей центральної регуляції психофізіологічних функцій при перегляді кольорової композиції виконані дослідження функції системи, що забезпечує рухливість ока. Окуломоторика активується структурами ЦНС і включає функції безпосереднього відношення до процесів психічної діяльності, а аналіз характеристик рухів очей дозволяє з'ясувати закономірності сприйняття зовнішнього світу і оцінювати особистісні характеристики.

Важливий етап активація рухової функції яблука ока людини при вивченні психофізіологічних процесів зорового сприйняття гармонійної кольородинамічної композиції. Обстежувались 7 осіб (5 осіб 20-ти років, 1 – 31-річний і 1- 60-річний). Рухи очей записувались на установці RED 250

mobile System (SensoMotoric Instruments (SMI) Ltd). Точність напрямку погляду: 0,4°; частота відеореєстрації: 50/60 Гц (RED); 60/120/250 Гц (RED 250).

Тестовий інструментарій: 1). Гармонійна кольородинамічна композиція № 4 з набору 14 кольородинамічних релаксаційних картин-таблиць «БІОКОЛОП» С. - А. І. Мадяра. 2). контрольна тестова картина

Відстеження кольоропреференційної динаміки при візуальному сприйнятті кольородинамічної картини-таблиці виявилось найефективнішим у зв'язку з максимальною насиченістю обраних кольорів і нейтральною формою квадрата, яка не викликає предметно-образних асоціацій (не виникає смислових інтерпретацій).

Основні висновки дослідження є:

1. Підтверджено наявність основного преференційного кольорового вибору індивідууму і другорядної зони кольорової преференції, що узгоджується з теоретичними передумовами побудови поліхромної композиції Мадяра

2. У людей із збалансованим психофізіологічним статусом кольорова преференція має вікові особливості, які можна об'єктивно оцінювати за допомогою окулографії.

3. З'ясовано особливості активації рухової функції яблука ока людини при вивченні психофізіологічних процесів зорового сприйняття

Серед обстежених виявилась мала варіабельність тривалості і послідовності фіксації погляду при безпосередньому використанні кольорового образного зображення у порівнянні з високою варіабельністю тривалості фіксації погляду і характеру рухів очей при пред'явленні тестової кольородинамічної релаксаційної картини-таблиці. Очі чутливіші до сполучень інтенсивних кольорів, особливо до контрастних кольорових сполучень, ніж до зображення, що містить зорові образи. Напрямок переміщення погляду по поверхні зображення, пов'язаний з фізіологічними особливостями моторної функції очей.

Гармонійна картина-таблиця побудована за законами кольорових контрастів, зони індивідуальних кольорових виборів при релаксаційному сеансі чинять позитивний вплив на психофізіологічний стан людини.

Результати окулографії при зоровому сприйнятті дозволили виявити об'єктивні критерії індивідуальної кольорової преференції (динамічна стійкість зіниць у зонах преференціальних кольорів) у залежності від експресії тону психофізіологічного статусу (інтелектуальний, емоційний, фізичний) і віку людини. Тому, передбачається, що з'ясування особливостей активації рухової функції очного яблука людини при зоровому сприйнятті кольородинамічних композицій відкриває можливість цілеспрямованого адресного використання таблиць С.-А. Мадяра для оцінювання психофізіологічного статусу та біорегуляції.

Ефекти сеансів кольорової біорегуляції.

Застосування опитувальника Спілбергера показало, що після проведення навіть одноразового сеансу кольорового сприйняття за методикою біорегуляції спостерігаються зміни рівня тривожності. Показник ситуативної тривожності у осіб з ознаками підвищеної тривожності знижувався. У ході проведення сеансів кольорової біорегуляції достовірно знижується індекс напруги (ІН), розрахований за результатами ритмокардіографії, до значень нормотонії, що свідчить про відновлення балансу вегетативної регуляції. Після сеансів кольорової біорегуляції нормотонічна спрямованість змін характерна для більшості пацієнтів навіть при істотному перевищенні симпатичного тону у початковому стані.

За результатами тесту Дембо - Рубінштейн достовірних величин досягає показник самооцінки рівня релаксації. Позитивний ефект сеансів кольорової біорегуляції підтверджується об'єктивними даними (стан балансу вегетативної регуляції, зміни церебрального електрогенезу) і суб'єктивними показниками - зростання показника «розслабленість».

У результаті сеансів кольорової біорегуляції на (ЕЕГ) спостерігається достовірне зростання потужностей альфа-1 і альфа-2 піддіапазонів у потиличних (альфа-1 і альфа-2), центральних (альфа-1) і лобних (альфа-2) відведеннях. У той же час, у тета - діапазоні достовірних змін потужності ритму не виникає. Ця закономірність свідчить про внутрішньокоркову модуляцію альфа-ритму у обстежуваних, тобто підтверджує ефективність вже одноразового сеансу поліхромної біорегуляції при використанні кольорової стимуляції від електронної кольородинамічної матриці в якості сигналу зворотного зв'язку. Достовірне зниження потужності високочастотного альфа- і низькочастотного бета-ритмів свідчить про зниження напруженості загального емоційного фону при проходженні тренінгу, досягнення обстежуваними стану психоемоційного розслаблення

Таким чином, у **дорослих** сеанси із застосуванням кольорового зворотного зв'язку спрямовані на збільшення спектральної потужності альфа - і бета 1 ритму і призводять до збільшення спектральної потужності зазначених ритмів, а також до зниження рівня тривожності. Сеанси кольорового зворотного зв'язку, щодо зниження тривожності, виявилися ефективними у **дітей і підлітків**. Вони спрямовані на збільшення спектральної потужності альфа-ритму на основі методу кольорової біорегуляції, призводять до зростання потужності альфа-ритму і його відношення до тета-ритму, а також до збільшення модальної частоти альфа-ритму правої півкулі головного мозку, що супроводжується зниженням рівня тривожності у більшості дітей. Застосування кольорових композицій для корекції, у разі прояву ознак емоційної нестійкості і депресивних станів, засноване на взаємозв'язку параметрів кольорової преференції і рівня тону психофізіологічного статусу людини.

Особливості кольорових преференцій при психоемоційній нестійкості і при депресивних станах

Психоемоційна нестійкість			Депресивні стани	
Гіпотонія	Кольорова преференція	Кольори корекції	Кольорова преференція	Кольори корекції
Фізична	червоний, помаранчевий, жовтий	зелений, синій, фіолетовий	фіолетовий, синій, блакитний	жовтий, помаранчевий, червоний
Емоційна	жовтий, помаранчевий, червоний	фіолетовий, синій, зелений	жовтий, салатний, зелений	фіолетовий, пурпуровий, червоний
Інтелектуальна	зелений, синій, фіолетовий	червоний, помаранчевий, жовтий	блакитний, синій, темно-синій	пурпуровий, помаранчевий, тепло-жовтий

Застосування методики поліхромної біорегуляції для психофізіологічної реабілітації

Для учасників експедиції в Антарктиці кольоровий дефіцит короткочасно і частково компенсується виникаючими ефектами різного роду сьвів від заломлення сонячних променів у місцевій екосистемі. Вони спостерігаються переважно на заході або сході сонця. Барвисті картини небосхилу викликають закономірні позитивні емоційні реакції у зимівників. Характерною особливістю антарктичного пейзажу є практично повна відсутність кольорів в зеленому спектрі. Їх дефіцит проявляється загальним прагненням зимівників побачити зрідка виникаючий короткочасний спалах променю саме зеленого кольору у колористичній гамі заходу сонця, що буває рідко.

Тривале перебування людини в антарктичних умовах завжди супроводжується певними адаптаційними перебудовами функціональних систем організму. В умовах перманентного впливу екстремальних факторів середовища і тривалої соціальної деривації у фахівців, що працюють в Антарктиці можуть виникати ознаки, так званого, «антарктичного синдрому», що, у першу чергу, проявляється порушеннями саме з боку психофізіології. Такі розлади мають сезонний характер і можуть провокувати розвиток різних патологічних станів з втратою працездатності

Фізіотерапевтичні методи (сеанси об'ємного пневмопресингу, масаж, місцеві і загальні теплові і електромагнітно-хвильові процедури), а також фармакологічні засоби (мелатонін, тощо) не давали повноцінного ефекту відновлення при порушеннях психофізіологічного статусу зимівників. Тому, актуальність проблеми корекції таких порушень і ефективної психологічної реабілітації залишається.

Для відновлення функцій при порушеннях психофізіологічного статусу та реабілітації зимівників в умовах ахромії навколишнього середовища

Антарктики, виявилося можливим використання методу поліхромної біорегуляції, який є молодим відгалуженням психокорекції за допомогою кольору і привертає увагу простотою, відсутністю безпосереднього контакту з організмом, ефективністю впливу. Протягом року перебування в Антарктиці у зимівників індивідуальний вибір кольорів спектру був нестабільним, що вказувало на варіабельність кольорової преференції. Реакція об'єктивних і суб'єктивних показників зимівників на релаксаційні сеанси з кольородинамічними картинами-таблицями залежала не тільки від самопочуття, наявності та рівня проявів «антарктичного синдрому», а також від часу застосування методики (сезон року, місяць).

Позитивна дія візуального сприйняття кольородинамічних картин-таблиць значно вище у зимовий період, коли частіші випадки розладів нормального сну і психоемоційного стану, супроводжувані накопиченням втоми і реакціями з боку системи кровообігу. При нормальному психофізіологічному стані зимівників сприйняття преференціальний поліхромних спектрів під час зимівлі, як правило, викликало ефекти релаксації.

Діяльність людини в екстремальних умовах навколишнього середовища, в умовах постійного психологічного напруження, хронічного стресу завжди супроводжується адаптаційними перебудовами функціональних систем організму, а порушення адаптації, у першу чергу, проявляються змінами саме з боку психофізіологічного статусу. Вирішення проблем психофізіологічної реабілітації при таких розладах потребують розробки і застосування ефективних методів корекції. Нові розробки технологій на основі біорегуляції є перспективними і приваблюють можливістю неінвазивного впливу на механізми центральної регуляції психофізіологічних функцій людини. Досягнення бажаного преференційного вибору кольорового спектру супроводжується нормалізацією і стійкою збалансованістю біоритміки головного мозку, через позитивну активацію центральних механізмів регуляції, що забезпечує біорегуляційний ефект.

Технологія поліхромної біорегуляції ефективні, як лікувально-реабілітаційний метод при будь-яких функціональних розладах психофізіологічних функцій людини, включаючи порушення психофізіологічного статусу, що виникають у результаті стресового стану і його наслідків (інформаційний стрес, стан хронічного стресу, ПТСР, тощо).

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ДОВГОТРИВАЛІ РОБОТИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ УКРАЇНСЬКИХ ЗИМІВНИКІВ В АНТАРКТИЦІ.

Національним антарктичним науковим центром МОН України, а саме відділом медико-біологічних досліджень проводиться психологічна підготовка українських зимівників до їх довготривалого перебування в Антарктиді на українській науковій станції «Академік Вернадський», а також досліджуються умови та результат реабілітації після довготривалого перебування фахівців екстремальних умовах Антарктики. Співробітники центру досліджують психологічні, фізіологічні та соціальні передумови адаптації українських зимівників до життєдіяльності в екстремальних умовах, а також до наступної реадaptaції.

Завчасне формування готовності до дій у екстремальних ситуаціях передбачає формування «психологічної надійності», тобто таких якостей особистості, як упевненість в собі та своїй підготовленості, у своїх колегах, цілеспрямованість, самостійність при прийнятті рішення, самовладання, вміння керувати своїми емоціями та ін. У процесі підготовки засвоюються знання про можливі варіанти розвитку напружених ситуацій, їх сутність та адекватні варіанти реагування, набуваються відповідні вміння та навички. Необхідно навчитися прогнозувати і враховувати ймовірність несприятливого впливу на психіку таких чинників: неочікуваність ускладнення ситуації; ризик, зумовлюючий небезпеку для здоров'я і життя; підвищена відповідальність за наслідки своїх дій; внутрішній конфлікт між бажанням уникнути небезпеки та потребою виконувати професійні обов'язки.

Етап безпосереднього формування готовності до виконання складних завдань полягає в моделюванні умов майбутньої діяльності і створенні так званого «передстартового стану», обговоренні оптимальних дій, їх послідовності. Практика свідчить, що чим точніше й повніше уявлення про наступний розвиток ситуації, тим адекватніші методи і засоби реагування особа обирає в необхідний момент. Так відбуваються навчання, які організовує Національний антарктичний науковий центр МОН України щодо підготовки українських зимівників до експедиційних умов Антарктики.

Першим кроком до відбору людей, що можуть протистояти стресам та працювати в екстремальних умовах є вивчення їх психологічних та психофізіологічних особливостей, які базуються на особливостях властивостей нервової системи.

Загалом усі дослідження у сфері психології професійної діяльності, у тому числі і в екстремальних умовах, пов'язані з розв'язанням проблеми підвищення її ефективності. Ефективна діяльність – це діяльність, яка характеризується високою продуктивністю, якістю та надійністю, оптимальними енергетичними та нервово – психічними витратами,

задоволеністю професіонала. Основними чинниками, що зумовлюють ефективність діяльності, є:

1) об'єктивні умови виконання діяльності (фізико-хімічні, інформаційні, технологічні, соціально-побутові та ін.), характер та вид навантаження, складність роботи, психологічний клімат у трудовому колективі тощо;

2) суб'єктивні умови, які виявляються в професійній кваліфікації та досвіді суб'єкта; характеристиках окремих мотиваційних, емоційно-вольових, пізнавальних, психомоторних (у т.ч. професійно важливих) та інших якостей його особистості; особливостях їхньої системної організації під час виконання конкретної професійної діяльності; типі (емоційному/вольовому/ інтелектуальному) та ступені сформованості прийомів (мимовільних/довільних) саморегуляції суб'єктом власних функціональних станів (монотонії, втоми, напруження, стресу); характері енергетичної та інформаційної адаптації людини до процесу взаємодії з об'єктом праці; працездатності – потенційній готовності та фактичній можливості людини виконувати певний вид діяльності на необхідному рівні ефективності впродовж певного часу.

Залучення психофізіології до розв'язання практичних завдань, які виникають у різних сферах життєдіяльності суспільства, визначається зростанням ролі т. зв. людського фактора - психологічних, соціально-психологічних та психофізіологічних властивостей людей, які проявляються в їхній конкретній діяльності, впливаючи на її ефективність та якість. З огляду на це останнім часом інтенсивно розвиваються дослідження професійної діяльності в екстремальних умовах, основне завдання яких полягає у психофізіологічному аналізі діяльності людини, оптимізації її функціональних станів, розв'язанні завдань професійного відбору та придатності, визначенні та формуванні важливих для виконання певної професійної діяльності індивідуально – психологічних якостей людини.

Теоретичні основи

психологічних досліджень українських зимівників

Важливою умовою формування готовності до праці є наявність відповідних якостей, і в першу чергу схильностей та здібностей особистості до майбутньої професійної діяльності. Вона розвивається на основі засвоєння загальних і професійних знань, формування вмінь та навичок, удосконалення сформованих професійно важливих якостей особистості.

Ми визначаємо готовність як функціональний стан, який сприяє успішній діяльності, забезпечує її високий рівень. Стан готовності першою чергою зумовлюється стійкими індивідуально-психічними особливостями, притаманними особистості. Тож у наших дослідженнях ми виходимо з

поняття: готовність як активно-діючий стан особистості, який відображає зміст поставленого завдання та умови його виконання.

Наші дослідження психологічної готовності до професійної діяльності спрямовані на виявлення певних професійно важливих якостей і здібностей особистості, в яких виділяються такі характеристики: позитивне ставлення до того чи іншого виду діяльності; потреба в певній спеціальній діяльності, інтерес і схильність до діяльності, усвідомлена мотивація особистості й внутрішнє прийняття вимог професії; усвідомлення особистістю суспільної значущості праці, потреба в праці; мотиваційний компонент діяльності, прагнення до самоосвіти і самовдосконалення.

У науковій літературі останніх років висвітлені різні аспекти проблеми психологічної готовності до діяльності. Однак багато питань залишаються недостатньо дослідженими, які можна об'єднати в такі проблемні групи: не існує системного дослідження даної проблеми стосовно зимівників; не чітко визначені складові психологічної готовності до різних видів діяльності, у тому числі в екстремальних умовах; недостатньо вивчена специфіка готовності до багатьох видів професійної діяльності, зокрема до діяльності українського зимівника в умовах Антарктики; залишається не до кінця вирішеною проблема діагностики психологічної готовності та основних її видів.

Результати нашого теоретичного аналізу показали, що незважаючи на наявність наукових досліджень проблеми готовності до багатьох видів діяльності, окремі проблемні питання, практично, не досліджені, у тому числі й формування психологічної готовності українських зимівників до довготривалої професійної діяльності в умовах Антарктики і подальшої їх реабілітації після зимівлі.

Така реабілітація має також враховувати індивідуальні особистісні якості і функціональні особливості фахівців. Проблема має складну й багатозначну психологічну природу й потребує організації комплексного міждисциплінарного дослідження в системі медико-біологічних і психологічних наук.

В основу психологічних досліджень готовності до діяльності в екстремальних умовах, та подальшої реабілітації після зимівлі покладено три напрями досліджень психологічних особливостей особистості, що працює в умовах Антарктики. В першу чергу, досліджуємо функціонування типу нервової системи, яка проявляється в особливостях темпераменту і властивостях вищої нервової діяльності, спираючись на теорії І. Павлова, Б. Теплова, В. Небиліцина та використовуючи методики Г. Айзенка, В. Русалова, Я. Стреляу, Т. Матоліна.

По-друге, досліджуємо мотивацію діяльності зимівника, взявши за основу теорії А. Петровського, К. Платонова, В. Іл'їна, А. Маслоу, С. Рісса та методики Б. Басса, О. Потьомкіної, Н. Рейнвальд, М. Рокіча, Т. Лірі. Третій напрям – вивчення акцентуацій характеру зимівників та їхніх адаптаційних

можливостей. Теоретичну основу досліджень даного напрямку складають роботи Б. Ганнушкіна, Є. Бурно, К. Леонгарда, Є. Лічка, В. Пономаренка, А. Егідеса, Н. Налчаджяна, для дослідження користуюємо методики С. Шмішека, Дж. Олдхема-Л. Морріса, «Прогноз» С-П військової медичної академії, В. Бойка, А. Маклакова-С. Чермяніна.

Нейрофізіологічні функції обстежуваних мають відповідати таким вимогам: висока емоційна стійкість; стійкість до втоми; виразні ознаки сильного, врівноваженого рухливого типу вищої нервової діяльності; високі показники сенсомоторних реакцій, уваги, реакції на об'єкт, що рухається, швидкості переключення уваги; хороша зорова та слухова пам'ять.

Що стосується мотивації до діяльності в екстремальних умовах, це – один з центральних компонентів особистості зимівника як «уміщення» соціальних норм. Мотивація до певного виду діяльності займає одне з найважливіших місць в понятті «модель особистості» - це тип особистості, який виникає як результат дії певної системи соціалізації і соціального контролю, розвитку особистості в певних соціальних, етнічних, культурних, історичних та інших умовах.

Особистісні характеристики людини мають тісний зв'язок зі станом психофізіологічних функцій, які, в свою чергу, можуть адаптуватись до змінених умов життєдіяльності та певним чином реагувати на дію екстремальних факторів оточуючого середовища. Такі зрушення можуть відображатись на якості психічних та психофізіологічних характеристик людини, особливо при фаховій діяльності в особливих умовах. Вивчення соціально-психологічних характеристик особистості здійснюється шляхом використання методів практичної психології та психодіагностики, за допомогою яких відбувається оцінка психічного розвитку особистості, світогляду, ціннісних орієнтацій та мотиваційної спрямованості.

Під час вивчення індивідуально-психологічних особливостей вивчається особливості інтелектуального розвитку, характерологічні, індивідуально-психологічні особливості, мотивації діяльності та схильності до асоціальної поведінки. За результатами вивчення кандидата визначається його здатність без шкоди для власного здоров'я адаптуватися до умов життєдіяльності на антарктичній станції, виконання професійних обов'язків належним чином і до подальшої реабілітації після зимівлі.

Психологічне дослідження проводиться у два етапи. Перший етап передбачає виявлення індивідуально-психологічних особливостей кандидата за допомогою психодіагностичних методик, перелік яких наведено у нормативних документах НАНЦ. Другий етап – психодіагностична бесіда, під час якої уточнюються індивідуально-психологічні особливості кандидата, виявлені на першому етапі.

На всіх етапах психологічного дослідження спостерігається поведінка, міміка, вегето-судинні реакції, може проводитись контроль динаміки артеріального тиску і частоти пульсу кандидата з метою отримання даних,

що характеризують емоційну стійкість особи. Оцінюють результати психологічного дослідження шляхом аналізу отриманих даних щодо індивідуально-психологічних та соціально-психологічних особливостей кандидата. За результатами проведеного аналізу психологом складається психологічна характеристика на кожного кандидата.

Застосування методичного інструментарію психологічних досліджень.

Заміри параметрів, що характеризують психологічний стан зимівників під час довготривалої діяльності в умовах Антарктики, відбуваються чотири рази: в період формування членів експедиційної команди (лютий-березень відповідного року експедиції), в середині зимівлі (червень-липень відповідного року експедиції), в період початку відкриття станції для відвідувачів (грудень відповідного року експедиції) та після повернення в Україну (березень-квітень наступного року).

Діяльність зимівника завжди обумовлюється комплексом, поєднанням зовнішніх і внутрішніх психологічних якостей. Вони з'ясовуються шляхом достатньо тривалого спілкування психолога з претендентами на учасників експедиції, яке відбувається в умовах, соціально та психологічно наближених до умов перебування в експедиції – проживання всієї команди разом в окремому будинку на спеціально визначеній території. В таких умовах відбувається перевірка майбутніх зимівників на психологічну сумісність, на вміння виконувати професійні обов'язки (наприклад, механіка, лікаря, кухаря), відбуваються навички працювати разом, проводити дозвілля в межах замкнутого колективу.

Під час зборів психолог проводить психологічні обстеження, а саме: спостереження, індивідуальні бесіди, ділові ігри, тестування за допомогою методик. Згідно розробленої концепції типології українського зимівника, найбільша увага приділяється адаптаційним можливостям особистості, що буде зимувати далеко від домівки і звичних умов.

Ми виходимо з припущення, що добре адаптована людина – це така особистість, в якій продуктивність, здатність насолоджуватися життям і психічна рівновага не порушені. У процесі адаптації змінюється не тільки індивід, а й середовище, в результаті чого між ними встановлюється відношення адаптивності. В межах цього підходу виділяються два різновиди адаптації: алопластична, що забезпечується тими змінами у зовнішньому світі, які людина здійснює для приведення його у відповідність зі своїми потребами; аутопластична, що забезпечується змінами особистості (її структури, умінь, навичок), з допомогою яких вона пристосовується до середовища.

Поряд з загальними закономірностями адаптації, що проявляються на нейродинамічному, психологічному та соціальному рівнях, враховуються ті форми, які вона набула серед типів людської діяльності. Адаптивна поведінка особистості, що працює в екстремальних умовах, характеризується

прийняттям рішення, правом ініціативи і точним визначенням свого майбутнього. У нашому дослідженні українського зимівника ми спираємося саме на це розуміння соціально-психологічної адаптації особистості, оскільки в ньому відображається ідея активності особистості. Така особистість здійснює переважно цю форму адаптації, вона не відходить від проблемних ситуацій, а використовує їх для реалізації своїх цілей, сама планує, здійснює своє майбутнє та долає труднощі.

Тому дослідження психологічних характеристик особистості займають ключові позиції в системі обстеження фахівців екстремальних видів діяльності і складають основу прогнозування професійної придатності та адаптації індивідууму до умов соціальної ізоляції та перманентного впливу надзвичайної сили факторів навколишнього середовища. Перевага надається кандидатам, що мають показники сильної, зрівноваженої нервової системи, професійно-результативну та соціальну мотивацію на діяльність, високі показники адаптації до екстремальних і стресових умов та відсутність високих показників акцентуацій характеру.

Основна психотерапевтична робота проводилась з постраждалими шляхом проведення тренінгових занять та вправ. Тренінг як вид групової роботи ґрунтується на використанні активних методів формування нових навичок, самопізнання і саморозвитку. Назву «соціально-психологічний тренінг» в науковий вжиток запропонував німецький вчений М. Форверг. За основу програми свого соціально-психологічного тренінгу він взяв рольові ігри з елементами драматизації. М. Форверг пов'язував навчальну цінність рольової гри зі здатністю людини краще засвоювати динамічні процеси за умов власної участі в них

Більшість ефективних змін особистості здійснюється у груповому, а не в індивідуальному контексті. Основним змістом комунікацій у групі тренінгу є сфера мотивів людини, коло її потреб. Завдяки колективному обговоренню, самоаналізу в учасників з'являється можливість усвідомити справжній сенс своїх дій, побачити себе збоку, проаналізувати суб'єктивні переживання та уявлення.

Розкриємо основні положення реабілітаційної програми. З психологічної точки зору, соціально-психологічна реабілітація – це процес активного пристосування особистості до умов попереднього соціального середовища, а також результат цього процесу. Змістом соціально-психологічної реабілітації є зближення цілей і ціннісних орієнтацій групи та індивідуума, який входить до неї; засвоєння ним норм, традицій, групової культури, входження до рольової структури цієї спільності. Важливим аспектом соціальної адаптації є прийняття певної ролі (О.В.Литовченко, К.К.Платонов, Б.Ф.Поршнєв та ін.).

Отже, поняття «реабілітація» є інтердисциплінарним і використовується для позначення пристосування організму до певних умов: біологічних, психологічних, соціальних.

Адаптаційні тренінги, розроблені для реабілітації українських зимівників (загальною кількістю 6), тривали по 90 хвилин кожен і проводилися на території Інституту медицини праці (м. Київ), у спеціально обладнаному приміщенні.

Процес реабілітації спрямований на формування комплексу психічних реакцій, що визначають найадекватнішу поведінку індивіда і його ефективну взаємодію з забутим для нього середовищем існування. Після проведення тренінгів зимівників повторно діагностували з метою перевірки ефективності реабілітаційної програми. Повторний вимір передбачав проведення ретесту з учасниками тренінгової групи.

Акцентуємо увагу науковців та представників влади на необхідності розробки і втілення у практику реабілітації зимівників після довготривалого перебування в екстремальних умовах Антарктики, дієвих заходів щодо зміцнення їх соціально-психологічного самопочуття та здоров'я.

Мова йде про створення реабілітаційного центру для українських зимівників та санаторно-курортного лікування після річної експедиції до Антарктики.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Діагностика психічної дезадаптації серед співробітників органів внутрішніх справ.: Методичні рекомендації / Л.М. Юр'єва, Н.О. Марута, С.І. Вишніченко.
2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах. П.В.Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін. Методичні рекомендації: Харків. – 2014, МОЗ України, - 79 с.
3. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / Б.В. Михайлов, О.М. Зінченко, Б.С. Федак, І.М. Сарвір. - Харків, 2014. –16 с.
4. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стресового розладу (методичні рекомендації) / О.С. Мусій, І.Я. Пінчук, О.О.Хаустова [та ін.].–К.: МОЗ України, 2014.–32 с.
5. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах.: Методичні рекомендації / Я.В. Маенера, І.В. Воробйова, О.С. Колесніченко та ін.-Х.: НАНГУ, 2015.-68с.
6. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру і рятувальників.): Методичні рекомендації / Б.В. Михайлов, О.М. Зінченко, М.П. Бера та ін.- К.: МОЗ України, 2010-31 с.
7. Методика и техника аутотренинга: Методические рекомендации / А.Г. Филатов, А.А. Мартыненко, Т.И. Ахметов и др.- Х.: ХМАПО, 2012 – 19с.
8. Медико-психологічна корекція дезадаптаційних розладів у працівників керівного складу закладів охорони здоров'я: Методичні рекомендації / Б.В. Михайлов, І.М. Шурма, Б.С. Федак та ін.- Х: МОЗ України, 2013-18с.
9. Б.В. Михайлов. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження.-Психічне здоров'я №2/ 47, 2015.- с.9-18.
10. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / [Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М.] - Харків, 2014. – 23с.
11. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / [Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М.] – Харків, 2014. – 16с.
12. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник. / Під заг.ред.проф.Б.В. Михайлова.- Вид. 2-е, перероблене та доповнене.- Х.:ХМАПО, 2014.-285 с.
13. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федак Б.С. Психотерапия в курортологии (клиническое руководство) / Под общ.ред. Б.В. Михайлова.- Х.:

Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды», 2012.- 312 с.

14. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова). Михайлов Б. В. – Київ-Харків, 2015. – 72с.
15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008р. № 199, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 3.07.2008 р. за № 577/15268 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу».
16. Наказ МОЗ України від 19.06.2015 № 351 "Про затвердження Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції".
17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від від 23.02.2016р. № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ПТСР».
18. Курорти та санаторії України: Науково-практичний довідник/ ред.Бабов К.Д., Єжов В.В., Торохтін О.М.- К.: Видавничий дім «Фоліант». 2009. – 432с.
19. Жолобов В., Звезда по имени Судьба. Земные откровения космонавта. – Харьков. Творческая Мастерская «Переплет и реставрация», 2011. – 317с.
20. Хамітов Н. Таїна чоловічого і жіночого. Зцілювальні афоризми. – К.:Либідь, 2002. – 176с.
21. Мікулишина Т., Ілліна Е. Секрети музики: збірка статей – Омськ, Видавничий дім «Сіріус». 2017. – 112 с.
22. Бондарчук І. Музика душі.–К.,Міжнародна творча асоціація «Браво».2015.- 91с.
23. Бодров В.А. Психологія професійної придатності. Навчальний посібник для вузів. - М.: ПЕР СЭ, 2001. - 511 с.
24. Горбунова В. В. Етичні та правові аспекти психологічних досліджень // Практична психологія соціальна робота. – № 3. – 2005. – С. 18-23.
25. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах. – К.: Ніка-Центр, 2006. – 578с.
26. Мірошніченко О. А. Діагностика особистості майбутнього психолога / О. А. Мірошніченко // Видавництво Житомирського державного університету. – 2011. – 178 с.
27. Налчаджян А. А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А. А. Налчаджян. – М.: Эксмо, 2010. – 386 с.
28. Vorverg M. Metodische Grundllagen des Verhatenstraining // Social psychologisches Training. – Jena, 1971 – 186 p.
29. <https://www.youtube.com/watch?v=kYNU6Owbiec>
30. <https://www.youtube.com/watch?v=6QIQtnWt5a8>

31. <https://www.youtube.com/watch?v=LFKAD1nQUgQ>
32. ДП “Клінічний санаторій “Курорт Березівські мінеральні води” ПрАТ лікувально-оздоровчих закладів профспілок України “Укрпрофоздоровниця” надане послуг з психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції <https://dsvv.gov.ua/baza/znajomtesya-sanatorij-kurort-berezivski-mineralni-vody.html>
33. Дочірнє підприємство “Санаторій “Новомосковський” ПрАТ лікувально-оздоровчих закладів профспілок України “Укрпрофоздоровниця” надане послуги з медико-психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції. <https://dsvv.gov.ua/aktualni-pytannya/sanatorij-na-dnipropetrovschyni-chekaje-na-uchasnykiv-ato.html>
34. Барабанщиков В. А., Жегалло А. В: Методы регистрации движений глаз в психологических исследованиях и практике. – М.: Когито-Центр, 2014. – 128 с.
35. Иттен Иоханнес. Искусство цвета. – М.: Изд. Д. Аронов, 2001. – 96 с.
36. Мадяр С.-А.Й., Моїсеєнко Є. В., Пишнов Г. Ю. і співавт. /Методика поліхромно-адаптаційної біорегуляції психофізіологічного стану людини (методичні рекомендації) / МОЗ України, АМН України, Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи: Київ-2006. – 32 с.
37. Мадяр С.-А. И., Ковалевская Е.Э., Моисеенко Е.В.: Изучение динамики цветовой предпочтения человека и разработка биорегуляторной технологии с использованием таблиц БИОКОЛОП. Український Антарктичний Журнал № 10-11 / 2011-2012. – С. 375-389.
38. Тюнин В.Л., Павленко В.Б. Коррекция неблагоприятных эффектов напряженной работы на компьютере с помощью электроэнцефалографической обратной связи // Пробл., достижения и перспективы развития мед.-биол. наук и практ. здравоохранения, 2005. - № 3 – С. 174-178.
39. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №7043 від 30.01.2003. Наукова розробка «Біоколор – спосіб корекції психофізіологічного стану людини».
40. Черный С. В., Павленко В. Б. Тревожность, ее ЭЭГ-корреляты и возможные механизмы // Учен. зап. Тавр. нац. ун-та им. В. И. Вернадского – 2004. – Т. 17 (56), № 1, С. 89-98.
41. Guth, L. S.: The effect of wavelength of visual perception latency. Vis. Res. 4, 567, 1964.
42. Magyar Á. Nemcsics A. Szinpreferencia viszonyok. Budapest. MODUS COLORIS Társadalmi Akadémia, 2011. – 304 p.
43. Madjar S.-A., Moiseyenko E., Kovalevskaya E. New possibilities in colour diagnosis of winterer’s psychophysiological status in Antarctica. / Book of abstracts: XII th SCAR Biology Symposium. Leuven, Belgium, 10-14 July 2017/Scientific Committee on Antarctic Research (SCAR), Cambridge, United Kingdom/. S27 Impact of the human presence on the ecosystem, p. 506

44. Magyar Á. Nemcsics A. Szinpreferencia viszonyok. Budapest. MODUS COLORIS Társadalmi Akadémia, 2011. – 304 p.
45. Moiseyenko Yevhen V, Viktor I Sukhorukov. Antarctica challenges the new horizons in predictive, preventive, personalized medicine: preliminary results and attractive hypothesis for multi-disciplinary prospective studies in the Ukrainian `Akademik Vernadsky` Station EPMA Journal 2016;7:11.DOI: 10.1186/s13167-016-0060-8 <http://epmajournal.biomedcentral.com/>
46. В.В. Кальниш, Д.В. Зайцев та. Ін. Об'ємний пневмопресинг у лікарській практиці. Методичні рекомендації /– К., 2017. – 50 с.
47. Таршинов И. Применение метода объемного пневмопрессинга с лечебно-восстановительной целью при продолжительном пребывании человека на антарктической станции Академик Вернадский / Таршинов И., Таршинова Л.А., Моисеенко Е. // Бюлетень українського антарктичного центру. – 2002. – Вип.4. – С.227-230
48. Таршинова Л. Теория и практика объемного пневмопрессинга / Таршинова Л.А., Ельчиц Т.В., Зайцев Д.В. [под науч. ред. Лободы М.В.] – Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing, 2015. – 250 с.
49. Моисеенко Є.В. Психофізіологічний супровід антарктичних експедицій / Моисеенко Є.В., Сухоруков В.І., С.-А.Й. Мадяр та ін. // (методичні рекомендації). К., 2006. – 35с.
50. Моисеенко Е.В. и соавт. Перестройки церебрального электрогенеза человека после продолжительной антарктической экспедиции // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского, - 2009-2010. – Том 2 (61), №4. – С.216-230.
51. Мірошниченко О.А., Мойсеєнко Є.В., Литвинов В.А., Основи психофізіологічних та психологічних досліджень операторів в екстремальних умовах діяльності. Житомир.: Рута, 2015. – 293 с.
52. Моисеенко В. Є., Мірошниченко О.А. Конфлікти та шляхи їх подолання у працюючих в умовах ізольованої групи / Є.В. Мойсеєнко, О.А. Мірошниченко. – Житомир: Вид-во ЖДУ, 2013. – 272с.
53. Охорона психічного здоров'я в умовах війни, / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. — 1068с.
https://www.academia.edu/38226841/Охорона_психічного_здоров_я_в_умовах_війни_пер._з_англ._

УКЛАДАЧІ :

Михайлов Б. В. – академік Національної академії освіти і науки України, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, керівник Національної Ліги психотерапії, медичної психології та психосоматики України;

Богомолець О. В. – д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, головний лікар Інституту дерматології та косметології, народний депутат України, голова комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я;

Вінічук Н. О. – заступник голови Громадської організації «Міжнародне гуманітарне об'єднання «Ми українці» з питань культури та міжнародного співробітництва;

Возніцина К. Б. - головний лікар ДЗ «Госпіталь ветеранів війни «Лісова поляна» МОЗ України»;

Гайсак М. О. – к.мед.н., вчений секретар ДУ «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» Міністерства охорони здоров'я України;

Зайцев Д. В. - головний лікар Інститут технологій оздоровлення „Нове у медицині“, член Міжнародного компресійного клубу. м.н.с., голова Ради молодих вчених ДУ «Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва Національної АМН України»;

Жолобов В. М. – льотчик-космонавт СРСР, Герой СРСР, академік Транспортної академії України, президент Аерокосмічного товариства України, генерал-лейтенант авіації;

Лемко І. С. - д. мед. н., професор, директор Державної установи «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України;

Лупей-Ткач С. І. - начальник відділу медичної реабілітації, паліативної та хоспісної допомоги Медичного департаменту МОЗ України;

Мадяр С. А. – кореспондент Всесвітньої асоціації кольорознавців, член спілки художників України, автор розділів психофізіологічних досліджень Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України та ДУ Національний Антарктичний Науковий центр МОН України;

Мірошниченко О. А. – к. псих. н., доцент кафедри педагогіки Житомирського Державного університету імені Івана Франка, виконавець розділу психологічних досліджень Державної цільової науково-технічної Програми проведення досліджень в Антарктиці на 2011-2020 роки (ДУ Національний Антарктичний Науковий центр МОН України);

Моїсеєнко Є. В. – д.мед.н., Заслужений діяч науки і техніки України, провідний н.с. Інституту фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, професор кафедри біокібернетики і аерокосмічної медицини Національного Авіаційного Університету МОН України, науковий керівник медико-психофізіологічного напрямку Державної цільової науково-технічної Програми проведення досліджень в Антарктиці на 2011-2020 роки (ДУ Національний Антарктичний Науковий центр МОН України), голова центральної водолазно-лікарської комісії Республіканської клінічної лікарні МОЗ України;

Семикопна Т. В. – к. мед. н., заступник Голови Правління ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» з організації медичного забезпечення;

Сердюк О. І. – д.мед.н., професор, головний лікар клінічного санаторію «Курорт «Березівські мінеральні води», завідувач кафедри соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров'я ХМАПО;

Сичевський А. С. – к. псих. н., начальник Відділу психологічного забезпечення підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту Державної служби України з надзвичайних ситуацій, підполковник служби цивільного захисту.



**Інформаційна підтримка -
Громадська організація
«Міжнародне гуманітарне об'єднання
«МИ - УКРАЇНЦІ»**

Інновації у медико-психологічній реабілітації учасників бойових дій та постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій (Клінічна настанова) / Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. – Харків - Київ: «Укрпрофоздоровниця», 2019. – 152 с.