

Міністерство охорони здоров'я України
Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

Київ.
Професійні видання. Україна
2022

Установа – розробник:

Національний університет охорони здоров'я імені П.Л.Шупика

Рекомендовано до друку Вченою радою Національного медичного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика як навчальний посібник для лікарів-інтернів та лікарів-слухачів факультетів післядипломної освіти вищих медичних ВНЗів (протокол №10 від 21 грудня 2022 р.)

Авторський колектив:

Мішиєв В.Д. – д.м.н., професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії та наркології НУОЗ імені П.Л. Шупика,

Михайлов Б.В. – д.м.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії та наркології НУОЗ імені П.Л. Шупика,

Гриневич Є.Г. – д.м.н., професор кафедри загальної, дитячої судової психіатрії і наркології НУОЗ імені П.Л. Шупика,

Омельянович В.Ю. – д.м.н., професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології НУОЗ імені П.Л. Шупика.

Рецензенти:

Д.м.н., проесор. Пілягіна Г.Я., завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я імені П.Л.Шупика;

Д.мед.н.,проф. Підкоритов В.С., завідувач відділу соціальної психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України».

Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневич Є.Г., Омельянович В.Ю. Клініка, діагностика і лікування розладів психічної сфери внаслідок бойових дій. Навчальний посібник. Київ. – 2022, с. 136

Посібник призначений для психіатрів, психотерапевтів, наркологів, неврологів, лікарів-психологів, лікарів загальної практики-сімейної медицини, психологів, соціальних працівників.

ISBN 978-617-7911-12-7

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	6
ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ АПАРАТ	7
РОЗЛАДИ ПСИХІЧОЇ СФЕРИ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ	9
ВАРІАНТИ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ, РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	10
ФЕНОМЕНОЛОГІЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ, РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	15
ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ І МЕДИКОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ІЗ ГОСТРИМИ РЕАКТИВНИМИ СТАНАМИ	24
ЕКСТРЕНА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ ВІЙСЬКОВИХ ДІЯХ Й ІНШИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ	25
ТЕХНІКИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	27
ВАРІАНТИ ТЕХНІК ЕКСТРЕНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РІЗНИХ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ТА ПОВЕДІНКИ	30
РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ І ТЕХНІКИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З РА І ПТСР	46
РАЦІОНАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ	77
ГРУПОВА ПСИХОТЕРАПІЯ	78

МЕТОДИКА ГІПНОТЕРАПІЇ (В МОДИФІКАЦІЇ А.Т. ФІЛАТОВА – Б.В. МИХАЙЛОВА)	83
ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОГО І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЧЛЕНІВ РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	100
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	102
ДОДАТОК 1.	105
ДОДАТОК 2.	124
ДОДАТОК 3.	129

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГСР – гострий стресовий розлад
ДПРО – десенсибілізація та переробка рухом очей
КП – когнітивна психотерапія (А. Бека)
КПТ – когнітивно-поведінкова терапія
МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
ПТСР – посттравматичний стресовий розлад
РО – розлади адаптації
ТФ-КПТ – травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія
DSM-V – Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5-е видання

ВСТУП

Сучасні події в Україні пов'язані з існуванням великих контингентів осіб, які потребують проведення медико-психологічної допомоги. Це стосується безпосередніх учасників бойових дій, членів їх сімей, родин загиблих військовослужбовців і значних контингентів тимчасово переміщених осіб. Це диктує необхідність підготовки фахівців, здатних надавати медико-психологічну допомогу, як самостійно, так і в складі мультидисциплінарних бригад.

Психогенні розлади при військових діях, соціальних заворушеннях, стихійних лихах, масових катастрофах посідають особливе місце в зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великої кількості людей. Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, які виявляються, а також проведення всіх можливих (в конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальних заходів.

ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ АПАРАТ

Травматичний стрес – стан, який 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 близької людини.

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

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

Психологічний вплив – спрямовані дії 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.

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.

Соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та 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, спрямованих на повернення особи до активного життя та праці, відновлення соціального статусу і формування в особи якостей, настанов щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності, шляхом правового і матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування.

РОЗЛАДИ ПСИХІЧОЇ СФЕРИ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

Розлади психічної сфери в екстремальних умовах мають багато спільного з клінічними порушеннями, що розвиваються в звичайних умовах. Однак є і суттєві відмінності. По-перше, внаслідок чисельності раптово діючих психотравмуючих чинників психічні розлади одночасно виникають у великій кількості людей. По-друге, клінічна картина в цих випадках не носить суворо індивідуального, як при звичайних психотравмуючих обставинах, характеру і зводиться до невеликого числа досить типових проявів.

В умовах бойових дій, катастроф і стихійних лих нервово-психічні порушення проявляються в широкому діапазоні: від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психозів. Їхня тяжкість залежить від багатьох факторів: віку, статі, рівня попередньої соціальної адаптації; індивідуальних характерологічних особливостей; додаткових обтяжливих факторів на момент катастрофи.

Психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози для життя людини, але з опосередкованої, пов'язаної з її очікуванням. Психічні реакції при екстремальних ситуаціях не носять якогось специфічного характеру, це скоріше універсальні реакції на небезпеку, а їхня частота і глибина визначаються раптовістю й інтенсивністю екстремальної ситуації.

Вирішальне значення для виникнення реактивного стану мають характер і сила психічної травми, з одного боку, і конституціональні особливості та преморбідні стани – з іншого. Реактивні стани легше виникають у психопатичних особистостей, а також в осіб із скомпromетованим анамнезом.

ВАРІАНТИ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ, РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Психогенні розлади, які спостерігаються під час і безпосередньо після бойових дій, об'єднують в 4 групи – непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психотичні стани. У віддаленому періоді у постраждалих внаслідок бойових дій розвиваються розлади психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів (ПТСР) – F 43.1 або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи (F 62.0).

1. Непатологічні (фізіологічні) реакції. Характеризуються переважанням емоційної напруженості, психомоторних, психо вегетативних, гіпотимічних проявів. Типовими для людини, що опинилася в катастрофічній ситуації, є почуття тривоги, страху, пригніченості, занепокоєння за долю рідних і близьких, прагнення з'ясувати справжні розміри катастрофи. Зазвичай, зберігаються працездатність (хоча вона і знижена), можливість спілкування з оточуючими і критичний аналіз своєї поведінки, здатність до цілеспрямованої діяльності.

Реакція горя – стан глибокої печалі, скорботи, глибокого душевного страждання. Є нормальною, зрозумілою реакцією на втрату.

Направлення до вторинного рівня медичної допомоги в спеціалізовану психіатричну мережу доцільне:

при виникненні важкого депресивного епізоду, ризику самогубства (слід встановити цей ризик), ознак психозу; якщо симптоми тривають близько року.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) такі реакції кодуються за діагностичною рубрикою Z 65.5 (переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин).

2. Психогенні патологічні реакції. Невротичний рівень розладів – астеничний, депресивний, істеричний та інші синдроми, які характеризуються гострим виникненням, зниженням критичної оцінки того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності.

Безпосередньо, після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки небезпеки, у людей виникає розгубленість, незрозуміння того, що відбувається. За цим коротким періодом при простій реакції страху спостерігається помірне підвищення активності. Порушення мови обмежуються прискоренням її темпу, запинками, голос стає голосним, дзвінким. Відзначається мобілізація волі, мнестичні порушення в цей період представлені зниженням фіксації навколишнього, нечіткими спогадами того, що відбувається навколо, проте, в повному обсязі запам'ятовуються власні дії і переживання. Характерним є зміна відчуття часу, течія якого сповільнюється і тривалість гострого періоду представляється збільшеною в кілька разів. При складних реакціях страху, в першу чергу, відзначаються більш виражені рухові розлади за гіпердинамічним або гіподинамічним варіантами. При спробі надати допомогу, постраждали або пасивно підкоряються, або стають негативістичними. Мовна продукція уривчаста, обмежується вигуками, в ряді випадків має місце афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих в цей період недиференційовані, сумарні.

Поряд із власне психопатологічною симптоматикою, нерідко відзначаються соматовегетативні кореляти. Сприйняття простору змінюється, спотворюються відстань між предметами, їх розміри і форма. Часом навколишнє представляється «нереальним», причому це відчуття зберігається протягом декількох годин після дії. Тривалими можуть бути і кінестетичні ілюзії.

При простій та складній реакціях страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається доступність зовнішніх впливів, вибірковість поведінки та можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного стану.

Найбільш характерними є три феномена:

- 1) суб'єктивне почуття звуження часу, коли всі сприймається як «тут і зараз», а минулого і майбутнього немає;
- 2) уявлення про відсутність ресурсів для виходу з ситуації;
- 3) переживання загрози на рівні смислів цінностей.

При пом'якшенні, або зникненні стресової ситуації, симптоми слабшають протягом 8 годин, а при збереженні стресу – протягом 48 – 72 годин.

В МКХ-10 психогенні патологічні реакції діагностуються в межах рубрики F 43.0 (гостра реакція на стрес). При пом'якшенні, або зникненні стресової ситуації симптоми слабшають протягом 8 годин, а при збереженні стресу – протягом 48–72 годин.

Своєчасне надання медико-психологічної допомоги особам, у яких виявляється гостра реакція на стрес, може значно зменшувати ризик розвитку ПТСР у майбутньому.

3. Психогенні невротичні стани. Відносно лонгітюдних невротичних розладів, які характеризуються ускладненням, в ряді випадків – втратою критичного розуміння того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності. Важливою особливістю невротичних розладів є збереження когнітивних функцій і найважливіших психологічних характеристик особистості, а також зворотність патологічної симптоматики. Клінічна картина невротичних розладів формується відносно поступово, має тривалий характер. У хворих повністю зберігається критичне відношення до навколишнього і свого захворювання. За МКХ-10 ці стани ідентифікуються в межах діагностичного кластеру F 4 – невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади: obsesивно-компульсивний розлад (F 42), дисоціативний (конверсійний) розлад (F 44), фобічний розлад (F 40.1 – 40.2), іпохондричний розлад (F 45.2).

Особливе місце посідають розлади, безпосередньо пов'язані із дією травматичного стресу: розлади адаптації і посттравматичний стресовий розлад.

Розлади адаптації(РА) (F 43.2). У клінічній структурі переважає депресивний синдром на астенічному тлі. Депресія не має вітального характеру, її прояв ситуаційно залежний. Туга неглибока, не буває брадикінезії (загальне сповільнення рухів), слабо виражені сомато-вегетативні стигми. Добова динаміка зворотна, порівняно з ендogenous депресією (при невроті стан погіршується у вечірні години). Найчастіше депресивний неврот розвивається у пізньому віці та пов'язаний із певною ситуацією. Характерні дифузні іпохондричні та астенічні скарги, сльозливість, порушення сну із частим прокиданням. В ці проміжки з'являється тривога, виникають серцебиття, страхи, побоювання за своє життя або суїцидальні думки з тенденцією до їх реалізації.

Згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» від 23.02.2016р. № 121, рекомендовано використання терміну «гострий стресовий розлад» (ГСР), запозичений з Керівництва з діагностики і статистики психічних розладів (DSM-V).

У деяких постраждалих можуть формуватися **посттравматичні стресові розлади** (ПТСР)(F 43.1) – відставлені і затяжні реакції на стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, після латентного періоду від кількох тижнів до кількох місяців. Типові ознаки включають епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи жахів, що виникають на тлі хронічного почуття «заціпеніння» і емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакції на навколишнє, ангедонії, ухилення від діяльності та ситуацій, що нагадують про травму.

Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F 62.0). Більш пролонговані стійкі зміни психіки і поведінки можуть проявитися хронічним змінням особистості, яке виникає внаслідок

стресу катастрофи, і спостерігається протягом 2 років і більше. Такі стани характеризуються наявністю ригідних і дезадаптуючих ознак, які призводять до порушень у міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні, а саме: вороже, або недовірливе ставлення до світу; соціальна відгородженість; відчуття спустошеності й безнадійності; хронічне почуття хвилювання, постійної загрози, існування «на межі»; відчуженість.

4. Реактивні розлади психічної сфери психотичного рівня. Серед реактивних психотичних станів в умовах бойових дій і масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шокові реакції (гіперкінетична і гіпокінетична форми), депресивні реакції і дисоціативно-конверсійні розлади психіки.

Афективно-шокові реакції виникають при раптовому потрясінні із загрозою для життя, вони завжди нетривалі – від 15-20 хвилин до декількох годин або днів. Клінічно ці реакції проявляються у двох формах: гіперкінетичній і гіпокінетичній.

Гіперкінетична форма (реактивне, психогенне збудження) – раптове хаотичне, безглузде рухове занепокоєння. Хворий метушиться, кричить, благає про допомогу, іноді кидається бігти без будь-якої мети, нерідко в бік нової небезпеки.

Гіпокінетична форма (реактивний, психогенний ступор) – раптова знерухомленість. Незважаючи на смертельну небезпеку, людина застигає, не може зробити жодного руху, не в силах вимовити ні слова (мутизм). Реактивний ступор зазвичай триває від декількох хвилин до декількох годин.

Особи із ознаками наявності реактивних станів психотичного рівня потребують допомоги лікаря-психіатра, за необхідності – госпіталізації.

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ, РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ І ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Реактивні розлади психічної сфери психотичного рівня. Серед реактивних станів психотичного рівня в ситуації військових дій і масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шокові реакції, депресивні реакції і дисоціативно-конверсійні розлади психотичного рівня.

Афективно-шокові реакції виникають при раптовому потрясінні із загрозою для життя, вони завжди нетривалі – від 15-20 хвилин до декількох годин або днів. Клінічно ці реакції проявляються у двох формах: гіперкінетичній і гіпокінетичній.

Гіперкінетична форма (реактивне, психогенне збудження): дисоціативна fuga (F 44.1) – раптове хаотичне, безглузде рухове занепокоєння. Хворий метушиться, кричить, благає про допомогу, іноді кидається бігти без будь-якої мети, нерідко в бік нової небезпеки. Ця поведінка виникає на тлі психогенного сутінкового розладу свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому і подальшою амнезією.

Гіпокінетична форма (реактивний, психогенний ступор): дисоціативний ступор (F 44.2) – раптова знерухомленість. Незважаючи на смертельну небезпеку, людина застигає, не може зробити жодного руху, не в силах вимовити ні слова (мутизм). Реактивний ступор зазвичай триває від декількох хвилин до декількох годин. У важких випадках цей стан затягується. Настає виражена атонія або напруженість м'язів. Хворі лежать в ембріональній, позі або витягнувшись на спині, не приймають їжу. Очі широко розкриті, міміка відображає, або переляк, або безвихідний відчай. При згадці про психотравмуючу

ситуацію, хворі бліднуть або червоніють, покриваються потом, відзначається прискорене серцебиття (вегетативні симптоми реактивного ступору). Затьмарення свідомості при реактивному ступорі обумовлює подальшу амнезію.

Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору. У цих випадках хворі доступні контакту, хоча відповідають коротко, із затримкою, розтягуючи слова. Моторика скута, рухи уповільнені. Свідомість звужена або хворий приголомшений. Іноді картина гострого психогенного ступору визначається вираженим страхом: міміка, жестикуляція висловлюють жах, відчай, страх, розгубленість.

У рідкісних випадках, у відповідь на раптові і сильні психотравмуючі дії, настає так званий емоційний параліч: тривала апатія з байдужим ставленням до загрозової ситуації та індивідуальна реєстрація того, що відбувається навколо.

Депресивні психогенні реакції (реактивна депресія). У цьому стані хворі пригнічені, сумні, сльозливі, ходять згорбившись, сидять в згорбленій позі з опущеною на груди головою, або лежать, підігравши ноги. Ідеї самозвинувачення бувають не завжди, але зазвичай переживання концентруються навколо обставин, пов'язаних із психічною травмою. Думки про неприємний випадок невідступні, деталізуються, часто стають надцінними, іноді досягають ступеня марення. Психомоторна загальмованість іноді досягає депресивного ступору; хворі весь час лежать або сидять згорбившись, обличчя застигле, з виразом глибокої туги або безвихідного розпачу, вони безініціативні, не можуть обслуговувати себе, навколишнє не привертає їхньої уваги, складні питання не осмислюються.

Реактивна депресія іноді поєднується з окремими істеричними розладами, а також явищами дереалізація, деперсоналізації, сенестопатично-іпохондричними розладами, маренням. Іноді стан приймає вигляд депресивного раптусу.

Від ендогенних реактивної депресії відрізняються тим, що їх виникнення збігається із психічною травмою; психотравмуючі переживання позначаються в клінічній картині депресії, після вирішення психотравмуючої ситуації або після закінчення деякого часу реактивна депресія зникає.

У випадку, коли депресія має відчутну позитивну динаміку, ці стани слід визначати за МКХ-10 як F43.2 (розлади адаптації), якщо ж динаміка має прогресуючий характер, вона набуває ознаки т.з. ендореактивної депресії за О.Б. Смулевичем і має кодуватися як F33 (рекурентний депресивний розлад).

Дисоціативно-конверсійні розлади психотичного рівня характеризуються наявністю виразної симптоматики і проявляються невеликою кількістю клінічних картин, які можуть переходити одна в одну. Вони можуть спостерігатися у формі істеричних порушень свідомості, які описані під назвою синдрому Ганзера і близького до нього стану – псевдодеменції, а також пуерилізма і реактивного ступору.

Синдром Ганзера (F44.90) характеризується істеричним присмерковим розладом свідомості, під час якого хворі дають безглузді відповіді на найпростіші запитання, виявляють нездатність відтворювати найпростіші дії, не розуміють призначення повсякденних предметів. Звертає на себе увагу та обставина, що безглузді відповіді хворих зазвичай знаходяться в межах поставленого питання. Хворі безцільно топчуться, здійснюють неправильні вчинки. Стан протікає гостро і закінчується протягом декількох днів.

Псевдодеменція (F44.9) відрізняється від синдрому Ганзера меншою виразністю порушень свідомості. Хворі також дають неправильні відповіді на прості запитання. Роблячи помилки при простих діях, хворі несподівано можуть впоратися зі складним завданням. Вираз обличчя дурнуватої, хворі витріщають очі, іноді сміються, проте афект частіше депресивний. Іноді бувають стани тривоги. Псевдодеменція може протікати гостро і закінчуватися в кілька днів, але іноді триває місяцями.

Пуерилізм (F44.9). Клінічна картина його характеризується вираженими рисами дитячості в поведінці, міміці й мові, характері суджень і емоційних реакцій. Хворі починають грати в іграшки, роблять кораблики, вередують, плачуть, називають себе дитячими іменами. При виконанні елементарних завдань роблять такі ж помилки, як і хворі з псевдодеменцією. У порівнянні з псевдодеменцією пуерилізм має тенденцію до більш тривалого перебігу.

Психогенний ступор – дисоціативний ступор (F 44.2), якому може передувати один з описаних вище реактивних станів, виражається в повній знерухомленості хворих і мутизмі. На обличчі хворих зазвичай вираз страху, вони відмовляються від їжі, бувають неохайні. Спостерігаються тахікардія, підвищена пітливість. Ця форма реактивного стану розвивається поступово, має тенденцію до затяжного перебігу.

Особливістю всіх дисоціативно-конверсійних розладів є їхня здатність переходити з однієї форми в іншу, а також схильність до повного зворотного розвитку.

Психофармакологічне лікування психотичних станів

Слід зауважити, що, як правило, психотичні стани психогенно-реактивного походження зазвичай є досить швидкоплинними, але потребують дуже швидкої і інтенсивної фармакотерапії. Основними групами психофармакологічних засобів, які при цьому застосовуються, є нейролептики (антипсихотики) – конвенційні і атипові і транквілізатори.

Нейролептики

Хлорпромазин – застосовується для усунення психомоторного збудження або афективного напруження; вводиться внутрішньом'язово. Може спричинити колаптоїдні стани.

Галоперидол – показаний як у разі гострих, так і хронічних психічних розладів, чинить як антипсихотичну, так і сильну психоседативну дію. Показаний для купірування різного роду збудження (маніакального, кататонічного, маревного й ін.). Спричиняє виражені екстрапірамідні розлади.

Трифлуперидол – за своєю дією подібний до галоперидолу, але сильніше за нього. Особливо показаний у разі стійкого слухового галюцинозу.

Азалептин – справляє виражену антипсихотичну дію, але на відміну від інших нейролептиків, не спричинює екстрапірамідні порушення і загальне пригнічення. Його застосовують у разі галюцинаторно-маревних і афективно-маревних розладів.

Левомепромазин – виявляє сильний протитривожний і снодійний ефекти. Його часто призначають тільки на ніч – як допоміжний засіб. Він здатний спричинити різке зниження артеріального тиску, колаптоїдний стан.

Хлорпротиксен – усуває тривогу, страх, занепокоєння, але, не спричинює виражену млявість і сонливість, тому його можна застосовувати вдень.

Зуклопентиксол – чинить виражену антипсихотичну, специфічну гальмівну і неспецифічну седативну дію. Специфічна гальмівна дія зуклопентиксолу особливо важлива під час лікування пацієнтів з ажитацією, занепокоєнням, ворожістю або агресивністю.

Оланзапін – призначається для лікування гострої форми шизофренії та інших психозів із яскраво вираженими позитивними симптомами (такими, як марення, галюцинації, розлад мислення, ворожість і підозрілість) і/або негативними симптомами.

Рисперидон – показаний для лікування гострих нападів шизофренії, шизоафективного психозу, інших психотичних розладів із продуктивною симптоматикою.

Транквілізатори

Діазепам – у разі внутрішньовенного введення купірує делірії, гостру тривогу, судомні напади та дисфорії (напади злісно-тужливого настрою зі схильністю до агресії).

Феназепам – оригінальний вітчизняний препарат. Зменшує хвилювання і почуття страху, навіть у ситуаціях реальної небезпеки, але призводить до млявості, уповільнення реакцій, сонливості. Показаний у разі непсихотичної тривоги і нав'язливості, а також у разі деперсоналізації і дереалізації.

Хлозепід – призначають у разі нав'язливості, тривоги.

Оксазепам – найбільш м'яко діючий транквілізатор. Не спричиняє млявості, сонливості, однак уповільнює реакцію (не рекомендується вживати під час керування транспортом).

Альпразолам – м'який транквілізатор з антидепресивною активністю.

Препарат справляє протитривожну, помірну снодійну антифобічну, вегетостабілізуючу, а також протисудомну дію. Швидкий анксиолітичний ефект альпразоламу може спричинювати ейфорію.

Дикалію клоразепат – справляє виражений анксиолітичний і помірний снодійний ефекти зі слабко вираженою міорелаксуючою і седативною дією.

Гідазепам – справляє помірну протисудомну дію, а також слабку міорелаксуючу і седативну. Транквілізатор з активуючим, вегетостабілізуючим і снодійним ефектом.

Гідроксизин – анксиолітик з антигістамінним, спазмолітичним і слабким протиблювотним ефектом.

Мебікар – виявляє добрий антиневротичний, легкий гіпотензивний, анальгезивний, антидепресивний і активуючий ефекти.

Психогенні патологічні реакції

Невротичний рівень розладів – астенічний, депресивний, істеричний та інші синдроми, які характеризуються гострим виникненням, зниженням критичної оцінки того, що відбувається і можливостей цілеспрямованої діяльності.

Гостра реакція на стрес. Безпосередньо після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки небезпеки, у людей виникають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається. За цим коротким періодом при простій реакції страху спостерігається помірне підвищення активності. Порушення мови обмежуються прискоренням її темпу, запинками, голос стає голосним, дзвінким. Відзначається мобілізація волі, мнестичні порушення в цей період представлені зниженням фіксації навколишнього, нечіткими спогадами того, що відбувається навколо, проте в повному обсязі запам'ятовуються власні дії і переживання. Характерним є зміна відчуття часу, течія якого сповільнюється і тривалість гострого періоду представляється збільшеною в кілька разів. При складних реакціях страху,

в першу чергу, відзначаються більш виражені рухові розлади за гіпердинамічним або гіподинамічним варіантами. При спробі надати допомогу постраждалі або пасивно підкоряються, або стають негативістичними. Мовна продукція уривчаста, обмежується вигуками, в ряді випадків має місце афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих в цей період недиференційовані, сумарні.

Разом із власне психопатологічною симптоматикою, нерідко відзначаються соматовегетативні кореляти. Сприйняття простору змінюється, спотворюються відстань між предметами, їх розміри і форма. Часом навколишнє представляється «нереальним», причому це відчуття зберігається протягом декількох годин після дії. Тривалими можуть бути і кінестетичні ілюзії.

При простій та складній реакціях страху, свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається доступність зовнішніх впливів, вибірковість поведінки та можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного стану.

Найбільш характерними є три феномена:

- 1) суб'єктивне почуття звуження часу, коли всі сприймається як «тут і зараз», а минулого і майбутнього немає;
- 2) уявлення про відсутність ресурсів для виходу з ситуації;
- 3) переживання загрози на рівні смислів цінностей.

При пом'якшенні або зникненні стресової ситуації симптоми слабшають протягом 8 годин, а при збереженні стресу – протягом 48–72 годин.

В МКХ-10 психогенні патологічні реакції діагностуються в межах рубрики F43.0 (гостра реакція на стрес).

Своєчасне надання медико-психологічної допомоги особам, у яких виявляється гостра реакція на стрес, може значно зменшити ризик розвитку ПТСР у майбутньому

РЕАКЦІЯ ГОРЯ – стан глибокої печалі, скорботи, глибокого душевного страждання. Є нормальною, зрозумілою реакцією на втрату.

Діагностичні критерії:

Емоційна реакція на втрату.

Симптоми, що подібні депресії: знижений або сумний настрій; порушення сну; втрата апетиту; втрата інтересів; невгамовність; почуття провини або самокритика з приводу дій, чого не було до смерті близької людини; перехідні галюцинації за участю померлого (наприклад, чують голос померлого, бачать його); думки про приєднання до померлих.

Порушення соціального функціонування: відмова від звичайних видів діяльності та соціальних контактів; думки про відсутність перспектив, майбутнього; збільшення рівню вживання алкоголю або інших ПАР.

Зазначена симптоматика може бути очевидною, але також і прихованою, та виявлятися тільки при ретельному інтерв'ю. Слід звертати увагу на пацієнтів групи ризику (наприклад, особи, які мешкають в соціальній ізоляції, мають психічні захворювання в анамнезі, є дані про попереднє перенесене невирішене горе). Оцінка впливу втрати і стратегії її подолання є важливими в лікувально-консультативній роботі. Лікар повинен провести щонайменше 2 консультації (які є необхідними) або більше.

Скарги та причини звернення

Гостра реакція горя. Вона може бути різноманітною, але зазвичай пацієнти: відчують себе пригніченими втратою; стурбовані втратою; мають соматичні симптоми після втрати.

Індивідуальний досвід горя є надзвичайно мінливим та залежить від типу втрати (наприклад, коханої людини, здоров'я, соціального статусу і способу життя у зв'язку з втратою роботи або розпадом відносин); характеру (інтрузивні і фіксовані емоції) горе. Взагалі труднощі виникають коли реакції стають надзвичайно дисфункціональними для людини і оточуючих її людей.

Диференціальний діагноз і супутні стани

Депресія (F32). Критерії депресивного розладу слід використовувати коли депресивна симптоматика триває близько 4-6 місяців, або набуває важкого ступеню тяжкості (наприклад, виразне почуття провини, безнадія, суїцидальні думки). У цих випадках проводять лікування депресії.

Генералізований тривожний розлад (F41.1).

Порушення сну (F51).

Інформація, яку необхідно надавати пацієнту і членам його родини

Кожен переживає втрату по-різному.

Серйозні втрати часто супроводжуються інтенсивними печаллю, плачем, гнівом, недовірою, тривогою, почуттям провини або дратівливістю.

Бажання обговорити втрату є нормальним і корисним.

Уникайте лікування, якщо це можливо. Якщо реакція горя стає ненормальною, слід направити пацієнта на консультацію до психіатра з приводу депресії (F32) та призначити антидепресанти.

Тривожний сон є очікуваним. Якщо верифікується важке безсоння, може бути корисним короткочасне використання снодійних засобів, але обмежене 2 тижнями.

Направлення до вторинного рівня медичної допомоги в спеціалізовану психіатричну мережу доцільне: при виникненні важкого депресивного епізоду; ризику самогубства (слід встановити цей ризик), ознак психозу; якщо симптоми тривають більше 72 годин.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ І МЕДИКОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ІЗ ГОСТРИМИ РЕАКТИВНИМИ СТАНАМИ

При всіх реактивних станах слід усунути причину захворювання – психотравмуючу ситуацію. Афективно-шокові реакції через короткий час, зазвичай, або закінчуються, або переходять в інший реактивний стан, перш ніж хворий потрапляє до лікаря. При реактивних депресіях, параноїдах, галюцинозах, дисоціативно-конверсійних розладах психотичного рівня необхідна госпіталізація. Комплексне лікування реактивних психотичних станів проводиться із застосуванням нейролептиків в поєднанні з антидепресантами і транквілізаторами.

При гострих станах невротичного рівня має бути застосована екстрена медико-психологічна допомога на засадах кризової інтервенції.

ЕКСТРЕНА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ ВІЙСЬКОВИХ ДІЯХ Й ІНШИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

При всіх розладах психічної сфери стресорно-реактивного походження насамперед слід усунути подовження дії стресогенного чинника.

Головними принципами надання допомоги постраждалим, які перенесли психологічну травму в результаті впливу бойових дій або надзвичайних ситуаціях (НС), є:

- невідкладність;
- наближеність до місця подій;
- очікування, що нормальний стан відновиться;
- єдність і простота психологічного впливу.

Невідкладність означає, що допомога постраждалому повинна бути надана якомога швидше: чим більше часу пройде з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення хронічних розладів, у тому числі і посттравматичного стресового розладу.

Сенс принципу наближеності полягає в наданні допомоги у звичній обстановці і соціальному оточенні, а також в мінімізації негативних наслідків «госпіталізму».

Очікування, що нормальний стан відновиться: з особою, що перенесли стресову ситуацію, слід звертатися не як з пацієнтом, а як зі здоровою людиною. Необхідно підтримати впевненість у швидкому поверненні нормального стану.

Єдність медико-психологічного впливу означає, що, або його джерелом має виступати одна особа, або процедура надання психологічної допомоги повинна бути уніфікованою.

Простота медико-психологічного впливу – необхідно відвести потерпілого від джерела травми, надати їжу, відпочинок, безпечне оточення і можливість бути вислуханим.

В цілому служба екстреної медико-психологічної допомоги виконує наступні базові функції:

практичну: безпосереднє надання швидкої медико-психологічної і (за необхідності) першої медичної допомоги населенню;

координаційну: забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими медико-психологічними і психіатричними службами.

Екстрена медико-психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях проводиться на засадах кризового втручання.

ТЕХНІКИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кризове втручання визначається як екстрена та невідкладна медико-психологічна швидка допомога, що спрямована на повернення постраждалого до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативного впливу травматичної події. Основними принципами кризового втручання визнані невідкладність, близькість до місця події, установка на відновлення, фокус на вирішенні проблем, короткочасність і простота. Основними цілями позначені стабілізація стану (купірування наростання дистресу), зняття або зменшення гострих симптомів дистресу і відновлення адаптивного незалежного функціонування.

Основна мета кризової інтервенції в тому, щоб допомогти пацієнту впоратися з травмою, пристосуватися до нової ситуації, повернути особу до колишніх рівнів функціонування. Для досягнення цієї цілі пацієнта заохочують говорити про свої переживання, виробити якийсь погляд на подію, розібратися в пов'язаних з ним почуттях, і вирішити питання про те, як поводитися зі своїми проблемами.

Завдання кризового втручання: 1) допомогти пацієнтові розповісти свою історію; 2) допомогти пацієнтові дещо дистанціюватися від події, щоб зрозуміти, що сталося; 3) перевести досвід в слова; 4) повернути пацієнта до його колишнього рівня функціонування. Розповідаючи історію травматичного переживання, пацієнт може плакати, сміятися, кричати, шепотіти, замовкати на деякий час, згадувати про інші, не пов'язані з подією, втрати, або поцікавитися іншою історією, яка здається незначною. Терапевту слід терпляче слухати і повертати пацієнта до його історії.

У процесі висловлення травмуючих переживань, виявляються кілька повторюваних клінічних картин (цей список жодною мірою не є вичерпним).

-
- 1) Люди, які захоплені емоціями і насилу говорять.
 - 2) Люди, які, розповідаючи про страхітливі події, не виражають ніяких емоцій взагалі.
 - 3) Люди, які відчують почуття провини за те, що вони пережили це лихо, тоді як інші загинули або постраждали.
 - 4) Люди, які відчують, що вони якимось чином стали причиною катастрофи, або що їм слід було зробити щось інакше, щоб когось врятувати.
1. Коли людину захльостують емоції, консультант повинен допомогти йому заспокоїтися, відвівши його в тихе місце, запропонувавши склянку води, дозволивши йому «попереживати» деякий час, і потім постаратися допомогти йому говорити про те, що він переживає. Посидіти з пацієнтом у тиші, або дозволити йому поплакати деякий час дуже корисно, але в кінцевому підсумку важливо буде допомогти йому спробувати висловити невимовне.
 2. Пацієнтам, які знаходяться в стані емоційного заціпеніння, консультант може вказати на звичайні почуття, які більшість людей могли б відчувати в подібних обставинах, і подумати разом з пацієнтом, які почуття можуть бути приховані від погляду. Але також важливо пам'ятати, що емоційне заціпеніння служить відведенню непереборного афекту. Важливо, щоб консультант давав пацієнту час, щоб той міг дозволити почуттям, пов'язаним з пережитим, піднятися на поверхню. Деякі жертви травми можуть здаватися благополучними в перші дні після кризи, а потім через пару тижнів «розвалитися на частини», будучи вже в безпеці.
 3. Хоча це й суперечить здоровому глузду, також дуже часто зустрічаються люди, які відчують почуття провини за те, що вони вижили в трагедії, в якій інші не вижили. Кризовому консультанту потрібно стежити за суїцидальністю у цих пацієнтів і допомагати їм оплакувати їхні втрати, заохочуючи говорити про людей і речі, які вони втратили. Іноді буває корисно запитати людину, чи хотіли б його загинути близькі, щоб він страждав, або щоб він був щасливий протягом подальшого життя. Це звичайно зміщує фокус вини з того, хто вижив, на скорботу, яка міститься під нею.

-
4. Тим, хто відчуває, що вони могли якимось чином стати причиною катастрофи або могли щось зробити, щоб врятувати когось, важливо допомогти усвідомити, наскільки потужним був противник, з яким їм довелося зіткнутися, усвідомити страх того моменту, і знову-таки, допомогти їм оплакати свої втрати. Після того, як людина розповість свою історію, для неї часто буває корисно розповісти її знову і знову. Немає потреби говорити про це пацієнтам, але потрібно давати їм впевненість, що вони можуть вільно розповісти свою історію знов, не відчуючи при цьому відчуття, що вони докучають людям одним і тим же оповіданням. Консультант може очікувати, що з кожним викладом розповідь буде обростати новими подробицями і стримуваний афект буде далі вивільнятися.

ВАРІАНТИ ТЕХНІК ЕКСТРЕНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РІЗНИХ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ТА ПОВЕДІНКИ

Екстремальні ситуації, що пов'язані із загрозою для життя. За короткий час відбувається зіткнення з реальною загрозою смерті (у повсякденному житті психіка створює захист, дозволяючи сприймати смерть як щось далеке або навіть нереальне). Змінюється образ світу, дійсність представляється наповненою фатальними випадковостями. Людина починає ділити своє життя на дві частини – до події і після неї. Виникає відчуття, що оточуючі не можуть зрозуміти його почуттів і переживань. Необхідно пам'ятати, що навіть якщо людина не піддалася фізичному насильству, вона все одно отримала найсильнішу психічну травму.

Допомога постраждалому:

1. Допоможіть постраждалому висловити почуття, пов'язані з пережитою подією.
2. Покажіть потерпілому, що навіть у зв'язку з найжахливішою подією, можна зробити висновки, корисні для подальшого життя (нехай людина сама поміркує над тим досвідом, який вона придбала в ході життєвих випробувань).
3. Дайте постраждалому можливість спілкуватися з людьми, які з ним пережили трагічну ситуацію (обмін номерами телефонів учасників події, тощо).
4. Не дозволяйте потерпілому грати роль «жертви», тобто використовувати трагічну подію для отримання вигоди («Я не можу нічого робити, адже я пережив такі страшні хвилини»).

Марення і галюцинації

1. Викличте бригаду швидкої психіатричної допомоги.
2. До прибуття спеціалістів стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі і оточуючим. Заберіть від нього предмети, що представляють потенційну небезпеку.
3. Ізольуйте потерпілого і не залишайте його одного.
4. Говоріть з постраждалим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Пам'ятайте, що в такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

Апатія

Може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи; або в ситуації, коли людина терпить серйозну невдачу, перестає бачити сенс своєї діяльності; або коли близький загинув. У стані апатії людина може перебувати від кількох годин до декількох тижнів.

У даному випадку:

1. Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих запитань: «Як тебе звуть?»; «Як ти себе почуваєш?»; «Хочеш їсти?» і т.д.
2. Проводьте потерпілого до місця відпочинку, допоможіть зручно влаштуватися (обов'язково зняти взуття).
3. Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло.
4. Дайте постраждалому можливість поспати або просто полежати.
5. Якщо немає можливості відпочити, то більше говоріть з потерпілим, залучайте його в будь-яку спільну діяльність (прогулятися, сходити випити чаю або кави, допомогти оточуючим, що потребують допомоги).

Ступор

Одна з найсильніших захисних реакцій організму. Вона настає після найсильніших нервових потрясінь, коли людина витратила на

виживання стільки енергії, що сил на контакт з навколишнім світом вже немає. У даній ситуації:

1. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні.
2. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями.
3. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Підлаштуйте своє дихання під ритм його дихання.
4. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому говорите йому на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

Рухове збудження

Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха) настільки сильне, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо нього. Вона не в змозі визначити, де вороги, а де помічники, де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати, рішення, стає схожим на тварину, яка метається в клітці.

У даній ситуації:

1. Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притисніть його до себе і злегка перекиньте на себе.
2. Ізолюйте постраждалого від оточуючих.
3. Масажуйте «позитивні» точки. Говорить спокійним голосом про почуття, які він відчуває. («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, схватися від того, що відбувається?»).
4. Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте питань, в розмові уникайте фраз з часткою «не», що відносяться до небажаних дій (наприклад: «Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи»).

-
5. Пам'ятайте, що потерпілий може заподіяти шкоду собі та іншим.
 6. Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Агресія

Агресивна поведінка – один з мимовільних способів, яким організм людини «намагається» знизити високу внутрішню напругу.

У даній ситуації:

1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.
2. Дайте постраждалому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися або «побити» подушку).
3. Доручіть йому роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням.
4. Демонструйте доброзичливість. Навіть, якщо ви не згодні з постраждалим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій. Інакше агресивна поведінка буде направлено на вас. Не можна казати: «Що ж ти за людина!» Слід сказати: «Ти жахливо злишся, тобі хочеться все рознести щент. Давай разом спробуємо знайти вихід з цієї ситуації».
5. Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями чи діями.
6. Агресія може бути погашена страхом покарання: якщо немає мети отримати вигоду від агресивної поведінки; якщо покарання суворе і ймовірність його здійснення велика.
7. Якщо не надати допомогу розлюченого людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями людина буде робити необдумані вчинки, може нанести каліцтва собі та іншим.

Страх

Панічний страх, жах може спонукати до втечі, викликати заціпеніння або, навпаки, збудження, агресивну поведінку. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що робить і що відбувається навколо.

У цій ситуації:

1. Покладіть руку потерпілого собі на зап'ясток, щоб він відчув ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!».
2. Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте потерпілого дихати в одному з вами ритмі.
3. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.
4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Нервове тремтіння

1. Потрібно посилити тремтіння.
2. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд.
3. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад.
4. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано укласти його спати.
5. Не можна: обіймати потерпілого або притискати його до себе; вкривати потерпілого чимось теплим; заспокоювати постраждалого, говорити, щоб він узяв себе в руки.

Плач

1. Не залишайте постраждалого одного.
2. Встановіть фізичний контакт з потерпілим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчути, що ви поруч.
3. Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе): періодично вимовляєте «ага», «так», кивайте головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте; повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює свої почуття; говорите про свої почуття і почуття потерпілого.
4. Не старайтесь заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути» з себе горе, страх, образу.
5. Не ставте питань, не давайте порад. Ваше завдання вислухати.

Істерика

1. Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишіться з потерпілим наодинці, якщо це не небезпечно для вас.
2. Несподівано зробіть дію, яка може сильно здивувати (можна дати ляпас, облили водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого).
3. Говоріть з постраждалим короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Вмийся»).
4. Після істерики настає занепад сил. Покладіть постраждалого спати. До прибуття фахівця спостерігайте за його станом.
5. Не потурайте бажанням потерпілого.

Техніки, опосередковані через тілесно-вегетативні впливи

Одним з найбільш ефективних і доступних способів відновлення стану є регуляція дихання. Нервові імпульси з дихальних центрів мозку

поширюються на кору головного мозку й змінюють її тонус. Тип дихання, при якому вдих здійснюється швидко й енергійно, а видих – повільно, після затримки дихання, що викликає зниження тону центральної нервової системи, нормалізацію кров'яного тиску, зняття емоційної напруги. Повільний вдих і різкий видих тонізують нервову систему, підвищують рівень її функціонування.

«Заспокійливе дихання». У вихідному положенні, стоячи або сидячи, зробити повний вдих. Потім, затримавши дихання, уявити коло й повільно видихнути в нього. Цей прийом повторити чотири рази. Після цього знову вдихнути, уявити трикутник і видихнути в нього три рази. Потім подібним же чином двічі видихнути в квадрат. Після виконання цих процедур обов'язково настає заспокоєння.

«Видихання втому». Лягти на спину, розслабитися, встановити повільне і ритмічне дихання. Найяскравіше уявити, що з кожним вдихом легені наповнює життєва сила, а з кожним видихом вона поширюється по всьому тілу.

«Позіхання». За оцінкою фахівців, позіхання дозволяє майже миттєво збагатити кров киснем і звільнитися від надлишку вуглекислоти. М'язи, шиї, обличчя, ротової порожнини, що напружуються в процесі позіхання, прискорюють кровообіг до головного мозку. Позіхання поліпшує кровопостачання до легень, виштовхуючи кров з печінки, підвищує тонус організму, створює імпульс позитивних емоцій. Для виконання вправи потрібно закрити очі і якнайширше відкрити рот, напружити ротову порожнину, ніби то вимовляючи розтягнуте «у-у-у». У цей час необхідно якомога яскравіше уявити, що в роті утворюється порожнина, дно якої опускається вниз. Позіхання виконується з одночасним потягуванням усього тіла. Підвищенню ефективності позіхання сприяє посмішка, що підсилює розслаблення м'язів обличчя й формує позитивний емоційний імпульс. Після позіхання настає розслаблення м'язів, з'являється почуття спокою.

Техніки для саморегуляції:

Вправа «розрядка» полягає в почерговому натисненні чотирьох точок навколо губ. Протягом трьох секунд вказівним пальцем треба масажувати точку зверху. Потім після перерви в 10-15 секунд натискати на точку знизу. Після другої перерви варто одночасно масажувати точки з обох боків. Результатом буде розслаблення м'язів усього тіла. Потім потрібно сісти, розслабитися, імітуючи засипання й поступово уповільнити дихання, звертаючи особливу увагу на продовження видиху. Через 3-5 хвилин зникає багато негативних емоційних і сомато-вегетативних відчуттів.

- Вправа «антистрес», спрямована для зниження надмірного емоційного напруження. Для цього протягом трьох секунд необхідно плавно й рівномірно натискати на антистресову точку, що знаходиться під підборіддям. При масуванні цієї точки ви відчуєте легку лому, печіння. Після масування зазначеної точки, розслабтеся, уявіть стан знемоги, постарайтеся викликати приємні образи. Через 3-5 хвилин, потягуючись при позіханні, напружте а потім розслабте всі м'язи тіла.
- Вправа «Точки». Зручно сядьте на стілець, покладіть руки на коліна, притискаючи великі пальці до вказівного. Чітко зафіксуйте місце, де закінчується складка шкіри між вказівним і великим пальцями. Тут розташована точка, масування якої тонізує, поліпшує самопочуття. Масаж здійснювати протягом декількох хвилин вібруючими рухами вказівного пальця. Вправа виконується на обох руках. При виконанні цього прийому палець ніби вгвинчується в точку, що викликає в ній відчуття теплоти й печіння. Після цього знову покладіть руки на коліна так, щоб долонею повністю охопити колінну чашечку. При цьому вказівний палець розташовується на середині чашечки, а інші пальці притиснуті один до одного. Тоді підмізний палець буде прощупувати невелике поглиблення під виступом круглої кістки. Знайдіть дану точку й масажуйте її. При цьому ви будете відчувати легку лому.
- Вправа «м'язове розслаблення» для зняття надмірної психічної активності. Для зняття психічного напруження, негативних емоційних

станів рекомендується наспівувати звукосполучення «м-пом-пееее»: «м-пом» – коротко, а «пее-еее» – розтягнуто.

- *Вправа «Медитація»* потребує спеціальних умов і рекомендується до застосування під час відпочинку. Одним із різновидів медитації є сидяча медитація. Вихідне положення для виконання вправи – сидячи обличчям до стіни, зі схрещеними ногами (по-турецьки). Для запобігання порушення кровообігу ті, що займаються сідають на подушку й підкладають подушки (валики) під коліна. Погляд спрямовується на який-небудь предмет, що перебуває «у нескінченності», або на кінчик носа, без напруги зорових м'язів. М'язи розслаблені, очі напівзакриті, дихання повільне та глибоке, ритмічне, вільне. Руки вільно лежать на колінах, пальці рук з'єднуються. Увага концентрується на диханні.
- *Техніка «очного тиску»*. Ефективною є також техніка із затримкою дихання і натискання на очні яблука із заплющеними очима до відчуття легкого болю протягом 10 секунд.

Завершення. Для кризового консультування нормально, якщо терапевт висловлює смуток і гнів у зв'язку з трагедією, з якою зіткнувся пацієнт, дає поради і бажає пацієнтові удачі. Хоча в психотерапії фізичний контакт уникається, в розпалі катастрофічних подій нерідкими бувають обійми. Іноді втішний дотик або обійми можуть мати величезне значення. Хоча консультантам не потрібно боятися доторкатися до пацієнта, важливо пам'ятати, що нерви у кризових пацієнтів часто оголені й занадто багато фізичних дотиків може приводити їх у замішання.

Кризове консультування за своєю природою дуже короткострокове. Багато інтервенцій здійснюються повністю протягом однієї сесії. Важливо провести лікування однією сесією. Якщо консультант зустрічається з пацієнтом ще раз, це добре, але корисно розглядати кожну сесію як інтервенцію саму по собі. Кризова інтервенція повинна закінчитися складанням конкретного плану, якому пацієнт буде слідувати. План повинен бути записаний і відданий пацієнтові. Консультантові слід видати пацієнту всі направлення, які можуть знадобитися, і потім пацієнт і терапевт повинні попрощатися один з одним.

Психофармакологічний супровід.

За наявності у структурі афективних порушень тривожних компонентів рекомендується застосування бензодіазепінових транквілізаторів: діазепам, феназепам, хлордіазепоксид, оксазепам, мезепам.

Препаратом вибору при пароксизмах з алгічним та вираженим тривожним компонентом є прегабалін.

При тривожно-фобічних компонентах гарний ефект має бензодіазепіновий анксиолітик – гідазепам.

За умов зростання тривоги з компонентами збудження можливе застосування зуклопентиксолу.

Особи, у яких зберігаються психічні розлади психотичного регістру, повинні направлятися для подальшого лікування у відповідні відділення психіатричних закладів, особи з психічними розладами невротичного рівня мають бути залучені до курації в загальносоматичну мережу або до спеціалізованих реабілітаційних центрів (за підпорядкованістю).

Психогенні патологічні реакції

Серед розладів психічної сфери внаслідок бойових дій і НС найбільш розповсюдженими є розлади адаптації (РА) і посттравматичні стресові розлади (ПТСР).

Розлади адаптації

Розлади адаптації, в залежності від характеру домінуючої картини розладів психічної сфери диференціюються у такий спосіб:

- а) короткочасна депресивна реакція (F43.20) – транзиторний стан легкої депресії, що триває не більше місяця;
- б) пролонгована депресивна реакція (F43.21) – легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;

-
- c) змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22) – представлена як тривожна, так і депресивна симптоматика, за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3);
 - d) з перевагою порушення інших емоцій (F43.23) – є різноманітна структура афекту, представлені тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F41.2), або інших змішаних тривожних розладів (F41.3), але їхня вираженість недостатня для діагностики більш специфічних тривожних, або депресивних розладів. Ця рубрика повинна використовуватися і для реакцій дитячого віку, де додатково присутні такі ознаки регресивної поведінки, як енурез або смоктання пальця;
 - e) з перевагою порушення поведінки (F43.24) – розлад, що торкається переважно соціальної поведінки, наприклад, агресивної або іншої девіантної її форми, в структурі реакції горя в підлітковому віці;
 - f) змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25) – визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціальної поведінки;
 - g) інші специфічні переважаючі симптоми (F43.28).

ЗМІШАНИЙ ТРИВОЖНИЙ ТА ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД

Цей розлад також часто виникає внаслідок дії потужного психогенного чинника. Згідно з МКХ-10, у випадку змішаного тривожного і депресивного розладу (F 41.2), у пацієнта з'являються різноманітні симптоми тривоги і депресії. Спочатку можуть виникати один, або декілька фізичних симптомів (наприклад, втома чи біль). Подальший діагностичний пошук дозволяє виявити пригнічений настрій і/або неспокій. Для таких пацієнтів характерним є знижений, або сумний настрій, втрата інтересу або задоволення, виражена тривога, або занепокоєння. В якості додаткових симптомів часто виступають порушення сну, тремор, серцебиття, погіршення концентрації уваги, запаморочення, порушений апетит, суїцидальні думки або дії, сухість у роті, втрата лібідо, напруга і занепокоєння.

Північноамериканська класифікація DSM-V висуває наступні діагностичні критерії. Постійний, або рецидивний дисфорічний настрій повинен тривати не менш 1 місяця, при чому дисфорічний настрій складається з чотирьох або більше симптомів з наступних:

1. Ускладнення в зосередженні уваги, або повна відсутність зацікавленості.
2. Порушення сну (труднощі із засинанням, сном, або неспокійний незадовільний сон).
3. Втома або відчуття виснаженості.
4. Дратівливість.
5. Занепокоєння.
6. Легко виникаючі сльози чи ридання.
7. Гіперпорушення, очікування найгіршого.
8. Відчуття безнадії.
9. Низька самооцінка або почуття нікчемності.

Симптоми викликають клінічно значущий дистрес, або порушення в соціальних, професійних та інших важливих сферах функціонування. Симптоми не є наслідком прямого фізіологічного впливу речовини, або загального медичного стану, та не пояснюються краще будь-яким іншим психічним розладом.

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР)

Найбільш частою категорією розладів психіки і поведінки у учасників бойових дій є посттравматичні стресові розлади. ПТСР за своєю клінічною суттю є реакцією на перенесену надзвичайну ситуацію, яка може викликати стрес у будь-якої людини (наприклад, ситуації представляють безпосередню загрозу для життя, фізичної повноцінності людини або осіб з його оточення, залучення людини або його близьких в катастрофічні ситуації глобального або приватного характеру).

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

Таким чином, ПТСР є психогенним за походженням захворюванням.

Ці розлади, що в основному викликаються зовнішніми обставинами, часто спостерігаються в учасників бойових подій: так, вони можуть розвинути в особи, яка вперше була залучена до військових дій, у жертв нападу, або зґвалтування, у тих, хто пережив стихійне лихо або техногенну катастрофу.

ПТСР у клінічній практиці має відповідну – однойменне – кодування (F43.1) у МКХ-10 і представляється як синдром, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

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

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

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

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

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

Критерії діагностики ПТСР

У сучасному вигляді діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу представлені в МКХ-10, де вони виглядають таким чином:

-
- A. Хворий піддався дії стресової події, або ситуації (короткострокової, або тривалої) виключно загрозливого, або катастрофічного характеру, які здатні викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини.
- B. Хворий постійно наново переживає дії стресора, що виражені у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах, або снах, що повторюються, або випробовує дистрес, опинившись в обставинах, що нагадують про перенесене потрясіння або асоціюються із стресом.
- C. Хворий уникає, (або випробовує уникати) обставин, що нагадують про пережите, або тих, що асоціюються із стресором (причому до перенесеного стресу така тенденція не спостерігалася).
- D. Існує будь-яка ознака з кількості наступних:
1. нездатність пригадати (повністю, або частково) деякі важливі моменти, що відносяться до періоду дії стресового чинника;
 2. стійкі симптоми підвищеної психологічної чутливості і збудливості, (які не спостерігалися у дії стресового чинника), представлені будь-якими двома з наступних:
 - a) утруднення засинання, або підтримки сну;
 - b) дратівливість, або спалахи гніву;
 - c) утруднення концентрації уваги;
 - d) підвищення рівня неспаня;
 - e) посилений чотирьох холмний рефлекс.

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

Для об'єктивізації та верифікації діагностики посттравматичного стресового розладу на сьогодні застосовуються спеціальні експериментально-психологічні методики. Найбільш відомою є Міссісіпська шкала для посттравматичного стресового розладу (Kean, Caddell & Taylor, 1988).

Обов'язковими психодіагностичними методами на етапі надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги є «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» від 23.02.2016р. № 121, визначені: шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS-5); контрольний список ПТСР для DSM-V (PCL-5); контрольний список життєвих подій для DSM-V (LEC-5).

Обов'язковими психодіагностичними методами на етапі надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, згідно уніфікованого клінічного протоколу, визначені: Міссісіпська шкала ПТСР (цивільний або військовий варіант); шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R); оцінка вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R); шкала депресії Гамільтона (HAM-D); шкала тривоги Гамільтона (HAM-A); методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях» С. Норман, Д.Ф. Ендлер, Д.А. Джеймс, М.І. Паркер в адаптації Т.А. Крюкової.

РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ І ТЕХНІКИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ З РА І ПТСР

Особи, які внаслідок бойових дій страждають на РА і ПТСР, потребують системної послідовної терапії, включаючи психофармакологічну терапію, психотерапію, реабілітаційні заходи. Ця система повинна реалізовуватися комплексно і етапно.

Етапи надання медико-психологічної допомоги хворим на РА і ПТСР:

1. Безпосереднє надання медико-психологічної допомоги у вогнищах надзвичайних ситуацій.
2. Надання амбулаторної допомоги постраждалим в умовах психоневрологічних диспансерів і спеціалізованих центрів охорони психічного здоров'я.
3. Надання стаціонарної допомоги за показниками. У випадках розгорненої декомпенсованої форми РА і ПТСР в умовах спеціалізованих центрів охорони психічного здоров'я, 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 екзацербаций РА і ПТСР, пов'язана з попередженням впливу психогенної агоністичної (психотравматичної) дії.

В лікуванні РА і ПТСР в стані загострення застосовуються практично всі класи фармакологічних препаратів психотропної дії відповідно до ланок патогенезу.

Залежно від клінічної структури провідних симптомокомплексів ПТСР, препаратами вибору можуть бути в подальшому в убуваючому ступені:

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

Психотерапія хворих на РА і ПТСР

Як вже було зазначено вище, психологічна корекція є обов'язковим і найважливішим складовим процесом реабілітації хворих із РА і ПТСР. Відновлення преморбідного рівня функціонування хворих вимагає створення додаткових ресурсів їх «Я», необхідних для того, щоб подолати існуючі і майбутні стреси.

Метою медико-психологічної реабілітації осіб з РА і ПТСР є звільнення їх від емоційно насичених нав'язливих спогадів про травматичний стрес, допомога у віднайденні контролю над власними емоційними реакціями, поверненні до активного життя. У зв'язку з цим існують чотири стратегії терапії, здатні досягти цієї мети:

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

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

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

Для побудови найбільш ефективної системи психотерапевтичного супроводу хворих на РА в ПТСР, необхідно визначити предиктори і превентори для подальшого таргетного впливу.

Предиктори і превентори порушень психологічної адаптації в учасників бойових дій дозволяють визначити не тільки ресурсно витратні порушення психологічної адаптації, але й особистісні ресурси, завдяки яким відбувалось збереження психічного стану.

Процес порушення адаптації в учасників бойових дій, як наслідок впливу стресогенних чинників, перш за все, відображається на їх соматичному стані та емоційних проявах. Спираючись на теорію А.Бека «когнітивного викривлення», думки негативного спектру становляться автоматичними, що знімає з них усвідомлений контроль і робить оціночними. В дослідженні даний підхід має суттєве місце при аналізі психоемоційного стану учасників бойових дій. Де важливим є не виявлення рівня прояву депресивної, або тривожної симптоматики, а розуміння характеру оцінки свого стану після дії стресогенного чинника.

Необхідно розуміти особливості «автоматичних думок» учасників бойових дій при роботі з реадaptaцією впливу психотравмуючих подій.

1. Перш за все, це не сприйняття таких думок, як осмислювального процесу. Особистості важко вербалізувати окрему думку, вона

апелює до почуттів та негативних реакцій. Тому самостійно, людина яка переживає вплив «травмованих автоматичних думок», не може їх переосмислити та реконструювати для проходження процесу адаптації і активації ресурсів.

2. По-друге, пов'язані із чіткими та яскравими негативними емоціями. Цей зв'язок обумовлює спонтанність та непередбачені спалахи зміни настрою, негативні переживання, різке зниження продуктивності. Тобто, учасники бойових дій мають скарги на неусвідомлене відчуття тривоги, депресивних проявів, соматичної астенизації, але причину різкого прояву таких емоцій не розуміють.
3. По-третє, будь-яка емоція має вплив на фізичний стан та регуляцію поведінки, торкаючись особистісних конструктів самооцінки, мотиваційної спрямованості, і загального задоволення потреб у структурі Я-концепції.

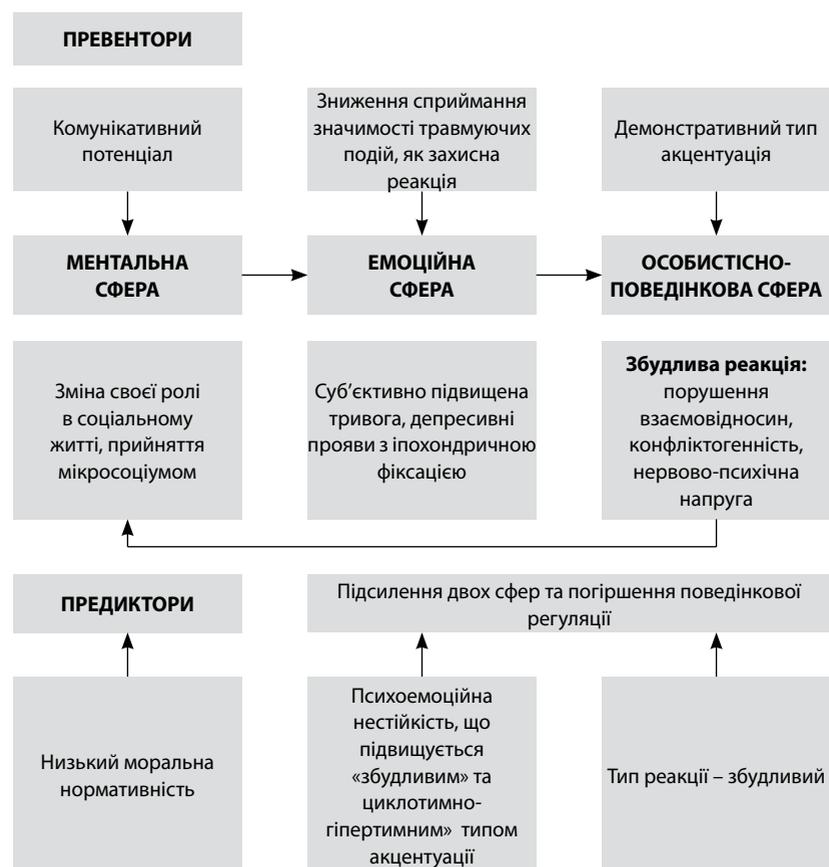
Тому на малюнках 1. та 2. представлений механізм формування порушення психологічної адаптації в учасників бойових дій з розмежуванням за ознаками РА та ПТСР.

Аналізуючи характер порушення психоемоційної сфери, особливості сприйняття соціального середовища, розуміння своєї ролі у травмуючих подіях та особистісно-адаптаційний потенціал були визначені предиктори та превентори порушення психологічної адаптації у учасників бойових дій.

Для осіб з ознаками РА в системі формування порушення адаптації полягають «викривлені» думки про зменшення цінності своєї ролі на мікросоціальному рівні, втрата певної значимої позиції. Це видно з аналізу характеру скарг на емоційний стан (відчуття тривоги напруги, астенизації, коливання настрою, відсутність емоційної регуляції) та оцінки критеріїв благополуччя за показниками опитувальника якості життя, де значно зниженим показником виступала шкала соціальної підтримки. «Автоматично» закупаються реакції відчуття тривоги та депресивні прояви, які на поведінковій регуляції відбиваються у вигляді імпульсивно-агресивної поведінки, нервово-психічного відчуття напруги та зниження продуктивності.

Даний процес деструктивної взаємодії сфер має повторювальний ефект, тобто думки розвиваються, емоційні реакції посилюються конструктивність знижується та наростає астенізація.

Важливим виступає розуміння, що є з отриманої інформації превентором порушення адаптації, а що прискорювачом, тобто предиктором.



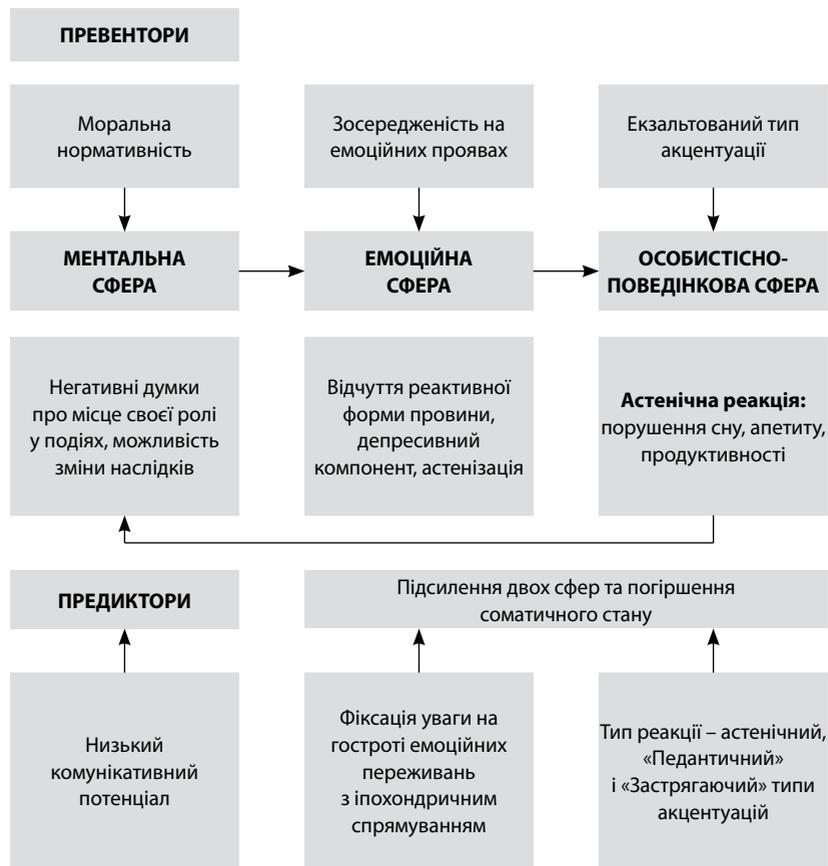
Мал. 1. Предиктори та превентори порушення психологічної адаптації у учасників бойових дій з ознаками РА

Предикторами порушення психологічної адаптації в учасників бойових дій з ознаками розладів адаптації виступають:

- Низькі показники моральної нормативності, які структурують думки та допомагають в інтерпретації та аналізі негативних пережитих подій стресогенного рівня. Ірраціональне сприйняття своєї ролі в системі соціального функціонування на мікро- та макро- рівнях призводить до зміщення централізації уваги на аспекти, які допоможуть відновити минулу систему життєдіяльності. З одного боку, це захисна модель «уникнення» проблеми, не бажання стикатися в думках з болісними висновками щодо свого «Я», що дозволяє зберегти залишки контролю ситуації та емоційного комфорту. Наприклад: «Я все зробив правильно, це ніхто не може зрозуміти мене, тому про це не має сенсу розмовляти». А, з іншого боку, це блокує можливість переосмислення та трансформації отриманого досвіду, і в емоційній регуляції не дає можливість вербалізувати свої почуття та їх походження.
- Емоційна нестабільність, яка зумовлена особистісним радикалом «збудливого» та «циклотимно-гіпертимного» типів акцентуації, що призводить до надлишкового афективного збудження та подальше виснаження. Характерологічно обумовлюють нестабільність емоційного переживання, що не дає можливість зафіксуватись на певній емоції та зрозуміти її формування, причини переживання.
- Психотичний тип реакції дезадаптаційного порушення, як особистісний радикал. Схильність до реакції високої нервово-психічної напруги на виклики стресових ситуацій, низька толерантність до несприятливих чинників і, як результат, зниження мотивації і продуктивності діяльності.

Превентори порушення психологічної адаптації в учасників бойових дій з ознаками РА:

- Комуникативний потенціал, який полягає в структурі особистісного потенціалу адаптації. Даний показник свідчить про наявність потреби в соціальному оточенні та можливостях реалізації, тобто як ресурс особистості. Можливість отримувати від соціального оточення відчуття підтримки, підкріплення самооцінки, мотивації до діяльності, визначеність цілей майбутніх проектів.



Мал. 2. Предиктори та превентори порушення психологічної адаптації у учасників бойових дій з ознаками ПТСР

- Особистісний радикал за «демонстративним» типом акцентуації виступає у учасників бойових дій з ознаками РА, як сильна сторона, завдяки чому досягається результат значимості на всіх соціальних рівнях.

Для учасників бойових дій із ознаками ПТСР, «викривленими автоматичними думками» є формування гіперболізованого відчуття провини та сорому. Реактивна форма провини виглядає, як розуміння порушення власних інтерналізованих норм прийнятої поведінки. Тому глибоке переживання визначається на високих показниках депресивної симптоматики, відчуття безпомічності та високих показників тривоги, як деструктивна мобілізація. На рівні намагання осмислення та емоційних переживань відбувається виснаження фізіологічних ресурсів, що знерухоплює до будь-яких дій, навіть задоволення базових потреб. Тобто модель поведінки нагадує «покарання» та знецінення своє особистості.

Предикторами порушення психологічної адаптації у учасників бойових дій з ознаками ПТСР виступають:

- Низький комунікативний потенціал, який при значному впливі стресогенних чинників ізолює від ближньої соціальної взаємодії і не дає можливості членам сім'ї впливати на емоційний стан. Підтримка з боку сім'ї нівелюється та сприймається як тригер для роздратування.
- Фіксація уваги на гостроті емоційних переживань, підтримка у тонусі негативних проявів, як форма отримання покарання. Це також виступає засобом утримання під контролем своїх цінностей в системі життєдіяльності та спробою переорієнтуватись на майбутнє. Але рівень провини настільки високий, що не має межі покарання. Тому даний спосіб емоційного реагування дуже швидко призводить до виснаження на всіх рівнях, і психічному і соматичному.
- Астенічна реакція дезадаптивного порушення, яка одразу вторгається у систему задоволення базових потреб та порушує фізіологічне функціонування, зміщуючи увагу на соматичні скарги.

Превентори порушення психологічної адаптації у учасників бойових дій з ознаками ПТСР:

- Моральна нормативність забезпечує розуміння своєї позиції та адекватно сприймати визначену соціальну роль. В даному випадку, несприйнята роль з боку учасників бойових дій розмежується

Таблиця 1.

Співставлення показників порушення психічної сфери в учасників бойових дій з ознаками РА та ПТСР

Порушення	Підгрупа з ознаками РА	Підгрупа з ознаками ПТСР
Характер порушення стресового реагування	Симптоми «уникнення»	Симптоми «відчуття провини» та «вторгнення»
Порушення психоемоційного стану	Високі показники тривоги, як гіпермобілізація активного супротиву Депресивні прояви з психоемоційним перенапруженням	Високі показники депресії, які супроводжуються фізіологічним дискомфортом зі змінами у фізичному стані і психоемоційним перенапруженням
Порушення соціального функціонування	Знижене соціальне благополуччя та фізіологічне і психологічне.	Знижені показники мікросоціальної підтримки та самосприйняття
Особистісні предиктори	«Педантичний» та «застраючий» типи акцентуації характеру	«Збудливий» та «циклотимно-гіпертимний» типи акцентуації характеру
Особистісний адаптаційний потенціал	Низькі показники моральної нормативності Збудлива реакція дезадаптаційного порушення	Низькі показники комунікативного потенціалу Астенічна реакція дезадаптаційного порушення

з власними інтерналізованими нормами прийнятої поведінки. Але дозволяє визначити нові норми.

- Завдяки емоційній фіксації відбувається процес переоцінки минулих подій, отриманої інформації, розуміння своєї позиції. Тобто, відбувається постійний пошук нового розуміння стресогенної ситуації, яке зможе задовольнити потреби особистості.
- «Екзальтований» тип акцентуації виступає певним соціальним бар'єром, спрямований бажанням соціальної корисності, що відповідає життєвої позиції учасників бойових дій з ознаками ПТСР.

Спираючись на превентори, як на ресурсний базис особистості учасників бойових дій, та предиктори, як на мішені психокорекційного втручання, в завданнях програми медико-психологічної реабілітації на малюнку 3. представлені дані для підгруп з ознаками РА та ПТСР.



Мал. 3. Визначення мішеней психокорекційного втручання порушення психологічної адаптації та ресурси у учасників бойових з ознаками РА

В таблиці 1. наведено співвідношення порушення психічної сфери з урахування глибини порушення психологічної адаптації, з ознаками РА та ПТСР.

Підбиваючи підсумки отриманих результатів психодіагностичного дослідження предикторів порушення психологічної адаптації в учасників бойових дій, були визначені мішені подальшого психокорекційного втручання

Програма та принципи медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій за допомогою психотерапевтичного супроводу

Завдяки аналізу психологічного стану учасників бойових дій, де визначені превентори та предиктори порушення адаптації була розроблена програма медико-психологічної реабілітації, де акцент був спрямований на психотерапевтичний супровід. При цьому обов'язковим компонентом була фізична реабілітація, що виступала «безпечною зоною контролю» зовнішніх стимулів, а саме:

- розклад фізіотерапевтичних процедур;
- спрямоване фізичне навантаження із розумінням «корисності» виконання;
- психосвіта щодо корисного харчування, застосування фізичного навантаження, піклування про здоров'я.

Програма медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з психотерапевтичним супроводом повинна містити в собі:

1. Обов'язкові заходи:
 - психологічна просвіта та консультування;
 - психологічна діагностика;
 - підбір методів психологічної реабілітації;
 - психологічна допомога (терапія);
 - психологічна корекція та проектування майбутнього;
 - профілактика та запобігання кризовим явищам психологічного стану людини.
2. Курс з психологічної реабілітації повинен складати не менше 40 годин (з розрахунку на одну особу) протягом не менше 14 календарних днів.

Застосування психокорекційних методів спрямоване на формування стійкості до несприятливих психогенних впливів, що корегує систему взаємовідносин особистості, пом'якшує соматичні та вегетативні розлади, формують активну позицію із підвищенням особистісної ролі.

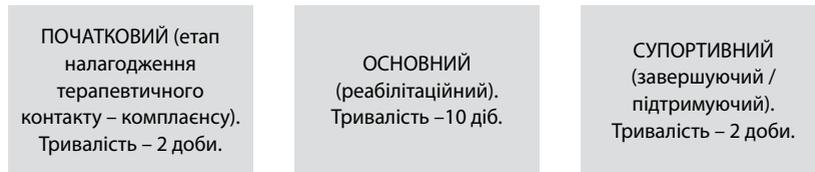
Розроблена програма медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій спирається на основні положення інтегративної копінг-концепції, згідно з якою подолання стресу – це процес, в якому особистість здійснює спроби:

- a) нове усвідомлення минулих травматичних подій;
- b) зменшення інтенсивності емоційного реагування, за рахунок отримання нових навичок саморегуляції;
- c) визначення та використання особистісних ресурсів;

Особливістю системи медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій, разом із виявленням та психокорекції порушень емоційної сфери, є спрямованість на відновлення працездатності при поверненні до мирного життя.

Принципи медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з застосуванням психотерапевтичного супроводу:

1. Принцип максимального синергічного співробітництва: лікар/психолог – пацієнт – терапевтичний комплекс.
2. Багаторівневий характер саногенних заходів.
3. Сполучений характер біологічних і психологічно-орієнтованих впливів.
4. Послідовність і етапність проведених заходів.
5. Комплексний підхід для вирішення клінічних задач, тобто сполучений послідовний вплив на всі етіопатогенетичні ланки функціональних розладів.
6. Принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних і немедикаментозних факторів.



Мал. 4. Етапи програми медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій

7. Принцип структурованості побудови сесій (структуроване психологічне інтерв'ю).

Програма медико-психологічної реабілітації включає в себе три основних етапи (мал. 4):

Початковий етап реабілітації, спрямований на налагодження комплаєнсу, аналізу стану психічної сфери, оцінки фізичного стану, формування мотиваційної спрямованості на проходження реабілітації та ознайомлення з програмою медико-психологічної реабілітації.

Кожен учасник реабілітації проходив скринінг скарг та психодіагностику стану психічної сфери, де визначались показники тривоги, депресії та астенизації, які є чуттєвими до позитивної динаміки психологічної інтервенції. Після аналізу стану емоційної сфери та рівня дезадаптивних проявів та специфіки стресового реагування (за допомогою Місісіпської шкали) учасник дослідження був включений до підгрупи з ознаками розладів адаптації або до підгрупи з ПТСР.

Перша консультативно-ознайомча сесія містила в собі структуроване інтерв'ювання.

Основний етап медико-психологічної реабілітації на санаторно-курортному лікуванні, спрямований на досягнення головних завдань програми для учасників бойових дій з ознаками РА та ПТСР:

- для учасників бойових дій із ознаками РА: психоемоційна стабілізація за рахунок психосвітніх та релаксаційних методів, з трансформацією розуміння своїх почуттів та почуттів членів сім'ї;



Сесія 2: «Аналіз психічного статусу»	
4. <i>Особливості психосоціального функціонування</i> : короткий опитувальник WHOQOL-BREF	
↓	
Визначення мішеней психологічного втручання.	
Реабілітаційний етап	
Сесія 3: «Стабілізаційно-освітня»	
	<i>«Мотиваційно-підтримуюча»</i>
1. Групова форма роботи. Тренінг спрямований на розуміння специфіки людського реагування на стресові події у житті, особливості психоемоційних станів, способи саморегуляції (контроль дихання, розуміння походження агресивних проявів).	Вербалізація почуттів, які переживає учасник бойових дій з ознаками ПТСР, структурованість відтворення минулих травматичних подій, розуміння самовідношення до минулих подій, відношення ближнього оточення та макросоціуму.
2. Проведення технік релаксації та набуття навичок ауторелаксації.	
Сесія 4: «Ресурсно-активізуюча» «Ресурсно-підтримувальна»	
Групова форма роботи 1. Робота з розумінням фізичних потреб тіла (сну, їжі, діяльності, активності). 2. Усвідомлення внутрішніх потреб (отримання позитивних емоцій, задоволення особистісних потреб, активна діяльність та продуктивність).	Індивідуальна форма роботи 1. Відокремлення автоматичних травматичних думок від загальних інтересів, варіантами контролю та розуміння меж «виходу із зони комфорту». 2. Робота над процесами життєстійкості, як внутрішні ресурси подолання. 3. Техніка «Прийняття відчуттів та емоцій як ресурс життєстійкості».
Сесія 5: «Освітньо-ресурсна» «Ресурсно-підтримувальна»	
1. Розуміння поведінкових реакцій, особливостей мислення, фізичних реакцій та емоційних проявів. 2. Розуміння підготовки повернення до дому (на якому етапі були порушення?).	Групова форма роботи. 1. За рахунок групової динаміки сформулювати відчуття «нормальності» розуміння своїх почуттів, відчуття провини та знизити почуття сорому.
Сесія 6 «Модель подолання» «Трансформація відношення до тіла»	
1. Робота с агресивними проявами. 2. Формування образу бажаного стану. 3. Можливості зміни поведінки.	Групова форма роботи. Розуміння фізіологічних потреб. Характер задоволення потреб. Техніки стабілізації та заземлення

Сесія 7–9 «Сімейно-освітня» «Трансформація усвідомлення»	
Групова форма роботи. 1. Аналіз сімейних відносин. Динаміка зміни з урахуванням участі у бойових діях. 2. Особливості комунікації учасників сімейних відносин 3. Застосування технік «Долоня 5 питань».	Групова/ індивідуальна форма роботи. 1. Усвідомлення, які позитивні результати може принести зміна способу життя. Зробити ставлення до проблеми двояким. 2. Ефективним є застосування мотиваційного консультування, що допоможе клієнтові ретельно зважити всі «за» і «проти» зміни поведінки і прийняти рішення про необхідність активних дій.
Сесія 10–12 «Саморегуляція» «Трансформація дії та підтримки»	
Оволодіння техніками регуляції емоційних проявів, вирішення конфліктних ситуацій, робота з агресивними спалахами.	З моменту коливання зміни у поведінці (виконання технік, взаємодія з учасниками групи). Зосередження основних зусиль на закріпленні досягнутих результатів. Орієнтовний перелік запитань, які допомагають визначити на якій стадії зміни певної поведінки перебуває людина: – Чи ви думали коли-небудь над тим, щоб змінити/ припинити/ зробити ? – Чи ви плануєте що-небудь змінити / припинити/ почати... найближчим часом (скажімо – найближчих півроку)? – Чи ви пробували раніше що-небудь зробити (змінити/припинити або розпочати іншу поведінку)? Що саме ви пробували? Що відбувалося? – Чого ви досягли? До чого ви прийшли? тощо. – Як ви думаєте, наскільки вірогідно що ви зміните/припините/почнете?
Сесія 13–14	
Індивідуальна форма роботи. Підбиття підсумків роботи, самоконтроль та фіксація точки стабілізації.	Індивідуальна форма роботи. Підбиття підсумків проведеної роботи щодо динаміки стану. Спрямування подальшої мотивації на продовження роботи щодо подолання відчуття провини (продовження роботи з психологом/психотерапевтом).

Структурні елементи програми:

1. Структурованість сесій.
2. Диференційованість застосування методів психокорекційного втручання.
3. Об'єм навантаження психологічної інтервенції.

Структурованість сесій програми медико-психологічної реабілітації полягала в дотриманні певного алгоритму деяких сесій в залежності від груп хворих з ознаками РА або ПТСР (схема1).

Алгоритм програми медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій на основі психотерапевтичного супроводу.

Рекомендовані до застосування техніки у програмі медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Поряд з базовими техніками ТФТ,КПТ і ДПРО, рекомендуються до застосування і спеціальні, розроблені нами техніки.

Регуляція дихання

Психосовітня частина:

Частота та глибина дихання залежить від потреб організму і регулюється нервовими та гуморальними механізмами. Основна частина дихального центру знаходиться у довгастому мозку, але в інших частинах мозку також є структури, які впливають на дихання. Під час вдиху альвеоли легень розширюються, що зумовлює розтягування рецепторів, які знаходяться в їхніх стінках. Імпульси від рецепторів надходять до довгастого мозку, що гальмує вдих і викликає видих. Таким чином пневмотаксичний центр забезпечує по чергово вдих та видих, а пошкодження клітин центру зумовлює припинення дихання.

Коли людина перебуває у стресовому стані, в організмі виробляється й викидається в кров підвищена кількість адреналіну й норадреналіну. Під впливом цих гормонів зростає частота серцебиття, і таким чином, активізується в цілому робота серця. Відбувається потужна мобілізація, яка спрямована на виконання активної фізичної роботи, що в свою чергу, впливає на підвищення захисних сил організму.

Однак, стресогена ситуація та пов'язана з цим діяльність сприяє накопиченню напруги.

Одним з найбільш ефективних і доступних способів відновлення стану є регуляція дихання. Нервові імпульси з дихальних центрів мозку поширюються на кору головного мозку й змінюють її тонус. Тип дихання, при якому вдих здійснюється швидко й енергійно, а видих – повільно, після затримки дихання, що викликає зниження тону центральної нервової системи, нормалізацію кров'яного тиску, зняття емоційної напруги. Повільний вдих і різкий видих тонізують нервову систему, підвищують рівень її функціонування.

«Заспокійливе дихання». У вихідному положенні, стоячи, або сидячи, зробити повний вдих. Потім, затримавши дихання, уявити коло й повільно видихнути в нього. Цей прийом повторити чотири рази. Після цього знову вдихнути, уявити трикутник і видихнути в нього три рази. Потім подібним же чином двічі видихнути в квадрат. Після виконання цих процедур обов'язково настає заспокоєння.

«Видихання в томи». Лягти на спину, розслабитися, встановити повільне і ритмічне дихання. Найяскравіше уявити, що з кожним вдихом легені наповнює життєва сила, а з кожним видихом вона поширюється по всьому тілу.

«Позіхання». За оцінкою фахівців позіхання дозволяє майже миттєво збагатити кров киснем і звільнитися від надлишку вуглекислоти. М'язи, шиї, обличчя, ротової порожнини, що напружуються в процесі позіхання, прискорюють кровообіг до головного мозку. Позіхання поліпшує кровопостачання до легень, виштовхуючи кров з печінки, підвищує тонус організму, створює імпульс позитивних емоцій. Для виконання вправи потрібно закрити очі і якнайширше відкрити рот, напружити ротову порожнину, ніби то вимовляючи розтягнуте «у-у-у». У цей час необхідно якомога яскравіше уявити, що в роті утворюється порожнина, дно якої опускається вниз. Позіхання виконується з одночасним потягуванням усього тіла. Підвищенню ефективності позіхання сприяє посмішка, що підсилює розслаблення м'язів обличчя й формує позитивний емоційний імпульс. Після позіхання настає розслаблення м'язів, з'являється почуття спокою.

Техніки для саморегуляції:

Вправа «розрядка» полягає в почерговому натисненні чотирьох точок навколо губ. Протягом трьох секунд вказівним пальцем треба масажувати точку зверху. Потім після перерви в 10-15 секунд натискати на точку знизу. Після другої перерви варто одночасно масажувати точки з обох боків. Результатом буде розслаблення м'язів усього тіла. Потім потрібно сісти, розслабитися, імітуючи засипання й поступово уповільнити дихання, звертаючи особливу увагу на продовження видиху. Через 3-5 хвилин зникне багато негативних відчуттів.

Вправа «антистрес», спрямована для зниження надмірного емоційного напруження. Для цього протягом трьох секунд необхідно плавно й рівномірно натискати на антистресову точку, що знаходиться під підборіддям. При масуванні цієї точки ви відчуєте легку лому, печіння. Після масування зазначеної точки, розслабтеся, уявіть стан знемоги, постарайтеся викликати приємні образи. Через 3-5 хвилин, потягуючись при позіханні, напружте а потім розслабте всі м'язи тіла.

Вправа «Точки». Зручно сядьте на стілець, покладіть руки на коліна, притискаючи великі пальці до вказівного. Чітко зафіксуйте місце, де закінчується складка шкіри між вказівним і великим пальцями. Тут розташована точка, масування якої тонізує, поліпшує самопочуття. Масаж здійснювати протягом декількох хвилин вібруючими рухами вказівного пальця. Вправа виконується на обох руках. При виконанні цього прийому палець ніби вгвинчується в точку, що викликає в ній відчуття теплоти й печіння. Після цього знову покладіть руки на коліна так, щоб долонею повністю охопити колінну чашечку. При цьому вказівний палець розташовується на середині чашечки, а інші пальці притиснуті один до одного. Тоді підмізний палець буде прощупувати невелике поглиблення під виступом круглої кістки. Знайдіть дану точку й масажуйте її. При цьому ви будете відчувати легку лому.

Вправа «м'язове розслаблення» для зняття надмірної психічної активності. Для зняття психічного напруження, негативних емоційних

станів рекомендується наспівувати звукосполучення «м-пом-пеее»: «м-пом» - коротко, а «пее-еее» – розтягнуто.

Вправа «Медитація» потребує спеціальних умов і рекомендується до застосування під час відпочинку. Одним із різновидів медитації є сидяча медитація. Вихідне положення для виконання вправи – сидячи обличчям до стіни, зі схрещеними ногами (по-турецьки). Для запобігання порушення кровообігу ті, що займаються, сідають на подушку й підкладають подушки (валики) під коліна. Погляд спрямовується на який-небудь предмет, що перебуває «у нескінченності», або на кінчик носа, без напруги зорових м'язів. М'язи розслаблені, очі напівзакриті, дихання повільне та глибоке, ритмічне, вільне. Руки вільно лежать на колінах, пальці рук з'єднуються. Увага концентрується на диханні.

Техніки роботи з агресією

Психоосвітня частина: форми агресії з поясненням.

Псевдоагресія. Під цим поняттям розуміються дії, в результаті яких може бути завдано збитків, але яким не передували злі наміри. Яскравий приклад псевдоагресії – випадкове поранення людини.

Ненавмисна агресія. Дії, які не спрямовані на вчинення збитків, але доволі небезпечні, що може призвести при недбалості.

Ігрова агресія. Ігрова агресія необхідна в навчальному тренінгу на майстерність, спритність і швидкість реакцій. Вона не має ніякої руйнівної мети і жодних негативних мотивацій (гнів, ненависть).

Агресія як самоствердження. Найважливіший вид псевдоагресії можна в якійсь мірі прирівняти до самоствердження. Йдеться про пряму в значенні слова «агресії»: в буквальному сенсі корінь *aggredi* походить від *adgradi* (*gradus* означає «крок», а *ad* – «на»), тобто виходить щось на кшталт «рухатися на», «на-ступати»). Концепція агресії, як самоствердження, знаходить підтвердження в спостереженнях за зв'язком між впливом чоловічих гормонів і агресивною поведінкою. Деструктивним проявом є ворожість, недовірливість, відчуття постійного гніву, бажання влади.

Оборонна агресія. Є фактором біологічної адаптації. Людина має не тільки здатність передбачати реальну небезпеку в майбутньому, але ще дозволяє себе умовити, допускає, щоб нею маніпулювали, керували, переконували.

Алгоритм роботи з агресивними проявами:

Позитивний настрій. Треба запитати себе – чого я хочу досягти: покарання, відреагувати свій гнів, висловити своє ставлення, або створити умови для зміни поведінки? Потрібно оцінити реалістичність і можливість реалізації мети, а також її зрозумілість, доступність, привабливість.

Довірлива обстановка. Потрібно освоїти прийоми і способи, що дозволяють пробитися через комунікативні бар'єри: агресію, замкнутість, брехня. Рівень відкритості прямо пов'язаний з відчуттям власної безпеки. До цього допомога неможлива.

Суб'єктивність взаємодії. Допомогти можна тільки тоді, коли особистість відчуває себе не об'єктом впливу, а творцем власного життя. Головне – це виявити зацікавленість до позитивних змін в собі і своєму житті.

Виявлення причин. Потрібно знайти причини поведінки (прагнення привернути до себе увагу, прагнення до самоствердження, морально-духовна незрілість, прагнення помститися і ін.) Конкретна поведінка – це завжди наслідок чогось. Навіть якщо вчинок мав ситуативні передумови і не був свідомо мотивованим, слід звернутися до витоків. Може з'ясуватися, що причина порушення поведінки досить значна, тому, усуваючи лише наслідки бажаного результату не досягти.

Послідовність у взаєминах. Не змінювати свою позицію, адже слова і заяви не відповідають діям.

Позитивність взаємодії. Позитивність взаємодії передбачає наступне: 1). Постановка позитивної мети, що враховує інтереси, права і можливості. Формулювання мети буде позитивним в тому випадку, коли воно містить вказівку на позитивний результат («вести здоровий спосіб життя» замість «кинути палити»; «допомогтися позитивної

успішності». 2). Опора на позитивні якості і ресурси, відновлення позитивного самовідчуття.

Заохочення позитивних змін. Заохочення мінімальних змін передбачає вміння виділяти і цінувати навіть найменші досягнення. Традиційно, в нашій культурі прийнято винагороджувати за «високі успіхи» з точки зору загального, а не індивідуального зразка.

Ресурсні техніки

«Ухвалення почуттів як ресурс життєстійкості». Для роботи необхідно приготувати: 3 білих аркуша формату А4, половинку ватману (або шматок шпалер), клей і ножиці, акварельні фарби, або гуаш, пензлі, пастельні олівчик або фломастери.

Процес арт-терапевтичної техніки полягає в наступному:

Намалюйте на альбомному аркуші фарбами свої почуття (стан) в дитинстві. Розкажіть, що відбувається на малюнку.

На іншому аркуші – свої почуття (стан) в підлітково-юнацькому віці. Розкажіть, що відбувається на малюнку.

На третьому аркуші – почуття (стан), які відчуваєте зараз (в дорослому періоді). Розкажіть, що відбувається на малюнку.

Сфотографуйте все три свої «шедеври».

Розріжте ці три роботи на будь-яку кількість частин (можна порвати на шматочки різної форми або вирвати лише значущі образи і символи), а потім наклейте шматочки на половинку ватману так, як вам подобається, або, як забажає, як вони «просяться на ватман лягти»... Якщо вже не захочеться клеїти все шматочки – спаліть деякі з них або викиньте; однак допустимо зробити їх нижнім шаром роботи, тим самим взявши все почуття – вони ж ваші! Розкажіть, що тепер відображено на малюнку. Сфотографуйте цю роботу, інтегруючи в собі емоційні стани дитинства, підліткового періоду і дорослості. Усвідомте всі почуття, пов'язані з минулими спогадами і актуальними переживаннями; це забезпечить їх прийняття.

Погортайте красиві гляцеві журнали, перегляньте іншу поліграфічну продукцію, відберіть вподобані вам 3-4 картинки (можна і більше, звичайно), виріжте їх, а також слова або фрази, котрі привернули вашу увагу. Прислухайтеся до своїх почуттів, довіритесь своїй підсвідомості і наклейте ці картинки і фрази на свій «шедевр». (Можна виготовити і щось об'ємне, прикріпивши його до своєї роботи, наприклад, цукерку, серветку, коробочку з подарунком і ін.).

Сфотографуйте заключну роботу. У ній будуть відображені актуальні стану емоції і почуття – як позитивні, так і негативні. Заключна бесіда про виконану роботу з розбором образів і символів. При цьому слід звертати увагу не тільки на класичну інтерпретацію образів і символів, але і на їх індивідуальне значення.

Базові форми і методи психотерапії в системі медико-психологічної реабілітації постраждалих внаслідок бойових дій

Психотерапевтичний супровід реалізується за інтегративним принципом мультимодального застосування психотехнік у індивідуальній і груповій формах.

Індивідуальна психотерапія проводиться у формі консультування із застосуванням прийомів раціональної, когнітивно-поведінкової психотерапії, а при значних сомато-вегетативних проявах – АТ і гіпно-сугестивної.

Групова психотерапія проводиться у вигляді відкритих груп.

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

Загальним принципом має бути мінімізація медикаментозної терапії.

В якості препаратів седативної, протитривожної, сомногенної дії мають застосовуватися переважно препарати рослинного походження.

В основний лікувальний комплекс можливо включати фізіотерапевтичні заходи, згідно з основними правилами, що передбачають поступове наростання сили подразнювача за всіма параметрами

процедур: температура, експозиція, густина струму, фізичні навантаження, площа рефлексогенної зони. Вибір оптимальної дози ґрунтується на оцінці теперішнього стану пацієнта.

Психоосвітні (Інформаційно-санологічні) заходи.

Психоосвіта проводиться у напрямку інформування щодо механізмів формування патологічних проявів і засобів їх подолання. Проводиться також інформування загальної деонтологічної спрямованості, корекція шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю), пропаганда ЗСШ. У сесіях основна увага приділяється негативним наслідкам стресу і шляхам їхнього подолання.

Відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затвердженого наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі» від 23.02.2016р. № 121, рекомендовані такі обов'язкові психотерапевтичні дії:

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

Як бажані дії рекомендовані:

1. стрес-менеджмент;
2. сімейна психотерапія.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

В даний час основним методом психотерапії, який найбільш ефективний у лікуванні РА і ПТСР, вважається когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Існують різні варіанти КПТ, як за психотехнічними прийомами, так і за співвідношенням поведінкового і когнітивного компонентів.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (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. 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 та терапевтичної відповіді.

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 фармакотерапію.

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.

Експозиція

Однією з технік ТФ-КПТ, які рекомендовані при медико-психологічній реабілітації хворих на РА і ПТСР, є техніка експозиції, при якій пацієнта піддають дії подразників, що викликають страх, або обумовлюючих стимулів. Робиться це з метою створити умови для згасання (у міру того як ситуація стає звичною) умовно-рефлекторної емоційної реакції на цей набір стимулів. Вважається, що даний прийом може також служити засобом спростування очікувань або переконань хворого щодо певних ситуацій і їх наслідків. Існує декілька

різновидів методів лікування, заснованих на використанні техніки експозиції; вони розрізняються залежно від способу пред'явлення стимулів (пацієнт може піддаватися їх дії в уяві або *in vivo*) і по інтенсивності дії (чи здійснюється в процесі лікування поступовий перехід до сильніших подразників, або хворого відразу ж зіштовхують з найвизначальнішим з них). У деяких випадках, наприклад при адаптації до психотравмуючих спогадів, в процесі лікування РА і ПТСР, вже через специфічну природу розладу застосовна тільки експозиція в уяві. Аналогічним чином при використанні методів лікування, орієнтованих на когнітивні функції, ірраціональні думки пацієнта оспорожують, піддаючи його дії ситуацій, які показують, що ці ідеї помилкові або нереалістичні.

Десенситизація

Ефективною методикою в комплексі медико-психологічної реабілітації хворих на РА і ПТСР вважається методика десенситизації. За допомогою психотерапевта хворий будує ієрархію подразників, що провокують, в першу чергу, тривогу, а потім і відтворюють психотравму в цілому. Потім йому пред'являють ці стимули, починаючи з найбільш нешкідливих. Після того, як він справиться з одним подразником, пред'являють наступний. При пред'явленні стимулів можуть використовуватися два способи: або десенситизація в уяві, або градуйована дія (десенситизація *in vivo*).

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

Поетапна, градуйована дія (або десенситизація *in vivo*) припускає, що хворий повинен зустрічатися із зухвалюючими тривогу подразниками (починаючи з найбільш слабких) в реальному житті. Даному варіанту віддають перевагу більшість психотерапевтів, оскільки саме зіткнення із стресорами в реальному житті завжди є кінцевою метою лікування, і цей метод ефективніший.

Найбільш адекватною модифікацією КПТ в психотерапії РА і ПТСР є терапія, що була розроблена Aaron Beck, вона являє собою короткотривалу структуровану терапію, яка використовує активну співпрацю

між лікарем і хворим для досягнення терапевтичних цілей, і орієнтована на поточні проблеми та їх вирішення.

Терапевтичною основою КПТ є уявлення про те, що когнітивні дисфункції є провідним механізмом формування депресії і що афективні та сомато-вегетативні зміни та інші, пов'язані з ними, є наслідком когнітивних дисфункцій.

Основні напрямки КП: 1) ідентифікувати і перевіряти негативні пізнання; 2) розвивати альтернативні і більш гнучкі схеми, і 3) утримувати як нові когнітивні здібності, так і нові поведінкові реакції.

КП відноситься до короткокурсів методів, що проводиться 2-4 рази на тиждень, загальна тривалість 4-6 тижнів.

У кожному сеансі КП встановлюється порядок денний на початку кожного сеансу, дається домашня робота, яку виконують між сеансами, і проводиться навчання новим навичкам. КП включає три компоненти: дидактичний, когнітивний і поведінковий.

Дидактичний компонент включає пояснення хворому когнітивної тріади, схеми і помилкової логіки. Проводиться обговорення з хворим, формулювання гіпотези депресії і перевірка її в курсі лікування. КП потребує повного пояснення зв'язку між депресією і мисленням, афектом і поведінкою, також як логічного обґрунтування всіх аспектів лікування.

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

Поведінковий компонент використовується для зміни дезадаптивного або неточного пізнання. Загальна мета – допомогти хворому зрозуміти неточність своїх когнітивних тверджень і навчитися новим стратегіям і шляхам подолання помилок.

Серед використовуваних в терапії поведінкових методів: створення схеми діяльності, навчання тому, як отримувати задоволення, поступове ускладнення завдання, утримання нових знань, навчання самоповазі, рольова гра і методи відволікання.

Інші відомі методики поведінкової терапії – імерсія (зокрема, «парадоксальна інтенція» Франкла), імплізія, методики повені, покарання, зупинки думок, занурення, викликаного гніву, акцептивний тренінг, тренінг самоінструкцій, «жетонна система» та багато інших за потреби також можуть використовуватися в комплексі реабілітаційних заходів пацієнтів з РА і ПТСР.

Дуже важливо також адекватне навчання дихальним вправам, особливо для пацієнтів зі схильністю гіпервентиляційного синдрому, що характерно, зокрема, для багатьох хворих, у яких в структурі клінічної картини РА і ПТСР спостерігаються кризові стани, схожі на панічні атаки.

Десенсибілізація та переробка рухом очей (ДПРО) в комплексі медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій і тимчасово переміщених осіб використовується з метою переробки спогадів з високим негативним емоційним зарядом у нейтральні форми, завдяки чому відповідні уявлення і переконання набувають конструктивний характер.

Стандартна процедура ДПРО містить 8 стадій: 1. Оцінка факторів безпеки пацієнта, історії його хвороби, планування терапії. 2. Підготовка. 3. Визначення предмету впливу. 4. Десенсибілізація. 5. Інсталяція. 6. Сканування тіла. 7. Завершення. 8. Переоцінка.

Допоміжні техніки

Допоміжними методами в комплексі медико-психологічної реабілітації можуть бути аутосугестивні: самонавіювання за E. Coue (1928), аутогенне тренування за J. Shultz (1932), H. Kleinsorge, G. Clambies (1965), W. Luthe (1969), прогресуюча м'язова релаксація Джейкобсона. Всі методики засновані на тому, що вербальні формули сугестії і невербальні прийоми, що полегшують її реалізацію, проводять самі пацієнти.

МЕТОДИКИ АУТОГЕННОГО ТРЕНУВАННЯ

Аутогенне тренування (далі – АТ) є активним методом психотерапії, психопрофілактики і психогігієни, що спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини.

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

АТ за Шульцем (J. Shultz, 1932)

АТ складається з двох етапів (ступенів). Завданням першого етапу є здатність контролювати, головним чином, соматичні функції (тому Шульц назвав його «організмичним»). Другий етап переслідує мету оволодіння здатністю контролю психічних функцій. Цей етап методично вельми складний, трудомісткий, показання до його застосування дуже обмежені і нечіткі.

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

Перший етап:

Я абсолютно спокійний.

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

Другий етап:

Я абсолютно спокійний

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

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

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

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

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

Для більш специфічних терапевтичних завдань може використовуватися АТ в модифікації К.І. Міровського і А.Н. Шогамі – «психотонічне тренування».

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

Текст тренування: «Я абсолютно спокійний. Все моє тіло розслаблене і спокійно. Ніщо не відволікає. Все байдуже. 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 готово до кидку. Весь напружений. Увага! Встати! Поштовх!».

Методика АТ в модифікації Б. Михайлова

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

Прогресуюча м'язова релаксація Е. Джейкобсона (Е. Jacobson, 1929)

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

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

Вправи починаються з 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 в розслабленні м'язові групи, сила напруги в м'язах зменшується і поступова увага все більш акцентується на спогаді.

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

РАЦІОНАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ

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

Пряма раціональна психотерапія

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

Така модель являла патерналістично-авторитарний характер взаємин «терапевт - пацієнт». «М'якшу» модель раціональної психотерапії розробили J. Dejeirine, E. Hokler (1912), що акцентували увагу на емоційному компоненті, необхідності вироблення особистісної довіри і емпатичного контакту лікаря – психотерапевта і пацієнта.

Непряма раціональна психотерапія: арттерапія, бібліотерапія

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

ГРУПОВА ПСИХОТЕРАПІЯ

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

Діагностичні прийоми

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

Процедури і техніка

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

Найважливішою процедурою групової психотерапії є формування психотерапевтичної групи.

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

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

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

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

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

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

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

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

Через організаційні особливості групи можуть бути амбулаторними і стаціонарними.

Психотерапевтичні групи розділяються на закриті і відкриті.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

До невербальних засобів належать міміка, жестикуляція, інтонація.

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

Тривалість курсу групової психотерапії залежить від теоретичної орієнтації групового психотерапевта, нозологічної приналежності учасників групи (контингенту), а також типу лікувально-профілактичної установи. В середньому вона складає 12 сеансів по 1,5 години кожен, може бути подовжена до 40 сеансів; існують середньо-термінові (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 головного засобу комунікації в групі. Психогімнастика припускає вираз переживань, емоційних станів, проблем за допомогою рухів, міміки, пантоміми.

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

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

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

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

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

Можна констатувати, що групові форми психотерапевтичної (і психологічної) дії мають одну найважливішу перевагу – економічність; а також, у порівнянні з індивідуальними формами психотерапії, ефективність. Причини цього вбачаються в тому, що групові форми, які мають на увазі формування малих груп, компліментарні, соціально-соцієтальним структурам взагалі, отже позначається вплив загальної тенденції до демократизації суспільства.

МЕТОДИКА ГІПНОТЕРАПІЇ (В МОДИФІКАЦІЇ А.Т. ФІЛАТОВА – Б.В. МИХАЙЛОВА)

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

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

2. Адресація навіювань до кінестетичного аналізатора: «М'язи рук, ніг, тулубу розслаблені... У них немає ані найменшої напруги... Все тіло приємно обважніло... Вам не хочеться ні рухатися, ні ворухитися... Поступово стають важчими ваші повіки. Повіки тяжчають все більше і більше... Вони обважніли і щільно-щільно закрились...

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

Розслаблення переходить на м'язи 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 стопи.

Повністю розслабилися м'язи вашого тіла».

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

3.1 **Адресація навіювань до дихального апарату:** «Ваше дихання стало рівним, спокійним, ритмічним».

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

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

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

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

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

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

Відчуття спокою наростає. Заспокоюється кожен нерв. Заспокоюється кожна нервова клітина. Заспокоюється нервова система. Всі ваші

хвилювання розсіваються. Спокій все більше і більше виражений. Ви відчуваєте, як ваше тіло наповнюється приємним спокоєм. Ніщо не хвилює вас. Ніщо не порушує вашого спокою, а ні тілесного, а ні душевного...».

7. **Переклад спокою в дрімоту:** «М'язи тулуба, рук, ніг розслаблені. У них немає ані найменшої напруги. Вам не хочеться ні рухатися, ні ворушитися. Ви спокійні. Ваш спокій поєднується з відчуттям сонливості, дрімоти. Цей стан вам приємний... Поступово ви занурюєтесь в дрімотний стан... Приємна дрімота оволодіває всім вашим тілом...

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

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

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

9. **Переведення 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. Проте це не звичайна бесіда. Ви знаходитеся в гіпнотичному стані. Це корисний для вас стан».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Тепло в області серця, розширення коронарних судин надає виключно 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 стає здоровішою. Кожна клітинка вашого тіла накопичує зараз запас енергії. Поліпшення стану кожної клітинки приводить до оновлення Вашого організму...».

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

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

Так само поліпшується автоматична регуляція діяльності інших систем: травлення, 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 більш явно.

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

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

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

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

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

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

Зараз ви починаєте виходити з гіпнотичного стану. Проходить важкість у вашому тілі. З'являється приємна легкість, бадьорість. Голова стає свіжішою і легшою. Руки стали легкими. Ноги легкі. Все ваше тіло легке. Спокій залишається. Залишається відчуття приємного тепла в області серця. У всьому тілі відчуття комфорту. Ви виходите з гіпнозу, відчуваєте себе такими, що відпочили, спокійними, здоровими. У вас гарний настрій. Вам приємно. Виходьте з гіпнозу.

Я починаю рахувати. На рахунок «три» ви вільно, спокійно розплющити очі і відчуватимете себе добре. Сьогодні увечері ви швидко заснете, і вночі спатимете міцним і глибоким сном.

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

Гіпносугестивна психотерапія використовується з метою досягнення особливого стану свідомості, що виникає під впливом спрямованої психологічної дії для значного підвищення сприйнятливості до специфічно направлених психологічних чинників при різкому пониженні чутливості до дії всіх інших чинників зовнішнього середовища.

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

Аромомузико-кольоротерапія. Вплив комбінований. Біологічно активні речовини ефіроолійних рослин впливають на неспецифічну реактивність організму, підвищують адаптаційні здібності, активують метаболічні процеси. Музика акцентує психотропний вплив. Звукова інформація подається у виді музичного супроводу.

Допоміжними засобами в комплексі реабілітації пропонуються також теренкур, методи бальнеотерапії і теплотікування, електротерапія, фітотерапія, лікувальна фізкультура, лікувальний масаж, рефлексотерапія, лікувальне харчування.

Психофармакотерапія

Фармакотерапія розладів психіки і поведінки передбачає використання широкого спектра психотропних засобів – анксиолітиків, антидепресантів, атипичних нейролептиків, антипароксизмальних та нормотимічних препаратів. Однак, застосування психотропних препаратів у клініці реактивно-психотичних, невротичних розладів РА I ПТСР має свої особливості. При призначенні психотропних засобів доцільно прагнути до монотерапії з використанням комфортних у вживанні для хворих лікарських засобів.

Враховуючи можливість підвищеної чутливості, а також можливість побічних ефектів, психотропні засоби призначаються у малих та середніх дозуваннях. До вимог відносяться також мінімальний вплив на соматичні функції, вагу тіла, мінімальна поведінкова токсичність і тератогенний ефект, можливість застосування в період лактації, низька ймовірність взаємодії із соматотропними препаратами.

Фармакотерапія хворих з реактивно-психотичними, невротичними розладами, РА і ПТСР, в структурі яких спостерігаються пароксизмальні стани, також спрямована на основні групи симптомів-мішеней: афективних та сомато-вегетативних.

Всі ці обставини зумовлюють вибір препаратів відповідних фармакологічних груп.

Нейролептики

Хлорпромазин – застосовується для усунення психомоторного збудження, або афективного напруження; вводиться внутрішньом'язово. Може спричиняти колаптоїдні стани.

Галоперидол – показаний як у разі гострих, так і хронічних психічних розладів, чинить як антипсихотичну, так і сильну психоседативну дію. Показаний для купірування різного роду збудження (маніакального, кататонічного, маревного й ін.). Спричиняє виражені екстрапірамідні розлади.

Трифлуперидол – за своєю дією подібний до галоперидолу, але сильніше за нього. Особливо показаний у разі стійкого слухового галюцинозу.

Клозапін – справляє виражену антипсихотичну дію, але на відміну від інших нейролептиків не спричинює екстрапірамідні порушення і загальне пригнічення. Його застосовують у разі галюцинаторно-маревних і афективно-маревних розладів.

Левомепромазин – виявляє сильний протитривожний і снодійний ефекти. Його часто призначають тільки на ніч – як допоміжний засіб. Він здатний спричинити різке зниження артеріального тиску, колаптоїдний стан.

Хлорпромазин – усуває тривогу, страх, занепокоєння, але, на відміну від терцину, не спричинює виражену млявість і сонливість, тому його можна застосовувати вдень.

Зуклопентиксол – чинить виражену антипсихотичну, специфічну гальмівну і неспецифічну седативну дію. Специфічна гальмівна дія

зуклопентиксолу особливо важлива під час лікування пацієнтів з ажитацією, занепокоєнням, ворожістю або агресивністю.

Оланзапін – призначається для лікування гострої форми шизофренії та інших психозів із яскраво вираженими позитивними симптомами (такими, як марення, галюцинації, розлад мислення, ворожість і підозрілість) і/або негативними симптомами.

Рисперидон – показаний для лікування гострих нападів шизофренії, шизоафективного психозу, інших психотичних розладів із продуктивною симптоматикою.

Антидепресанти

Препаратами першого вибору є антидепресанти селективної дії, а саме інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС): сертралін, пароксетин, флуоксетин, флувоксамін, циталопрам, есциталопрам.

Недоліком препаратів цієї групи є відносно малий анксиолітичний компонент дії і, через це, недостатня ефективність щодо порушень емоційної сфери із тривожним компонентом. Латентне вікно терапевтичної дії протягом 10-14 днів у всіх препаратів цієї групи змушує протягом цього часу застосовувати анксиолітики-транквілізатори бензодіазепінового ряду. Препарати усієї групи призначаються тривалими курсами.

- Пароксетин – від 10 до 40 мг на добу (макс доза – 80 мг)
- Сертралін – від 50 до 100 мг на добу (макс доза – 200 мг)
- Флуоксетин – від 20 до 40 мг на добу (макс доза – 80 мг)
- Циталопрам – від 20 до 40 мг на добу (макс доза – 60 мг)
- Флувоксамін – від 50 мг до 100 мг на добу (макс доза – 300 мг)
- Есциталопрам – від 10 мг до 20 мг на добу (макс доза – 40 мг)

Трициклічні антидепресанти:

- Амітриптилін – від 25 до 200 мг на добу (макс доза – 400 мг) Може застосовуватись як тривалими, і короткими курсами
- Тіапенін – від 12,5 до 37,5 мг на добу (макс доза – 50 мг)

Тетрациклічні антидепресанти:

- Міртазапін (пресинаптичний α_2 -антагоніст, що покращує норадренергічну та серотонінергічну передачу) – доза від 15 до 30 мг на добу (макс доза до 45 мг/добу)

Транквілізатори бензодіазепінового ряду можуть застосовуватися одноразово або короткими курсами 7-14 днів.

- Діазепам – від 5 до 40 мг на добу (макс доза – 60 мг)
- Клоназепін – від 2 до 8 мг на добу (макс доза – 16 мг)
- Лідазепам – від 10 до 40 мг на добу (макс доза – 60 мг)
- Оксазепам – від 10 до 60 мг на добу (макс доза – 90 мг)
- Феназепам – від 0,5 до 3,0 мг на добу (макс доза – 6,0 мг)

Сомногенні:

- Нітразепам – від 2,5 до 10 мг на добу (макс доза – 15 мг)
- Флунітрозепам – від 0,5 до 1,5 мг на добу (макс доза – 2,0 мг)
- Золпідем – від 5 до 15 мг на добу (макс доза – 20 мг)
- Зопіклон – від 3,75 до 7,5 мг на добу (макс доза – 15 мг)

Нормотиміки:

- Карбамазепін – від 200 до 400 мг на добу (макс доза – 1000 мг)
- Вальпроат натрію – від 300 до 600 мг на добу (макс доза – 1400 мг)
- Прегабалін – від 150 до 600 мг на добу (макс доза – 600 мг)

При виражених компонентах тривоги ефективнішим може бути застосування антидепресантів подвійної дії – інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (ІЗЗСН).

Венлафаксин – 75-225 мг на добу

Дулоксетин – 30-120 мг/добу

Мілнаципран – 25-20 мг/добу

Тразодон – 50-600 мг/добу.

Значний позитивний ефект, особливо за наявності у клінічній структурі інсомнії, показав антидепресант нової групи мелатонінергічного ряду – від 25 до 50 мг на добу (макс доза – 50 мг).

За наявності у структурі афективних порушень тривожних компонентів рекомендується застосування бензодіазепінових транквілізаторів: діазепам, феназепам, хлордіазепоксид, оксазепам, мезепам.

Препаратами вибору при пароксизмах з алгічним та вираженим тривожним компонентом є прегабалін і габапентін.

При тривожно-фобічних розладах гарний ефект має небензодіазепіновий анксиолітик.

При вираженому іпохондричному компоненті ефект лікування транквілізаторами часто виявляється недостатнім. Необхідне їх поєднання застосування з коректорами поведінки: тіоридазин – від 30 до 75 мг на добу (макс доза – 800 мг).

При найбільш виражених сомато-вегетативних та сомато-сенсорних компонентах, як пароксизмального, так, особливо, перманентного характеру показано застосування атипичних нейролептиків.

- Сульпірид – від 100 до 300 мг на добу (макс доза – 800 мг)

Найбільш часто в лікуванні COVID-асоційованих розладів психіки і поведінки застосовуються антидепресанти. Це вимагає окремого розгляду їх застосування з урахуванням можливих побічних ефектів. У спеціальній літературі більшість публікацій містить опис терапевтичної дії антидепресантів та їх механізмів, переваги одних препаратів стосовно інших та практично немає описів побічних ефектів та механізмів, що лежать у їх основі. Але саме це має бути визначальним при виборі тактики їх застосування та корекції побічних ефектів.

Блокада зворотного захоплення норадреналіну

Терапевтичний ефект: тимоаналептичний, активуючий (зменшення психомоторної загальмованості без ажитації); протитривожний.

Побічні дії: тремор, тахікардія, еректильна дисфункція у чоловіків, аноргазмія у жінок.

Препарати: амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін, докsepін, дезіпрамін, триміпрамін, нортриптилін, азафен, досулепін, дибензепін, мелітрацен, мапротилін, міансерин, міртазапін, венлафаксин, віллоксазін.

Блокада зворотнього захоплення серотоніну

Терапевтичний ефект: тимоаналептичний, нормалізація циклу сон-не-спання, протитривожний, антифобічний, антиобсесивний, антикомпульсивний, анальгезуючий, пригнічення агресивної та суїцидальної поведінки, редукція потягу до психоактивних речовин.

Побічні дії: «серотоніновий» синдром: екстрапірамідні симптоми (акатизія, тремор, дизартрія, гіпертонус), міоклонічні посмикування, гіперрефлексія, головний біль, еректильна дисфункція у чоловіків, аноргазмія у жінок, диспептичні скарги, зниження апетиту, потенціювання дії L-триптофану, інгібіторів MAO.

Препарати: амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін, азафен, триміпрамін, нортриптилін, досулепін, опіпрамол, мелітрацен, мапротилін, міансерин, тразодон, венлафаксин, виллоксазін, мілнаципран, флуоксетин, флувосенін, флувокенін, флувоксінін, флувоксін.

Блокада зворотного захоплення дофаміну.

Терапевтичний ефект: активуючий ефект, антипаркінсонічний ефект.

Побічні дії: ажитація, посилення галюцинаторно-маячної симптоматики та зниження ефективності нейролептиків.

Препарати: іміпрамін, триміпрамін, вілоксазін, сертралін, амінептин, бупропіон.

Блокада гістамінових H1-рецепторів

Терапевтичний ефект: седативний, гіпногенний, антиалергічний.

Побічні дії: посилення ефекту психоактивних речовин (алкоголь, барбітурати, нейролептики, бензодіазепіни), сплутаність свідомості, збільшення апетиту та маси тіла, артеріальна гіпотензія.

Препарати: амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін, триміпрамін, докsepін, досулепін, дибензепін, опіпрамол, мелітрацен, міансерин, міртазапін, тразодон, нефазодон.

Блокада мускаринових M1-холінергічних рецепторів

Терапевтичний ефект: ослаблення ангедонії та ослаблення екстрапірамідної симптоматики.

Побічні дії: холінолітичний ефект, диплопія, нечіткість зору, сухість у роті, синусова тахікардія, затримка сечі, запори, порушення пам'яті, сплутаність свідомості або холінолітичний делірій (у хворих старших вікових груп), підвищення внутрішньоочного тиску, дисфункція передміхурової залози, екстрапір потенціювання ефектів антихолінергічних засобів.

Препарати: амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін, докsepін, триміпрамін, дезіпрамін, нортриптилін, досулепін, дибензепін, опіпрамол, мелітрацен, мапротилін, тразодон.

Блокада α 1-адренорецепторів

Терапевтичний ефект: седативний, гіпнотичний.

Побічні дії: адренолітичний ефект, ортостатична гіпотензія, запаморочення, тахікардія, посилення антигіпертензивної дії адреноблокаторів.

Препарати: амітриптилін, іміпрамін, кломіпрамін, докsepін, дезіпрамін, нортриптилін, триміпрамін, мапротилін, міансерин, тразодон, нефазодон, піразидол, флувоксамін.

Блокада пресинаптичних $\alpha 2$ -адренорецепторів

Терапевтичний ефект: тимоаналептичний та анксиолітичний.

Побічні дії: приапизм, зниження антигіпертензивної дії клофеліну та метилдофи.

Препарати: амітриптілін, триміпрамін, міансерин, міртазапін, тразодон.

Блокада D2-дофамінових рецепторів

Терапевтичний ефект: антипсихотичний, седативний, анальгезуючий, протиблювотний (анти-еметичний).

Побічні дії: екстрапірамідні рухові розлади, ериктильна дисфункція, гіпоталамічна галакторея, дисменорея, аногразмія, дискінезії та психотичні епізоди.

Препарати: триміпрамін, дезіпрамін, мапротилін.

Блокада D3-, D4-дофамінових рецепторів

Клінічні ефекти вивчені недостатньо.

Препарати: триміпрамін, дезіпрамін, мапротилін.

Стимуляція постсинаптичних 5-HT1-серотонінових рецепторів.

Терапевтичний ефект: анксиолітичний, антиобсесивний, тимоаналептичний, антимігренозний, антипсихотичний ефект, покращення когнітивних функцій.

Побічні дії вивчені недостатньо. *Препарати:* тіанептин, буспірон, міртазапін.

Блокада 5-HT2-серотонінових рецепторів

Терапевтичний ефект: анксиолітична, антидефіцитарна та частково антипсихотична дія, тимоаналептичний, антиагресивний ефект, підвищують апетит, покращують сон (без вираженого гіпнотичного

ефекту) за рахунок збільшення фази повільного сну (ФМС), антимігренозний, антипаркінсонічний ефект, зменшують гіперпролактинемію.

Побічні дії: підвищення апетиту; порушення еякуляції та ерекції у чоловіків.

Препарати: амітриптилін, доксерін, триміпрамін, дезіпрамін, нортриптилін, мапротилін, міансерин, міртазапін, ієфазодон, тразодон, піразидол, ритансерин.

Блокада 5-HT3-серотонінових рецепторів

Терапевтичний ефект: анксиолітичний, антипсихотичний ефект, покращення когнітивних функцій, у т.ч. при деменції, антиеметичний (протиблювотний) ефект.

Побічні дії: гіперсомнія, серотоніновий синдром, підвищення ваги.

Препарати: амітриптілін, міансерин, міртазапін, флуоксетин, сертралін, пароксетин.

Стимуляція постсинаптичних α -адренергічних рецепторів

Терапевтичний ефект: тимоаналептичний та анксиолітичний.

Побічні дії: ортостатична гіпотензія; тахікардія; порушення серцевого ритму та скоротливої здатності міокарда; гіперседація.

Препарати: міртазапін, венлафаксин, вілоксазін, бупропіон.

Стимуляція постсинаптичних рецепторів ГАМК

Терапевтичний ефект: анксиолітичний ефект.

Побічні дії: гіперсомнія.

Препарати: піразидол, алпразолам зменшує когнітивні розлади.

Блокада опіатних σ -рецепторів

Терапевтичний ефект: анальгезуючий (антиноцицептивний) та модулюючий ефект на дофамінергічну систему.

Препарати: флуоксетин, флувоксамін, сертралін.

Стимуляція бензодіазепінових BZ1-, BZ2-рецепторів

Терапевтичний ефект: анксиолітичний, антистресорний, антиагресивний, гіпнотичний, протисудомний.

Побічні дії: міорелаксуюча дія.

Препарати: алпразолам.

Інгібування MAO типу А (дезамінування серотоніну та норадреналіну)

Терапевтичний ефект: тимоаналептичний та активуючий ефект із ажитацією.

Побічні дії: «серотоніновий» синдром, посилення тривоги, безсоння, головний біль, нейротоксичні розлади, посилення пресорних ефектів симпатоміметичних амінів (адреналін, мезатон), взаємодія з ТЦА (гіпертонічні кризи), тирамінові «сирні» реакції (тирихін, тирімін; : сир, копченості, кава, пиво, вино) викликають артеріальну гіпертензію.

Препарати: ніаламід, інказан, піразидол, тетріндол, бефол, моклобемід, толоксатон.

Інгібування MAO типу Б (дезамінування фенілетиламіну, бензиламіну та дофаміну)

Терапевтичний ефект: посилення ефекту леводопи, тобто. антипаркінсонічний ефект.

Побічні дії: антигіпертензивне порушення функції печінки та лабільність судинного тону.

Препарати: ніаламід, інказан.

Таким чином, під час проведення фармакотерапії розладів психіки і поведінки внаслідок бойових дій, необхідно враховувати можливі побічні дії антидепресантів. Це необхідно для підтримки комплаєнтних відносин з пацієнтами, запобігання самостійного скасування терапії та цілеспрямованої корекції з урахуванням основних нейрохімічних ланок.

ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХІАТРИЧНОГО І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО СУПРОВОДУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЧЛЕНІВ РОДИН ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Принципом формування психіатричної і медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій, членів їх сімей, родин загиблих військовослужбовців, тимчасово переміщених осіб є чітке розмежування контингентів за ознаками тяжкості розладів, від чого залежить їх реабілітаційний маршрут.

Перша група – особи, у яких бойовий стрес не призвів до розладів психіки і поведінки, які досягають хворобливого рівня.

Друга група – особи, у яких бойовий стрес призвів до розладів психіки і поведінки, які досягають хворобливого рівня.

Третя група – особи, які продовжують службу в Збройних Силах України, Нацгвардії України та інших військових формуваннях.

Етапи надання психіатричної і медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій

Лікарі першого контакту (первинний рівень медичної допомоги).

Психоневрологічні диспансери, психіатричні лікарні, центри (відділення) медико-психологічної реабілітації в районах міста та області/кабінети психотерапії (вторинний рівень медичної допомоги).

Психоневрологічні диспансери, психіатричні лікарні, центри (відділення) медико-психологічної реабілітації госпіталів ветеранів війни та учасників бойових дій (третинний рівень медичної допомоги).

Центри (відділення) медико-психологічної реабілітації в мережах санаторно-курортних закладів (за потреби).

Психологічну реабілітацію особам з першої групи здійснюють підрозділи соціального захисту обласних, міських, районних держадміністрацій.

Особам другої групи відновлювальне лікування і медико-психологічна реабілітація проводиться в медичних (лікувальних) закладах і за показаннями в санаторно-курортних закладах.

Психіатричну допомогу в медико-психологічну реабілітацію особам третьої групи здійснюють відповідні відомчі медичні і психологічні служби.

Психіатрична допомога і реабілітація та медичних (лікувальних) закладах надають за комплексною мультидисциплінарною системою із застосуванням психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних методів та методів фізичної реабілітації, до яких в санаторно-курортній мережі додається дія природних і преформованих факторів.

Регіональними центрами медико-психологічної реабілітації визначені госпіталі ветеранів бойових дій, спеціалізовані центри і лікувальні заклади ЗС України, МВС України, Нацгвардії й інших силових відомств.

Обсяг і вибір методів і технік психофармакологічного і психотерапевтичного супроводу формується за мультимодальним принципом з урахуванням персоніфікованого підходу.

Така система психіатричної і медико-психологічної допомоги постраждалим внаслідок бойових дій має найбільш високу ефективність і може бути рекомендована як модель для уніфікованого впровадження, що дозволить відновити рівень їх соціального функціонування і підвищити якість життя.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (методичні рекомендації) / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін.] – Харків, 2014. – 79 с.
2. 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.
3. Лікування та реабілітація комбатантів – миротворців із посттравматичним стресовим розладом / [О. Г. Сиропятов, О. К. Напрєєнко, Н. О. Дзеружинська та ін.]. – К. : О. Т. Ростунов, 2012. – 76с.
4. Медико-психологічна реабілітація поліцейських, військовослужбовців Національної гвардії України, які приймали участь в антитерористичній операції (клінічна настанова) / [Б. В. Михайлов, В. С. Гічун, О.П. Михайлік, О. М. Зінченко] – Харків-Київ, 2015. – 46с.
5. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова). Михайлов Б. В. – Київ-Харків, 2015. – 72с.
6. 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. – 28с.
7. Методика и техника аутотренинга: Методические рекомендации / [А.Т. Филатов, А. А. Мартыненко, Т. И. Ахметов и др.] – Х.: ХМАПО, 2012. – 19с. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. – Львів:Видавництво Мс.- 2004.- 208с.
8. Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В. Клініка, діагностика і лікування емоційно-стресових розладів. Клінічна настанова/Авт.кол.: В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов. - Професійні видання. Україна, Київ. - 2021.64с.
9. Михайлов Б.В., Федак Б.С. Психотерапія в соматичній медицині.: Монографія/Б.В.Михайлов,Б.С.Федак,Харків: Видавництво «Точка»,2017.508с.
10. Михайлов Б.В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження. – Психічне здоров'я. – 2015. – №2/ 47 – С. 9-18.
11. Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, В.О. Курило, С.Н. Саржевський Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. – Вид. 2-е, перероблене та доповнене.-Х.: ХМАПО, 2014. – с.
12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008 р. № 199, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 3.07.2008 р. за № 577/15268 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу».
13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від від 23.02.2016р. № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі».
14. Особливості діагностики, терапії та медико-психологічної реабілітації вимушених переселенців з зони бойових дій, хворих на посттравматичний стресовий розлад (методичні рекомендації) / [І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов, С. В. Рокутов та ін.] – Київ, 2015. – 28с.
15. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник/ Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова – Вид. 2-е, перероблене та доповнене. – Х. : ХМАПО, 2014. – 285 с.
16. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація (методичні рекомендації) / [П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов та ін.]. – Харків, 2002. – 47с.
17. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру і рятувальників.): Методичні рекомендації / [Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, М. П. Бєро та ін.] – К. : МОЗ України, 2010. – 31 с.

-
18. Психіатрія і наркологія: підручник. / О. К. Напрєєнко, М. І. Винник, І. Й. Влох; за ред. проф. О. К. Напрєєнка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 528с.
 19. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах.: Методичні рекомендації / [Я. В. Маєнера, І. В. Воробйова, О. С. Колесніченко та ін.] – Х.: НАНГУ, 2015. – 68с.
 20. Ялом И., Лесц М. Групповая психотерапия. Теория и практика. 5-е изд./Пер.с англ.- СПб.:Питер,2009.- 688 с.:ил.

ДОДАТОК 1

Психофармакологічні засоби, які можуть бути використані для лікування психотичних і непсихотичних розладів психіки і поведінки внаслідок бойових дій.

Нейролептики

Ці психотропні засоби найчастіше використовують для лікування хворих із психозами, але в низьких дозах їх застосовують також у разі непсихотичних (невротичних, психопатичних) розладів. Нейролептики пригнічують збуджену психічну діяльність хворої людини і виявляють антипсихотичну (усунення марення, галюцинацій), антиагресивну (ослаблення психомоторної активності), психоседативну (збідніння емоціями, переживаннями) і анксиолітичну (усунення патологічної тривоги) дію, механізм якої пов'язаний із пригніченням адренергічних і дофамінергічних рецепторів у центральних міжнейронних синапсах. Впливом на ці системи зумовлюється також і ряд інших ефектів, властивих нейролептикам (протисудомний, міорелаксійний, потенціювання, гіпотермія, гіпотензія, протиблювотний і ін.), у тому числі і побічних (екстрапірамідні порушення). У групі нейролептиків виділяють:

1. Похідні фенотіазину.
 - А. Аліфатичного ряду (аміназин, пропазин, левомепромазин).
 - Б. Піперазинового ряду (зуклопентиксол, флунентиксол, метеразин, етаперазин, френолон, трифтазин, кветіапін, фторфеназин, фторфенозин-деканоат).
 - В. Піперидинового ряду (періціазин, тіоридазин).
2. Похідні тіоксантену (хлорпротиксен).
3. Похідні бутирофенону (дроперидол, галоперидол, трифлуперидол).
4. Похідні дифенілбутилпіперидину (флуспірилен, пімозид).

-
5. Похідні дибензодіазепіну (азалептин, оланзапін).
 6. Похідні індолу (карбідин).
 7. Заміщені бензаміди (сульпірид, тіаприд).
 8. Похідні піримідину та імідазолідинону (рисперидон, сертиндол).

За характером дії на психотичну симптоматику виділяють чотири основні групи нейролептиків:

1. Нейролептики переважно седативної дії (аміназин, тизерцин, труксал).
2. Нейролептики загальної антипсихотичної дії (аміназин, трифтазин, і галоперидол).
3. Нейролептики антипсихотичної дії, спрямованої на купірування галюцинаторнопараноїдних розладів (трифтазин, галоперидол, аміназин).
4. Нейролептики антипсихотичної дії зі стимулюючим компонентом (метеразін, етаперазін, френолон, тіоридазин, неупелтил, хлорпротиксен, сульпірид). Крім того, залежно від вираженості екстрапірамідних розладів, усі нейролептики підрозділяють на типи (1,2,3) і атипові (4,5,6,7,8).

Антипсихотичні препарати, що називають атиповими, у разі звичайних клінічних дозувань не спричиняють екстрапірамідні побічні явища. Особливістю атипових нейролептиків (азалептин, оланзапін, рисперидон) є менш виражена спорідненість із допаміновими D₂-рецепторами, блокування яких і призводить до розвитку екстрапірамідних ефектів. Більш виражена спорідненість з D₁-рецепторами, що забезпечує купірування продуктивної симптоматики, та із серотоніновими 5HT₂-рецепторами, зв'язування з якими, ймовірно, є причиною ефективності відносно негативної симптоматики у разі шизофренії. Через усезростаюче розповсюдження сучасних антипсихотичних препаратів термін «нейролептики» виходить із ужитку. Сьогодні нейролептики називають антипсихотиками I покоління, а атипові – антипсихотиками II покоління.

Хлорпромазин – перший із психотропних засобів, із якого почався розвиток психофармакології. Його антипсихотична і виражена психоседативна дія відкрита французькими психіатрами Ж. Делєєм і П. Денікером у 1952 р. До цього хлорпромазин застосовували у ветеринарії як протигельмінтозний засіб. Для усунення психомоторного збудження, або афективного напруження його вводять внутрішньом'язово. Він може спричинити колаптоїдні стани. У разі тривалого вживання призводить до розвитку депресій, паркінсоноподібних порушень, тромбоемболічної хвороби. У рідкісних випадках виникають жовтяниця і агранулоцитоз. Протипоказаннями служать хвороби печінки і нирок, серця і кровотворних органів, схильність до тромбоутворення. Аміназин може спричинити алергічні реакції.

Трифтазин застосовують перорально, дія його поступова (у разі гострих психотичних розладів малоефективний), показаний для тривалого і підтримувального лікування, особливо в разі маревних розладів. Низькі дози характеризуються активуючою дією, тому призначаються у разі апатії, анергії, але спочатку вони можуть посилювати тривогу, марення, галюцинації. Як побічні явища, часто виникають екстрапірамідні розлади – м'язовий тремор, скутість і ін. Тому лікування трифтазином звичайно поєднують із вживанням циклодолу.

Галоперидол показаний, як у разі гострих, так і хронічних психічних розладів, чинить, як антипсихотичну, так і сильну психоседативну дію. Показаний для купірування різного роду збудження (маніакального, кататонічного, маревного й ін.). У цих випадках його вводять внутрішньом'язово, або внутрішньовенно краплинно. У разі галюцинозів він більш ефективний, ніж трифтазин. Для хронічних розладів призначають у формі крапель і таблеток. Галоперидол спричинює виражені екстрапірамідні розлади. Можуть виникати напади судомного зведення м'язів, язика, шиї, очних, лицьових. Тільки низькі дози (до 1 - 2 мг/добу) можуть застосовуватися без циклодолу. Галоперидол протипоказаний у разі органічних уражень головного мозку, а також, коли паркінсоноподібні розлади виникають часто і перебігають важко,

і навіть не піддаються корекції циклодолом. У разі сонячного опромінення можуть розвиватися дерматити.

Трифлуперидол за своєю дією подібний до галоперидолу, але сильніше за нього. Особливо показаний у разі стійкого слухового галюцинозу. Спричиняє виражені екстрапірамідні розлади. Потрібна корекція циклодолом. Протипоказаний у разі органічних уражень головного мозку.

Тіопроперазин один з найбільш сильних антипсихотичних нейролептиків, справляє виражену побічну паркінсоноподібну дію. Іноді спричиняє рухову розгальмованість, ненажерливість, посилення статевого потягу. Звичайно, тіопроперазин застосовують, коли інші психотропні засоби неефективні. Не рекомендується також застосовувати в разі органічних уражень головного мозку.

Фторфеназин найбільш поширений, як препарат пролонгованої дії (фторфеназин-деканоат, модитен-депо) для підтримувального лікування. Справляє не тільки антипсихотичну дію, але й нормалізує поведінку у разі психопатоподібних розладів. Внутрішньом'язові ін'єкції роблять 1 раз на 2 – 3 тиж. Нерідко поєднують з регулярним пероральним вживанням циклодолу.

Френолон відомий, як нейролептик, що виявляє активуючу дію, тому показаний у разі апатоабулчного синдрому. Подібний ефект починає проявлятися тільки після декількох днів лікування. Серед екстрапірамідних порушень особливо часто спричинює тахікінезію (непосидючість, потреба безупинно рухатися), що усувається вживанням циклодолу.

Азалептин справляє виражену антипсихотичну дію, але, на відміну від інших нейролептиків, не спричинює екстрапірамідні порушення і загальне пригнічення. Його застосовують у разі галюцинаторно-маревних і афективно-маревних розладів, особливо в хронічних випадках. Ускладненням лікування є делірії (їм звичайно передують яскраві кольорові сновидіння), різка тахікардія і підвищення температури тіла. Зрідка виникають колапси й агранулоцитоз.

Пімозид (пероральний антипсихотик) частіше застосовують для підтримувальної терапії. Зручний у застосуванні, його треба вживати

лише 1 раз на добу. Є відносно слабким антипсихотичним засобом, але може спричиняти екстрапірамідні розлади, тахікардію, безсоння (вживають тільки вранці).

Флуспірилен (ІМАП – інтрам'язовий антипсихотик) – препарат пролонгованої дії. Ін'єкції звичайно роблять 1 раз на тиждень. Показаний для підтримувальної терапії.

Пенфлюридол за дією і способом уживання подібний до пімозиду. Звичайно використовують для підтримувального лікування.

Левомепромазин (тизерцин) виявляє сильний протитривожний і снодійний ефекти. Його часто призначають тільки на ніч – як допоміжний засіб. Він здатний спричинити різке зниження артеріального тиску, колаптоїдний стан.

Хлорпротиксен усуває тривогу, страх, занепокоєння, але, на відміну від тіопроперазин, не спричиняє виражену млявість і сонливість, тому його можна застосовувати вдень.

Периціазин набув репутації «коректора поведінки». Широко використовують у дитячій і підлітковій психіатрії за наявності психопатичних розладів: усуває агресивність, занепокоєння, розгальмованість, у тому числі сексуальну, афективні спалахи. Корекція циклодолом потрібна тільки в разі застосування його у високих дозах.

Тіоридазин використовують здебільшого у разі непсихотичних розладів – підвищеній афективності, дратівливості, невротичній тривозі. Пригнічує сексуальну активність, сповільнює настання оргазму.

Зуклопентиксол чинить виражену антипсихотичну, специфічну гальмівну і неспецифічну седативну дію. Специфічна гальмівна дія зуклопентиксолу особливо важлива під час лікування пацієнтів з ажитацією, занепокоєнням, ворожістю або агресивністю. Може також справляти минуший, залежний від дози неспецифічний седативний ефект, швидкий розвиток якого на початок терапії (до настання антипсихотичної дії) є перевагою у разі лікування гострих психозів.

Флюпентиксол. Особливою властивістю препарату є відмінність у фармакологічній дії низьких, середніх і високих доз препарату.

Передбачається, що разом із переважно типовим для нейролептиків із групи похідних тіоксантену механізмом фармакологічної дії існує деяка спорідненість флюпентиксолу з серотоніновими 5HT₂-рецепторами. Цим зумовлена антиаутистична і активуюча дія, що властиві низькій і середній терапевтичній дозах препарату. Показання до застосування флюанксолу різноманітні, різні для низьких, середніх і високих доз препарату. У дозах 0,5 - 3 мг на добу справляє антидепресивну, анксиолітичну і активуючу дію. Застосовують у разі депресій легкого і середнього ступеня із тривогою або астеною і апатією, у разі невротичних тривожних, астеничних і психосоматичних розладів. Антипсихотична дія виявляється в разі його вживання в добовій дозі понад 3 мг і його виразність зростає з підвищенням дози. Показаний у разі шизофренії та інших хронічних психозів з галюцинаторно-параноїдною симптоматикою, що супроводжуються також апатією, анергією і аутизмом. Препарат сприяє активізації хворих з відчуженістю, безініціативністю, підвищує комунікабельність і соціальну адаптацію. У високих дозах справляє седативну дію.

Оланзапін забезпечує більш високий ступінь зв'язування із серотоніновими 5HT₂-рецепторами, ніж з допаміновими D₂-рецепторами. Призначається для лікування гострої форми шизофренії та інших психозів з яскраво вираженими позитивними симптомами (такими, як марення, галюцинації, розлад мислення, ворожість і підозрілість) і/або негативними симптомами (такими, як пригнічений афект, емоційна і соціальна відчуженість, бідність мовної діяльності), а також для підтримувального лікування. Оланзапін також знижує виразність вторинних афективних симптомів, пов'язаних із шизофренією. Доцільним є тривале лікування пацієнтів, чутливих до терапії на початковому етапі, при цьому оланзапін спричиняє статистично достовірне зменшення вираженості, як негативних, так і позитивних симптомів захворювання.

Рисперидон відноситься до «атипових» нейролептиків, механізм терапевтичної дії якого зумовлений збалансованим центральним антагонізмом препарату до серотоніну і дофаміну. У зв'язку з цим, терапевтична дія препарату поширюється як на продуктивну

симптоматику, так і на негативні й афективні симптоми шизофренії. Показаний для лікування гострих нападів шизофренії, шизоафективного психозу, інших психотичних розладів із продуктивною симптоматикою, для підтримувальної протирецидивної терапії у разі шизофренії. При цьому ранній початок терапії рисперидон дозволяє досягти збереження когнітивних функцій, при мінімальній стигматизації хворих. Рисперидон також показаний для корекції поведінкових порушень і лікування психотичної симптоматики в пацієнтів з деменціями.

Амісульприд є антипсихотичним засобом, що належить до класу заміщених бензамідів. Амісульприд селективно, з високою спорідненістю, зв'язується з субтипами D₂/D₃ дофамінергічних рецепторів. Амісульприд не має спорідненості з рецепторами серотоніну, гістаміну, з адренергічними і холінергічними рецепторами, тому не спричиняє відповідних побічних ефектів. У високих дозах (400-800 мг/добу) він блокує переважно дофамінергічні нейрони, що локалізуються в мезолімбічних структурах, а не в стріатній системі. Ця специфічна спорідненість пояснює переважно антипсихотичну дію амісульприду. У низьких дозах (50 - 300 мг/добу) він переважно блокує пресинаптичні D₂/D₃-рецептори, що пояснює його дію на негативні симптоми шизофренії. Серед побічних ефектів найчастіше спостерігаються: безсоння, тривога, ажитація, екстрапірамідні симптоми (тремор, гіпертензія, гіперсалівація, акатизія, гіпокінезія). Виразність цих симптомів, як правило, помірна, вони частково оборотні без відміни амісульприду, завдяки впливу антихолінергічної антипаркінсонічної терапії. Частота екстрапірамідних симптомів залежить від дози препарату та дуже низька у хворих, які вживають 50-300 мг/добу для усунення переважно негативних симптомів. У разі тривалого вживання амісульприду, як і більшості атипових антипсихотичних засобів, можливе збільшення маси тіла, а також підвищення рівня пролактину в сироватці (оборотне після відміни препарату), що може спричинити галакторею, аменорею, гінекомастію, набрякання грудних залоз, імпотенцію та фригідність.

Сертиндол – антипсихотичний засіб, що відноситься до похідних індолу. Нейрофармакологічний профіль антипсихотичної дії

сертиндолу зумовлений селективною блокадою мезолімбічних дофамінергічних нейронів та збалансованим інгібіторним впливом на центральні дофамінові D2 та серотонінові 5HT₂-рецептори, так само як і на α₁-адренергічні рецептори. Завдяки високій селективності у пригніченні спонтанно-активних дофамінових нейронів в мезолімбічній вентральній ділянці мозку виникнення рухових побічних ефектів не виражене. Відомо, що антипсихотичні препарати підвищують рівень пролактину в плазмі завдяки дофаміновій блокаді. Рівень пролактину у пацієнтів, які вживають сертиндол, залишається у межах норми, як протягом короткого, так і тривалого (один рік) курсу лікування. Сертиндол не впливає на M-холінерецептори та гістамінові H-рецептори, тобто не спричиняє седативного ефекту. Показанням для застосування є шизофренія. Клінічні випробування виявили здатність сертиндолу значно подовжувати інтервал Q-T порівняно з деякими іншими антипсихотичними засобами, тому необхідно проводити моніторинг електрокардіограми на початок та протягом лікування сертиндолом.

Згідно зі застереженням щодо кардіоваскулярної безпеки, сертиндол призначають тільки тим пацієнтам, лікування яких хоча б одним з інших антипсихотичних засобів виявилось недостатньо ефективним та/або супроводжувалось реакціями підвищеної чутливості до препарату. Сертиндол не слід використовувати у невідкладних ситуаціях для швидкого зменшення виразності симптомів загострення у пацієнтів. Пацієнтам, яким необхідна седація, одночасно можна призначати бензодіазепін. Лікування всіх пацієнтів слід починати з дози сертиндолу 4 мг/добу. Доза підвищується шляхом додавання по 4 мг кожні 4-5 діб доки оптимальна добова підтримувальна доза в інтервалі 12-20 мг не буде досягнута. Завдяки активності сертиндолу, як АГ блокатора, протягом початкового періоду титрації дози можуть спостерігатися симптоми постуральної гіпотензії.

Кветіапін є атипичним антипсихотичним препаратом, що взаємодіє з великою кількістю нейротрансмітерних рецепторів. Кветіапін проявляє більш високе споріднення до рецепторів серотоніну (5HT₂), ніж до рецепторів дофаміну D₁ та D₂ головного мозку. Кветіапін також має високе споріднення до гістамінергічних та α₁-адренергічних і менше щодо α₂-адренергічних рецепторів. Немає помітного

споріднення до холінергічних мускаринових і бензодіазепінових рецепторів. Призначають для лікування хворих із шизофренією, манакальними епізодами, пов'язаними з біполярними розладами. Під час вживання кветіапіну найчастіше повідомлялося про такі небажані реакції: сонливість, запаморочення, сухість у роті, астенія легкого ступеня, закреп, тахікардія, ортостатична гіпотензія та диспепсія. Як і під час терапії іншими антипсихотичними препаратами, протягом лікування зрідка відзначаються запаморочення, злякисний нейролептичний синдром, лейкопенія, периферійні набряки.

Паліперидон є атипичним антипсихотичним препаратом, що випускається у формі пігулок пролонгованої дії та у формі суспензії для ін'єкцій. Має значну антипсихотичну дію, побічні ефекти, типові для препаратів цієї групи, незначно виражені.

Транквілізатори

Препарати цієї групи застосовують для усунення тривоги, занепокоєння, афективного напруження, нормалізації психопатоподібної поведінки. Така дія називається анкіолітичною (усунення занепокоєння, спричиненого об'єктивною причиною) і психоседативною. Антипсихотична дія в них відсутня. Екстрапірамідних порушень не виникає. Механізм дії пов'язаний з порушенням у лімбічній системі і ретикулярній формації бензодіазепінових рецепторів, що у свою чергу активізує ГАМК-рецептори і посилює вхідний потік іонів хлору (Cl⁻) та призводить до гіперполяризації мембран і пригнічення нейрональної активності. Це спричинює також седативний, снодійний, протисудомний ефекти, потенціювання і міорелаксацію. До побічних ефектів відносять зниження концентрації уваги, тому транквілізатори не застосовують у процесі трудової діяльності, що вимагає підвищеної уваги і координації рухів, а також звикання і навіть розвиток лікарської залежності (стимуляція серотонінових рецепторів знижує активність нейронів, що синтезують серотонін). Транквілізатори представлені такими групами препаратів:

1. Агоністи бензодіазепінових рецепторів – діазепам, феназепам і ін.
2. Агоністи серотонінових рецепторів – бупірон, кампірон і ін.
3. Речовини різного типу дії – амізил і ін.

Діазепам у разі внутрішньовенного введення купірує делірії, гостру тривогу, судомні напади та дисфорії (напади злісно-тужливого настрою зі схильністю до агресії). Перорально використовують у разі невротичної тривоги, неспсихотичної депресії, нав'язливості. За умови тривалого вживання можуть розвиватися звикання і залежність. Високими дозами зловживають для спричинення ейфорії. У поєднанні з алкоголем він різко посилює сп'яніння.

Феназепам – оригінальний вітчизняний препарат. Зменшує хвилювання і почуття страху, навіть у ситуаціях реальної небезпеки, але призводить до млявості, уповільнення реакцій, сонливості. Показаний у разі неспсихотичної тривоги і нав'язливості, а також у разі деперсоналізації і дереалізації.

Хлозепід на сьогодні поширений менше, ніж інші транквілізатори. Призначають у разі невротичних розладів – нав'язливості, тривоги іпохондрії. Серед побічних явищ відзначають млявість, а іноді і мозочкову атаксію.

Нозепам – найбільш м'яко діючий транквілізатор. Не спричинює млявості, сонливості, однак уповільнює реакцію (не рекомендується вживати під час керування транспортом). Показаний для амбулаторного лікування невротичних і неврозоподібних розладів. Не викликає залежність навіть у разі тривалого використання.

Альпразолам – м'який транквілізатор з антидепресивною активністю. Препарат справляє протитривожну, помірну снодійну антифобічну, вегетостабілізуювальну, а також протисудомну дію. Швидкий анксиолітичний ефект альпразоламу може спричиняти ейфорію, що зумовлює можливість немедичного використання препарату. Альпразолам застосовують у лікуванні різних тривожних синдромів; він ефективно купірує генералізовані тривожні розлади, агорафобічні стани, у тому числі такі, що проявляються панічними атаками.

Дикалію клоразепата справляє виражений анксиолітичний і помірний снодійний ефекти зі слабко вираженою міорелаксуючою і седативною дією. Має широкий спектр показань у психіатрії: психопатії і неврози з проявами тривоги, тривожна депресія, тики, профілактика делірії у разі синдрому відміни алкоголю.

Гідазепам справляє помірну протисудомну дію, а також слабку міорелаксуючу і седативну. Транквілізатор з активуючим, вегетостабілізуювальним і снодійним ефектом. Показаний у разі невротичних і неврозоподібних порушень з підвищеною стомлюваністю, дратівливістю, порушеннями сну. Завдяки м'якій дії можна застосовувати для лікування хворих з органічним ураженням центральної нервової системи (ЦНС) різного генезу, осіб похилого віку й ослаблених хворих.

Гідроксизин – анксиолітик з антигістамінним, спазмолітичним і слабким протиблювотним ефектом. Гідроксизин застосовують у разі неврозів, що перебігають з руховими порушеннями і почуттям страху в осіб похилого віку, у разі проявів абстинентного синдрому в хворих на хронічний алкоголізм, неврозів у дітей з вираженим психомоторним порушенням; при сверблячих дерматозах, алергічному риніті. Застосовують у післяопераційний період як антиеметичний і седативний засіб.

Мебікар виявляє добрий антиневротичний, легкий гіпотензивний, анальгезивний, антидепресивний і активуючий ефекти. Значний седативний і міорелаксуючий ефекти відсутні. Показаний за наявності неврозів з адинамією, астенічного синдрому. Входить до групи денних транквілізаторів. Застосовують як засіб, що зменшує потяг до тютюнопаління (у комплексній терапії).

Фабомотизол – похідне 2-меркаптобензimidазолу, селективний анксиолітик, що не належить до класу агоністів бензодіазепінових рецепторів. Запобігає розвитку мембранозалежних змін у ГАМК-рецепторі. Препарат справляє анксиолітичну дію з активним компонентом, що не супроводжується гіпноседативними ефектами. Препарат не має міорелаксантних властивостей, негативно не впливає на стан пам'яті й уваги. У разі його застосування не формується лікарська залежність і не розвивається синдром відміни (порівняно з анксиолітиками бензодіазепінового ряду). Показання для застосування – тривожні стани (генералізовані тривожні розлади, неврастенія, розлади адаптації).

Етифоксину гідрохлорид має анксиолітичні властивості. Етифоксину гідрохлорид не впливає на швидкість психомоторних реакцій

і може використовуватись як денний транквілізатор. Показаннями для застосування є неврастенічні стани, пов'язані зі стресом розлади, які супроводжуються тривогою, страхом і неспокоєм, тривожно-фобічні розлади, вегетативні розлади з помірно вираженим страхом, апатією, зниженою активністю. Максимальний курс лікування для дорослих становить 12 тиж. Препарат не призначають дітям віком до 15 років через відсутність достатніх клінічних досліджень. У разі припинення лікування етифоксину гідрохлоридом у пацієнта не виникає синдрому відміни.

Буспірон має анксиолітичні властивості, не виявляє седативного і снодійного ефектів, практично не спричинює залежності, що вигідно відрізняє його від похідних бензодіазепіну. Анксиолітична дія буспірону розвивається повільно (протягом 5-15 днів) і за клінічними характеристиками подібна до дії діазепаму. За ефективністю впливу на генералізований тривожний розлад, буспірон можна зіставити з типовими бензодіазепіновими транквілізаторами, однак він не здатний розвивати швидку дію. Буспірон має помірні тимоаналептичні властивості (можливо, зумовлені серотонінергічним впливом). Стабільна протитривожна дія буспірону зберігається у разі безперервного вживання препарату. Навіть, у разі багатомісячного використання буспірону, припинення вживання не спричинює синдром відміни. Застосування буспірону обмежене відсутністю швидкого розвитку анксиолітичного ефекту, тому він недостатньо ефективний для лікування гострих станів і пароксизмальних панічних розладів.

Антидепресанти

Це група психотропних засобів, що усувають депресію – хворобливо пригнічений настрій. Одні антидепресанти більш ефективні у разі депресій, що проявляються тугою, інші – у разі тривожних депресій. Механізм антидепресивної дії препаратів може бути пов'язаний із пригніченням зворотного нейронального захоплення катехоламінів або з пригніченням активності моноаміноксидази (MAO) в центральних міжнейронних адренергічних синапсах.

Ці механізми покладені в основу сучасної класифікації антидепресантів.

1. Засоби, що пригнічують нейрональне захоплення моноамінів.

1.1. Невибіркової дії – іміпрамін, амітриптилін.

1.2. Вибірково блокують захоплення норадреналіну – мапротилін.

1.3. Вибірково блокують захоплення серотоніну – флуоксетин, сертралін, циталопрам, есциталопрам.

1.4. Вибірково блокують захоплення серотоніну та норадреналіну – венлафаксин, мілнаципрам, дулоксетин.

2. Інгібітори MAO.

– Необоротної, невибіркової дії (MAO-A) – ніаламід.

– Оборотної, вибіркової (MAO-A) дії – моклобемід.

За характером дії на активність хворого розрізняють три групи антидепресантів:

1-ша – зі стимулюючою дією: іміпрамін, цефідрин, петиліл, ніаламід, анафраніл, трансамін, індопан, флуоксетин, іпразид, моклобенід, тетриндол, інказан.

2-га – із седативною дією: амітриптилін, фторацизин, герфонал, опіпрамол, дамілен, азофен, тразодон, хлорацизин, пароксетин.

3-тя – із гармонізувальною дією: піразидол, флувоксамін, малротилін, осциталогірам. Іміпрамін найбільш показаний у разі важких меланхолійних депресій з почуттям глибокої туги, загальмованістю, пригніченням. Лікування звичайно починають з парентерального введення (внутрішньом'язово, внутрішньовенно краплинно). Ефект настає через 4-5 днів, тоді переходять до перорального вживання.

Меліпрамін порушує сон, тому на ніч його призначати не слід. Нерідко перед сном додають тизерцин. Меліпрамін може посилювати тривогу, активізувати марення і галюцинації. Тому, якщо депресія поєднується з подібними розладами (наприклад, у разі шизофренії), то до меліпраміну додають седативні нейролептики. Серед побічних ефектів слід зазначити тахікардію, затримку сечі (протипоказаний

у разі аденоми передміхурової залози), сухість у роті, порушення акомодатції (важко читати). За наявності маніакально-депресивного психозу меліпрамін може призвести до зміни депресивної фази на маніакальну.

Амітриптилін застосовують головним чином у разі тривожних депресій. Його антидепресивна дія поєднується із седативним ефектом, загострення марення і галюцинацій не спричинює. Побічна дія така сама, що й у меліпраміну.

Піразидол – вітчизняний препарат, за своєю дією подібний до амітриптиліну. Хворих із тривожним станом цей препарат заспокоює, а з пригніченим – підбадьорює. Добре переноситься, звичайно не призводить до розвитку побічних явищ.

Моклобемід ефективний у разі незначних депресивних розладів, соціофобій. За наявності психотичних депресій ефективність знижується. У спектрі психофармакологічної активності препарату поряд з антидепресивною чітко проявляється психоактивуюча дія, більш ефективна у разі депресій з меланхолійним компонентом.

Анафраніл сильнодіючий антидепресант, що володіє так званим двополюсним компонентом дії, тобто активуючий і анксиолітичний ефекти виражені однаково. Не спричинює значної седативної дії, стомлюваності, дисоціації між підвищеною активністю, і тривалою тугою. Показаний у разі невротичних і ендогенних депресій, у тому числі глибоких і затяжних. Ефективний у разі лікування нав'язливих станів і панічних атак.

Тіанептин справляє виражену антидепресивну й анксиолітичну дію під час лікування невротичних тривожно-депресивних розладів. Препарат не має стимулювальної і седативної властивості. Крім невротичних депресивних і соматоформних розладів до показань для призначення коаксилу належить хронічний алкоголізм у період абстиненції, що супроводжується тривогою і депресією.

Герфонал однаково ефективний, як у лікуванні депресії з загальмованістю, так і депресії зі збудженням. Показаний для застосування у хворих із депресивними станами різної нозологічної належності, ефективний у відношенні порушень сну, почуття страху

і занепокоєння. Рекомендований для застосування у разі хронічних больових станів у соматичній практиці.

Міансерин має досить виражені тимоаналептичні і седативні властивості, сприяє розвиткові снодійного ефекту. За силою антидепресивної дії поступається трициклічним антидепресантам, більш активний у разі депресій неспсихотичного рівня.

Флуоксетин (прозак, продеп, портал, флюдак, фрамекс) відноситься до антидепресантів, що поєднують тимоаналептичний і стимулювальний ефекти. Крім того, він сприяє редукції obsесивно-компульсивних розладів. Спричиняє зниження апетиту і може використовуватися для лікування нервової булімії.

Пароксетин застосовують у разі депресій різного генезу, особливо у разі тривожної депресії в зв'язку з анксиолітичною дією. Пароксетин виявляє антидепресивний ефект із легкою тонізуювальною дією.

Сертралін показаний за наявності різних форм депресії, у тому числі тих, які супроводжуються тривогою. Застосовують для лікування obsесивно-компульсивних і панічних розладів. Сертралін не чинить вираженої седативної або стимулювальної дії. Циталопрам відрізняється більш високою в порівнянні з іншими антидепресантами цієї групи селективністю. Рекомендується у разі депресій різного ступеня вираженості і нозологічної належності, у тому числі в соматичних хворих. Антидепресивна дія препарату поєднується з доброю переносимістю, безпечністю при використанні разом із соматотропними засобами, кардіотоксичність відсутня. Циталопрам чинить анксиолітичну дію, виявляє помірні седативний і стимулювальний ефекти, що врівноважують один одного. Рекомендований для застосування хворих із соматизованими депресіями, у комплексному лікуванні алкоголізму і наркоманії.

Міртазапін поєднує тимоаналептичну активність з вираженим анксиолітичним ефектом, що дозволяє призначати препарат у разі широкого спектра граничних і психотичних депресивних розладів.

Есциталопрам – антидепресант, селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну (СІ33С). Есциталопрам має високу афінність до

основного зв'язуючого сайту і суміжного з ним алостеричного сайту транспортеру серотоніну, що забезпечує високу ефективність. Есциталопрам є найбільш селективним серед СІЗЗС, тобто не має зовсім, або має дуже слабку здатність зв'язуватися з цілою низкою рецепторів, включаючи серотонінові 5HT1-, 5HT2-рецептори, дофамінові D1- і D2-рецептори, α_1 -, α_2 -, β -адренергічні рецептори, гістамінові, H1-мускаринові холінергічні, бензодіазепінові та опіатні рецептори. Призначають для лікування хворих із депресивними епізодами різного ступеня тяжкості, панічними розладами з, або без агарофобії, соціальними тривожними розладами (соціальна фобія), генералізованими тривожними розладами. У деяких пацієнтів з панічними розладами на початок лікування СІЗЗС може спостерігатися посилення тривоги. Подібна парадоксальна реакція звичайно зникає протягом двох тижнів лікування. Щоб зменшити ймовірність виникнення анксиогенного ефекту, рекомендуються низькі початкові дози. Одночасне застосування із серотонінергічними лікарськими препаратами (наприклад, з трамадолом, суматриптаном та іншими триптанами) може призвести до розвитку серотонінового синдрому. Оскільки зареєстровано випадки посилення дії при спільному застосуванні СІЗЗС і літію, або триптофану, слід бути обережними при одночасному призначенні цих препаратів. Есциталопрам не вступає у фармакодинамічну або фармакокінетичну взаємодію з алкоголем.

Венлафаксин – антидепресант з новою структурою. Він є рацематом двох активних енантіомерів. Антидепресивний ефект венлафаксину пов'язаний з посиленням нейротрансмітерної активності у ЦНС. Венлафаксин та його основний метаболіт О-десметилвенлафаксин (ОДВ) – є потужними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, які також пригнічують зворотний захват дофаміну нейронами. «Подвійний» ефект препаратів групи СІЗЗС та норадреналіну, у поєднанні з мінімальною кількістю побічних ефектів, у порівнянні з трициклічними антидепресантами, є перевагами цього препарату. Застосовуються для лікування депресії (за наявності або відсутності симптомів тривоги), у тому числі для профілактики рецидивів депресії. У деяких хворих під час застосування венлафаксину спостерігається дозозалежне підвищення артеріального тиску, у зв'язку з чим рекомендується проводити регулярний

контроль артеріального тиску, особливо в період коригування або підвищення дози. Можливе підвищення частоти серцевого ритму, особливо під час вживання препарату у високих дозах. У цьому разі необхідний ретельний медичний нагляд за станом хворого. Раптове припинення терапії венлафаксином, особливо після вживання високих доз препарату, може спричинити симптоми відміни, у зв'язку з чим рекомендується перед відміною препарату поступово знизити його дозу. Тривалість періоду, необхідного для зниження дози, залежить від величини дози, тривалості терапії, а також індивідуальної чутливості пацієнта.

Мілнаципран – антидепресант, який також селективно інгібує зворотний захват норадреналіну і серотоніну. Не має спорідненості з М-холінорецепторами, α -адренорецепторами або гістаміновими H1 рецепторами, а також D1- та D2-допамінергічними, бензодіазепіновими й опіодними рецепторами. За рахунок такого вибіркового механізму дії досягається виражений терапевтичний ефект та максимальна безпечність під час лікування депресивних станів. Нормалізується патологічно змінений, депресивний настрій. Покращуються і прискорюються процеси мислення, підвищується концентрація уваги при депресіях. З обережністю призначають препарат пацієнтам із судомними нападами в анамнезі, з артеріальною гіпертензією, кардіоміопатією. Слід мати на увазі, що на початок лікування може спостерігатися збільшення тривоги.

Агомелатин – антидепресант з новим механізмом дії, це агоніст MT1- та MT2-рецепторів і антагоніст 5-HT2c-рецепторів, завдяки чому підвищується вивільнення дофаміну та норадреналіну специфічно у корі фронтальної частки головного мозку. Призначають для лікування депресивних епізодів та рекурентних депресивних розладів. За рахунок стимуляції мелатонінових рецепторів агомелатин ресинхронізує циркадні ритми, відновлює сон без порушення його природної структури. Побічні ефекти незначні.

Тимостабілізатори

Вальпроєва кислота, ламотриджин – лікарські засоби, що спроможні запобігати повторним фазам афективних розладів у разі афективного

і шизоафективних психозів. Превентивне лікування проводять протягом багатьох місяців і років. Представлені препаратами літію. Літію карбонат купірує маніакальні і попереджає розвиток наступних депресивних і маніакальних фаз. Дозу підбирають індивідуально під контролем вмісту літію в крові, що підтримується на рівні 0,6-1,6 мекв/л. Під час депресій призначати препарат не слід – може затягтися депресивна фаза. Серед побічних явищ відзначена діарея. М'язовий тремор і спрага є ознаками передозування. Ускладненнями можуть бути ушкодження нирок і щитоподібної залози. Літію оксибутират відрізняється від карбонату низькою токсичністю і більш високою активністю. Розчині у воді, внутрішньом'язові введення можна застосовувати для купірування маніакальних станів. Карбамазепін відноситься до протиепілептичних засобів, але також здатний попереджати розвиток маніакальних і депресивних фаз. Показаний також у разі дисфорій – нападів злобно-тужливого настрою за наявності епілептоїдної психопатії і епілепсії. Препарат добре переноситься, побічні явища виникають рідко.

Психостимулятори

Лікарські засоби, що підвищують настрій, здатність до сприйняття зовнішнього роздратування, психомоторну активність. Вони зменшують почуття втомлюваності, підвищують фізичну і розумову працездатність (особливо у разі стомлення), тимчасово знижують потребу в сні. В основі цих ефектів лежить посилення передачі збудження в центральних міжнейронних синапсах, підвищення адренергічного тону в ЦНС і стимуляції метаболічних процесів нервових клітин. У психіатричній практиці їх застосовують відносно рідко. Показаннями вважають астеничні стани. Психостимулятори представлені такими препаратами:

1. Фенілалкіламіни – фенамін.
2. Похідні піперизину – меридил.
3. Сидноніміни – сиднокарб.
4. Метилксантини – кофеїн.
5. Похідні бензimidазолу – бемітил.

Однак застосування таких психостимуляторів, як фенамін (амфетамін), меридил (центедрин, метилфенідат) і кофеїн, легко призводить до звикання і залежності.

Фенамін у нашій країні включений до переліку наркотичних засобів.

Сиднокарб – вітчизняний препарат, що не спричинює звикання і залежності. Застосовують у разі тривалих невротичних і соматогенних астений. Призначають вранці і вдень, оскільки він може порушувати сон. У разі передозування виникають безсоння, дратівливість, занепокоєння. Хворим із психозами призначати не рекомендується.

Сиднофен – препарат, що за своєю дією подібний до сиднокарбу, але ефективність його як стимулятора нижча. Характеризується антидепресивною дією у разі астеничних депресій.

Ноотропи – речовини, що активують вищі інтегративні функції головного мозку. Основним механізмом дії є сприятливий вплив на порушену здатність до навчання і пам'ять, а також на підвищення стійкості ЦНС до гіпоксії, що досягається активацією обмінних процесів і кровообігу головного мозку. Препарати створені на основі речовин біогенного походження (ГАМК, глютамінова кислота, вітаміни) і називаються засобами метаболічної терапії.

ДОДАТОК 2

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу

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

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

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

Таблиця 1

1. У минулому в мене було більше близьких друзів, ніж зараз				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	частково вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
2. У мене немає відчуття провини за все те, що я робив в минулому				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	частково вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то найімовірніше, я не стримаюся (за-стосує фізичну силу)				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	мало-ймовірно	у деякому ступеню ймовірно	ймовірно	украй ймовірно
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і заподіює мені біль				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди

Продовження таблиці

5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
6. Я здатен вступати у емоційно близькі відносини з іншими людьми				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
7. Мені сняться вночі жахи про те, що було зі мною реально у минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив у минулому, мені просто не хочеться жити				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякої ступені вірно	вірно	абсолютно вірно
9. Зовні я виглядаю бездушним				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
10. Останнім часом відчуваю, що хочу накласти на себе руки				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли потрібно вставати				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
12. Я весь час ставлю собі питання, чому я ще живий, тоді як інші вже померли				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
13. У певних ситуаціях відчуваю себе так, як ніби я повернувся в минуле				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поті і примушую себе більше не спати				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди

Продовження таблиці

15. Я відчуваю, що більше не можу				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
16. Речі, які викликають у інших людей сміх або сльози, мене не чіпають				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
17. Мене як і раніше радують ті ж речі, що і раніше				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
19. Я виявив, що мені працювати не важко				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	до деякого ступеню вірно	вірно	абсолютно вірно
20. Мені важко зосередитися				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
21. Я без причини плачу				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
22. Мені подобається 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

Продовження таблиці

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, врівноважена людина				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	абсолютно вірно
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які відбулися зі мною, я ніколи не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	абсолютно вірно
29. Часом я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які траплялися зі мною у минулому				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжуся в натовпі				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
31. Я втрачаю самоволодіння 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 так саме хороша, як і раніше				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
35. Я зазнаю труднощі в прояві своїх відчуттів, навіть по відношенню до близьких людей				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно

Продовження таблиці

36. Часом я поведжуся або відчуваю так, ніби те, що було зі мною у минулому, відбувається знову				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
37. Я не можу пригадати деякі важливі речі, які відбулися зі мною у минулому				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
38. Я дуже пильний і насторожений велику частину часу				
1	2	3	4	5
абсолютно не вірно	зрідка вірно	частково вірно	вірно	майже завжди вірно
39. Якщо трапляється що-небудь, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що у мене починається сильне серцебиття і перехоплює дихання; я весь тремчу і покриваюся потом; у мене паморочиться голова, з'являються «мурашки» і я майже непритомню.				
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто

ДОДАТОК 3

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ КАБІНЕТУ АМБУЛАТОРНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ АТО

Мета створення Кабінету – охоплення 100% демобілізованих військово-вслужбовців учасників АТО психологічною та соціальною реабілітацією.

Задачі Кабінету психологічної реабілітації – здійснення системи заходів, спрямованих на відновлення, корекцію, психологічних якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості, а також на формування у демобілізованих військовослужбовців учасників АТО здатності пристосуватися до існуючих у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок привласнення їй норм цінностей даного суспільства; відновлення соціального функціонування; проведення професійної та трудової реабілітації.

Проведення психологічної реабілітації та адаптації включає використання індивідуальних та групових заходів, спрямованих на:

- відновлення позитивного самосприйняття та впевненої поведінки;
- формування комунікативних навичок;
- розв'язання проблем міжособистісної взаємодії;
- відновлення когнітивних функцій.

Психологічна реабілітація та психологічна адаптація здійснюється при наданні амбулаторної допомоги фахівцями Кабінету амбулаторної психологічної реабілітації.

Відновлення соціального функціонування в процесі надання допомоги здійснюється за рахунок соціальної реабілітації та соціальної допомоги.

Соціальна реабілітація передбачає використання індивідуальних та групових заходів, які включають:

- терапію зайнятості;
- тренінг навичок самообслуговування;
- тренінг побутових навичок;
- організацію дозвілля та вільного часу;

Організація роботи Кабінету амбулаторної психологічної реабілітації здійснюється на підставі наказу головного лікаря закладу, в якому визначається її склад та контингент осіб, що підлягають обслуговуванню.

До складу Кабінету амбулаторної психологічної реабілітації залучається: лікар загальної практики сімейної медицини, або лікар терапевт, відповідальний за проведення профілактичних медичних оглядів демобілізованих військовослужбовців в районі, лікар-психіатр, лікар-психотерапевт, лікар-психолог (практичний психолог), сестра медична, соціальний працівник, психолог з системи освіти та представник місцевої спілки ветеранів АТО. За необхідності, склад Бригади може бути розширений за рахунок лікарів інших спеціальностей (лікаря-нарколога, лікаря-невролога юриста, логопеда, інструктора з праці та інших).

Координує роботу Кабінету амбулаторної психологічної реабілітації лікар загальної практики – сімейної медицини, або лікар терапевт, відповідальний за проведення профілактичних медичних оглядів демобілізованих військовослужбовців в районі. Він складає розклад роботи стосовно кожної особи, що потребує психологічної реабілітації, визначає тривалість та частоту обговорення кожного конкретного випадку.

Комплекс заходів, що здійснюється фахівцями кабінету, реалізується на підставі індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми, яка розробляється за участю усіх фахівців.

Основні функції фахівців Кабінету амбулаторної психологічної реабілітації

Лікар-психіатр:

- як куратор здійснює діагностику, терапію та профілактику психічних, невротичних та сомато-неврологічних розладів;
- бере участь у медичній реабілітації осіб;
- проводить психоосвітню роботу з демобілізованими особами та їх родичами;
- бере участь у створенні терапевтичного середовища та терапевтичної спільноти під час надання допомоги;
- здійснює попередню діагностику психічних розладів (проведення скрінінг-тестів на виявлення розладів психіки та поведінки);
- скеровує пацієнта для надання йому вторинної (спеціалізованої), або третинної (високоспеціалізованої) психіатричної допомоги;
- надання невідкладної допомоги в разі гострого розладу психічного здоров'я, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- самостійно веде пацієнта після обстеження, або лікування на вторинному (третинному) рівнях надання психіатричної допомоги;
- здійснення психопрофілактичної та психогігієнічної роботи серед населення.

Лікар-психотерапевт:

- як куратор пацієнта, здійснює психотерапевтичну діагностику, терапію та профілактику розладів психічної сфери;
- бере участь у медичній реабілітації осіб;
- здійснює індивідуальну та групову психотерапію особам;
- забезпечує проведення психопрофілактичних та психогігієнічних заходів;

-
- проводить психоосвітню роботу з пацієнтами та їх родичами;
 - бере участь у створенні терапевтичного середовища та терапевтичної спільноти під час надання допомоги.

Лікар-психолог, або практичний психолог:

- здійснює психодіагностику осіб;
- здійснює психологічну адаптацію та психологічну реабілітацію осіб;
- проводить психоосвітню роботу з особами з психологічними розладами та їх родичами;
- здійснює психопрофілактику серед осіб з психологічними розладами та їх родичів;
- розробляє розвиваючі та психокорекційні програми;
- бере участь у створенні терапевтичного середовища та терапевтичної спільноти під час надання допомоги;

Психолог системи освіти:

- здійснює психодіагностику;
- забезпечує психологічне навчання осіб (тренінги знань, навичок, поведінки);
- здійснює корекцію та профілактику порушень взаємин пацієнта з оточуючим соціальним середовищем;
- організовує роботу груп з терапії зайнятості, творчим самовираженням, творчих майстерень та студій, груп психологічної освіти;
- бере участь у створенні терапевтичного середовища та терапевтичної спільноти під час надання допомоги.

Сестра медична:

- забезпечує виконання лікарських призначень, сестринського догляду та нагляду;
- здійснює сестринські втручання у відповідності до алгоритму дії медичної сестри;

-
- бере участь в організації роботи груп з терапії працею; у творчих майстернях та студіях, групах психологічної освіти;
 - бере участь у створенні терапевтичного середовища та терапевтичної спільноти під час надання допомоги.

Соціальний працівник:

- здійснює соціальне обстеження осіб (сімейних відносин, побутових умов, трудової діяльності тощо);
- визначає соціальну характеристику осіб, надає допомогу в налагодженні сімейних стосунків та взаємодії з оточуючими;
- проводить індивідуальні та групові тренінги навичок самостійного життя та соціальної адаптації осіб;
- здійснює психоосвітню роботу з пацієнтом та його родичами з питань соціального захисту та підтримки;
- здійснює соціальний захист та соціальну підтримку осіб (оформлення пенсій, пільг, документів, що засвідчують особу);
- бере участь у створенні терапевтичного середовища та терапевтичної спільноти під час надання допомоги.

Представник місцевої спілки ветеранів АТО:

- без втручання в лікувальний процес забезпечує взаємодію з спілкою ветеранів АТО з метою направлення демобілізованих військовослужбовців до Кабінету амбулаторної психологічної реабілітації.

Принципи роботи Кабінету амбулаторної психологічної реабілітації включають:

- комплексність надання психологічної реабілітації з урахуванням усіх біопсихосоціальних чинників;
- індивідуальний підхід щодо надання психологічної реабілітації;
- послідовність у плануванні та реалізації комплексу діагностичних лікувальних та реабілітаційних заходів;

Науково-виробниче видання

**КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ
РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ
ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ**

(КЛІНІЧНА НАСТАНОВА)

Відповідальний за випуск *Л.О. Євтушенко*
Комп'ютерна верстка *Д.В. Нужин*

Підписано до друку 05.12.2022. Формат 148×210. Папір офсетний.

Друк офсетний. Умн. друк. л. 7,82. Обл. вид. л. 5,16.

Тираж 100 примірників. Замовлення

Товариство з обмеженою відповідальністю

«Професійні видання. Україна»

Свідоцтво про державну реєстрацію видавця, виготовлювача,
розповсюджувача друкованих видань №ДК 5876 від 13.12.2017.

04116, м. Київ, вул. Старокиївська, буд. 10-Г., оф. 201

Надруковано в друкарні

ФЛП Нестерова Л.О.

Тел.: +380682262444