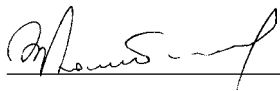


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

1 июля 2005 г.

Регистрационный № 5-0105

**КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
УЧАСТНИКАМ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ
С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ
РАССТРОЙСТВОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ
СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Научно-исследовательский институт
медико-социальной экспертизы и реабилитации

Авторы: канд. мед. наук, доц. А.Л. Пушкарев, канд. мед. наук
Н.Г. Аринчина, О.Н. Прилищ, А.В. Осипова

Показания к включению больных в комплексную программу медико-психологической реабилитации: наличие подтверждения участия больного в военных действиях либо пребывания в зоне военных действий; выявление на клиническом уровне посттравматического стрессового расстройства.

Необходимое оборудование: лекарственные препараты; стимульный материал (опросники, тесты); типовое оборудование, отраженное в утвержденном Положении о психотерапевтическом кабинете.

ВВЕДЕНИЕ

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) можно определить как состояние, которое развивается у человека, испытавшего психоэмоциональный стресс достаточной выраженности, способный быть травматическим практически для любого человека.

Среди ветеранов войны в Афганистане, проживающих в Республике Беларусь, у 62,3% участников военных действий определяется ПТСР различной степени выраженности (у 35% — клинически выраженное).

Этиологическим фактором психосоматической патологии у участников войны является боевой стресс.

К важным факторам риска развития ПТСР относятся характерологические особенности личности, включая черты социопатического поведения, а также развитие алкогольной или наркотической зависимости. Наличие в анамнезе психологических травм (например, физическое насилие в детстве, несчастные случаи в прошлом) может увеличивать риск развития ПТСР после очередного травматического события. Дополнительным фактором риска развития ПТСР является и наличие психических заболеваний в анамнезе.

Реакция на травму связана также с посттравматическими факторами, такими как доступность систем поддержки или доверенных лиц. Исход заболевания во многом зависит от того, насколько рано больному была оказана помощь. Следует также обращать внимание на реакцию семьи больного, поскольку процессу выздоровления могут помешать родственники, поощряющие некоторые проявления болезненного поведения пациента.

По статистическим данным, ПТСР развивается у 25–80% лиц, которые пострадали в результате чрезвычайных обстоятельств. У значительного числа лиц ПТСР хронифицируется.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Согласно МКБ-10 и DSM-IV, ПТСР может развиваться вслед за травмирующими событиями, выходящими за рамки нормального человеческого опыта. Пациентами могут стать как непосредственные жертвы травм, так и свидетели.

В МКБ-10 ПТСР шифруется в рубрике F43 («Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации») под кодом F43.1. Эти диагностические критерии ПТСР соответствуют критериям по DSM-IV, которые более детализированы и позволяют дифференцировать тип расстройства.

По DSM-IV ПТСР рассматривается в рубрике «Тревожные расстройства» (300.xx), хотя диагностический код (309.81) соответствует «Расстройствам адаптации» 309.xx.

309.81 Посттравматическое стрессовое расстройство:

- острое/хроническое;
- с отставленным началом.

Диагностические критерии ПТСР по DSM-IV

I. Больной находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления:

1. Больной пережил, был свидетелем или участником события/событий, представлявших реальную/возможную угрозу смерти либо серьезного вреда или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям.

2. Реакция больного проявлялась в виде страха, беспомощности или ужаса.

Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности.

II. Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений (*интрузия*):

1. Повторные навязчивые воспоминания о событиях, включая образы, мысли или ощущения.

2. Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии.

3. Такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова (включая ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения).

4. Сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

5. Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

III. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует по меньшей мере 3 симптома из следующих (*избегание*):

1. Попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой.

2. Попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме.

3. Частичная или полная амнезия, связанная с важными аспектами травмы.

4. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них.

5. Чувство отрешенности или отчужденности от окружающих.

6. Сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь).

7. Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь).

IV. Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствуют не менее 2 симптомов из следующих (*гиперактивность*):

1. Трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна.

2. Раздражительность или вспышки гнева.

3. Трудность концентрации внимания.

4. Сверхнастороженность.

5. Усиленная реакция на испуг.

V. Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев II, III и IV) более 1 мес.

VI. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности.

Выделяют следующие типы расстройства:

1. Острое — симптомы сохраняются менее 3 мес.

2. Хроническое — симптомы сохраняются 3 мес. и более.

3. Отсроченное — симптомы возникают по меньшей мере через 6 мес. после окончания воздействия стрессора.

В функциональном диагнозе необходимо выделять еще и степень компенсации: компенсированное, субкомпенсированное и декомпенсированное ПТСР.

В некоторых случаях хроническое течение ПТСР (на протяжении многих лет) может переходить в хроническое изменение личности (МКБ-10: F62.0).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Для ПТСР у ветеранов войны характерны следующие фазы:

- начальное воздействие;
- сопротивление/отрицание;
- допущение/подавление;
- декомпенсация;
- совладание с травмой и выздоровление.

Первичные симптомы ПТСР

У всех ветеранов длительное время после войны проявляются выраженные первичные симптомы ПТСР.

I. Повторное переживание травмы. Имеет несколько форм. Для диагноза ПТСР достаточно одной формы.

1. Повторяющиеся ночные кошмары. В наибольшей степени они являются проблемой для пациентов с последствиями контузии го-

ловного мозга. Во время кошмарных сновидений они совершают во сне движения различной интенсивности.

2. Психологический дистресс под воздействием событий, символизирующих или имеющих сходство с различными аспектами травматического события, включая годовщину войны.

3. Воспоминания о военных событиях (еще одна форма интрузии).

Считается, что, несмотря на дискомфорт, повторное переживание травмы имеет адаптивное значение. Попытки избежать неприятных повторных переживаний травмы ведут к патологическому разрешению.

II. Эмоциональное оскудение, а также избегание стимулов, связанных с травмой.

1. Снижение или потеря интереса к какой-либо активности, которая «раньше занимала», ощущение отчуждения (отгороженности) от других людей, снижение способности радоваться, любить, быть беззаботным, уход от социальной жизни.

2. Чувство непродолжительности будущей жизни (расстройство временной перспективы) в виде пессимизма (будущее неперспективно, будущего нет), ожидания короткой по продолжительности жизни или несчастья в будущем.

III. Симптомы повышенной возбудимости.

1. Расстройства сна, связанные или не связанные с ночными кошмарами: инсомнии (нарушение засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна); парасомнии (двигательные, психические (ночные кошмары)).

2. Повышенная раздражительность, ярость, гнев, тяга к насилию.

Вторичные симптомы ПТСР

К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение ЭГО-функционирования.

Типы психической дезадаптации

Необходимо учитывать определенные типы психической дезадаптации, показателем которых является целостная поведенческая стратегия (Карвасарский Б.Д. и др., 1990).

1. Активно-оборонительный тип (преимущественно адаптированный).
2. Пассивно-оборонительный тип (дезадаптация с интрапсихической направленностью).
3. Деструктивный тип (дезадаптация с интерпсихической направленностью).

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ

Особенности и последовательность действий при оказании медико-психологической помощи участникам военных действий с ПТСР и сопутствующими соматическими заболеваниями

1. Для разговоров с больным с ПТСР необходимо найти безопасное, уединенное место.
2. Установить доверительные взаимоотношения.
3. Уметь быть хорошим слушателем, дать ветерану возможность выговориться.
4. Выяснить необходимую информацию, чтобы понять реальные проблемы человека.
5. Оказать больному поддержку.
6. Способствовать развитию у больных умения жить, опираясь на свои собственные силы.
7. Оценить, проанализировать характер проблем.
8. Выработать план действий для больного.
9. Совместно с больным осуществить письменную регистрацию плана действий (Приложение 2).
10. Решить вопросы последующего наблюдения с учетом плана действий.

Детализированное описание особенностей и последовательности действий при оказании медико-психологической помощи пациентам с ПТСР приведено в Приложении 1.

Основные принципы терапии ПТСР

Принцип нормализации. После того, как люди подверглись воздействию травматических событий, они в реакциях на обычные ситуации склонны отождествлять «ненормальность» травмы с «ненормальностью» собственной личности.

Принцип партнерства и повышения достоинства личности. Эмоциональный процесс заживления часто включает в себя повторные переживания, избегание, повышенную чувствительность и самообвинение. Эти симптомы достаточно хорошо описаны и объяснены в контексте адаптации и возможных процессов совладания.

Принцип индивидуальности. Каждый человек имеет свой уникальный путь восстановления после перенесенного посттравматического стресса.

Основные принципы оказания помощи при соматических заболеваниях при ПТСР

1. Системность и многоуровневость влияния.
2. Этапность психотерапии.
3. Комплексность, использование нескольких методов с последовательным изменением их роли.
4. Дифференцированное сочетание и иерархичность патогенетической, симптоматической и профилактической направленности мероприятий в зависимости от клинико-психопатологических и психоаналитических особенностей соматических больных, а также особенностей соматического страдания и личностного реагирования больных на него.
5. Максимальная индивидуализация психотерапевтического влияния при преимущественно групповой форме работы с больными.

Психотерапия при ПТСР ставит своей целью помочь человеку переработать проблемы и овладеть симптомами, которые продуцируются в результате соприкосновения с травматической ситуацией. Один из эффективных подходов — помочь человеку отреагировать травматический опыт, обсуждая и заново переживая мысли и чувства, связанные с травмой, в безопасной терапевтической обстановке. Это приводит к совладанию с реакциями, которые ранее были неуправляемыми. При таком подходе может потребоваться, чтобы пациент вновь погружался в пережитые события, рассматри-

вая и анализируя свои действия и эмоциональные реакции, которые сопровождали происходившее. Психотерапия при ПТСР в зависимости от выраженности психологической дезадаптации может продолжаться от 6 мес. до нескольких лет.

Комплексная программа медико-психологической реабилитации ветеранов войны с признаками ПТСР и сопутствующей соматической патологией представлена в таблице.

Противопоказания к применению: отсутствие проявлений ПТСР.

Программа медико-психологической реабилитации участников военных действий с признаками ПТСР и сопутствующей соматической патологией в отделениях, центрах, госпиталях, осуществляющих реабилитацию ветеранов

Нозологическая форма	Реабилитационно-экспертная диагностика		Мероприятия медико-психологической реабилитации
	обязательная	дополнительная	
1	2	3	4
ПТСР ФК-2–3	В стационаре, 1–3-и сутки после поступления	Консультация психиатра (уточнение особенностей психопатологии и оценка влияния травматического события).	<p>Психотерапия</p> <ul style="list-style-type: none"> – проводится комплексно (так называемый интегративный подход); – ориентировка на превалирующую клиническую симптоматику (независимо от величины ФК); – психотерапевтические техники могут быть различными при любой степени компенсации ПТСР. <p>Базовый курс в стационаре — не менее 24 ч, через день по 2 ч, с обязательным продолжением в амбулаторных условиях.</p> <p>Психотерапия считается эффективной, если удастся провести:</p> <ul style="list-style-type: none"> – коррекцию «Я»; достижение объективности собственной оценки, реабилитацию «Я» в собственных глазах и достижение уверенности в себе; – коррекцию системы ценностей, потребностей, их иерархии, приведение притязаний в соответствие со своими психофизическими возможностями; – коррекцию отношения к другим, достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов;
		Оценка факторной структуры личности (тест Р. Кеттелла). Опросник психосоматических жалоб (Гиссенский опросник).	

1	2	3	4
	<p>Консультация психотерапевта (психолога): оценка нервно-психического состояния (система «Статус-И»); оценка выраженности депрессии (опросник Гамильтона, Бека, др.);</p>	<p>Оценка выраженности психопатологической симптоматики (шкала SCZ-90). Определение типа отношения к болезни (ТОБОЛ). Особенности формирования межличностных отношений, способы разрешения кризисных, семейных,</p>	<p>– приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов; – восстановление и гармонизацию адаптивных механизмов на всех вовлеченных в патологический процесс сопутствующего психосоматического расстройства (сформированного в период адаптации к условиям и стрессогенным факторам боевой обстановки) уровнях: на физиологическом, психологическом и социальном. Психотерапия пациентов, переживших травматические ситуации, должна проходить в виде трех стадий: 1. Установление доверительного безопасного контакта, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому и скрываемому травматическому материалу (воспоминаниям). 2. Терапия, центрированная на травме, с анализом интрузивных проявлений, работой с проявлениями ПТСР — избеганием, отрешенностью, отчужденностью. 3. Терапия, позволяющая пациенту отделиться от травмы и воссоединиться с семьей, друзьями, обществом, решить основные текущие проблемы.</p>

1	2	3	4
	оценка выраженности тревожности (опросник Спилберга — Ханина, интегральный тест тревожности)	производственных ситуаций (Уровень субъективного контроля)	<p><i>Симптоматическая коррекция:</i> когнитивно-поведенческая психотерапия, релаксационные методы, дыхательная гимнастика, телесно-ориентированная психотерапия, психосинтез, суггестивная психотерапия (гипноз, внушение, аутотренинг), психотерапия, ориентированная на решение, позитивная психотерапия, креативная визуализация, десенсибилизация посредством движений глаз, музыкально-резонансная терапия и др.</p> <p>Критериями эффективности симптоматической коррекции являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> – редукция страха, тревоги, психоэмоционального напряжения; – формирование фонового позитивного психоэмоционального состояния, чувства безопасности и открытости; – обучение приемам релаксации и мобилизации; – подготовка к последующей активной психотерапевтической работе.
	Оценка эффективности после завершения базового курса		<p><i>Личностная коррекция:</i> гештальт-терапия, эриксоновский гипноз, символдрама, транзактный анализ, психодинамическая психотерапия, семейная психотерапия, психосинтез, нейролингвистическое программирование и др.</p>

1	2	3	4
			<p>Критериями эффективности личностной коррекции являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> – формирование устойчивой установки на предстоящее лечение; – коррекция представлений о болезни, ее прогнозе и сложившемся положении в социальной микро- и макросреде, а также возникающих в связи с этим переживаний; – достижение больным осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и переживаний; – формирование и коррекция мотивации к здоровью, дальнейшей реабилитации, трудовой деятельности, социальной активности; – коррекция отношений к психотравмирующей ситуации, неадекватных реакций и форм поведения; – создание конструктивных личностных установок; – переоценка жизненных ориентиров; – коррекция ограничивающих убеждений; – проживание неотреагированных в прошлом конфликтных ситуаций и отношений; – коррекция системы отношений на различных уровнях репрезентации реальности.

1	2	3	4
			<p>Психотерапия сопутствующих соматических расстройств <i>Сердечно-сосудистые заболевания</i> <i>Артериальная гипертензия</i> <u>Цель психотерапии:</u> повышение ответственности больного за свое здоровье. Пациенты должны понять, какие именно ситуации, трудности, конфликты приводят к повышению артериального давления, а также научиться контролировать свои успехи и неудачи. <u>Особенности:</u> психотерапия целесообразна лишь в том случае, когда пациент ощущает определенный уровень страданий. <u>Методы психотерапии:</u> символдрама, арт-терапия, креативная визуализация, транзактный анализ, семейная психотерапия, релаксационные методы, позитивная психотерапия, музыкально-резонансная и музыкальная психотерапия и др. <i>Ишемическая болезнь сердца</i> <u>Цель психотерапии:</u> Три основных направления: 1. Индивидуальное консультирование, сообщение информации о здоровом образе жизни с особым учетом когнитивных процессов.</p>

1	2	3	4
			<p>2. Обучающие, ориентированные на симптом методики (аутотренинг, функциональная релаксация), которые вовлекают тело в терапевтический процесс, уменьшают сопротивление.</p> <p>3. Психотерапия, работающая с сопротивлением и переносом.</p> <p><u>Особенности:</u> показания имеются лишь при достаточном уровне страданий больного, когда он не может справиться сам и обращается за помощью. Для импульсивных пациентов показано занятие физическими упражнениями в группе. Для адаптивных больных целесообразно чередование элементов групповой терапии и аутотренинга. Для регрессивных больных — применение психотерапевтических методов для коррекции поведения и уменьшения депрессии.</p> <p><u>Методы психотерапии:</u> символдрама, арт-терапия, креативная визуализация, транзактный анализ, семейная терапия, биосинтез, поведенческая терапия, позитивная психотерапия, музыкально-резонансная и музыкальная психотерапия.</p> <p><i>Нарушения сердечного ритма</i></p> <p><u>Методы психотерапии:</u> методы, фокусированные на решении, символдрама, арт-терапия, семейная психотерапия, транзактный анализ, биосинтез, позитивная психотерапия.</p>

1	2	3	4
			<p>Заболевания органов дыхания <i>Бронхиальная астма</i></p> <p><u>Цель психотерапии</u>: направлена на повышение жизненных возможностей, обучение способности брать на себя ответственность за свою жизнь. Это своеобразная «кислородная подпитка», обеспечивающая глубокое, свободное дыхание.</p> <p>Курс психотерапии должен быть длительным. Его целью является также коррекция эмоциональных расстройств и неадекватных форм поведения, что достигается перестройкой значимых отношений больного.</p> <p><u>Противопоказания</u>: симптоматическая психотерапия — гипнотерапия, аутогенная тренировка — противопоказана больным с нервно-психическими заболеваниями психотического регистра. Применение патогенетической терапии ограничено уровнем развития.</p> <p><u>Методы психотерапии</u> индивидуальные и групповые, лечение длительное.</p> <p>Патогенетическая психотерапия, гипносуггестивная терапия, дыхательная терапия (техника вдоха, выдоха), аутогенная тренировка для расслабления диафрагмы.</p> <p>Групповая терапия, ориентированная на болезнь: информация о патофизиологии и терапии, устранение страха, мотивация на улучшение поведения, освоение техники расслабления и дыхания.</p> <p>Обмен больных собственным опытом.</p>

1	2	3	4
			<p>Нейролингвистическое программирование, гештальт-терапия, семейная психотерапия, телесно-ориентированная терапия.</p> <p><i>Желудочно-кишечные заболевания</i></p> <p><i>Язва желудка и двенадцатиперстной кишки</i></p> <p>Цель психотерапии: воздействие на нервно-психические составляющие этиопатогенеза; выявление и коррекция системы факторов «агрессии» и «защиты» на психологическом уровне; психологическая адаптация к условиям внешней среды, обучение здоровому образу жизни и навыкам преодоления стресса; снижение тревожности.</p> <p>Психотерапия направлена прежде всего на осознание невозможности одновременной реализации противоположных желаний. Это работа с выбором и приспособлением, ресурсами, семейной историей и другими составляющими жизни.</p> <p>Работа ориентирована на личностный рост, взросление пациента.</p> <p>Особенности: освобождение пациента от жестких установок, запретов; ослабление отрицательных эмоций, восстановление позитивной перспективы.</p> <p>Методы психотерапии: аутотренинг индивидуальный и групповой; гештальт-терапия, транзактный анализ, арт-терапия, психодрама, телесно-ориентированная терапия, биосинтез, когнитивная психотерапия, семейная психотерапия.</p>

1	2	3	4
			<p>Болезни эндокринной системы</p> <p><i>Гипотиреоз</i></p> <p><u>Цель психотерапии:</u> на фоне медикаментозного лечения, диеты необходим поиск возможностей для изменения внешних обстоятельств, реализации истинных побуждений.</p> <p><u>Методы психотерапии:</u> гештальт-терапия, когнитивная психотерапия, транзактный анализ, поведенческая психотерапия, семейная психотерапия, нейролингвистическое программирование, методы психосинтеза.</p> <p><i>Гипертиреоз</i></p> <p><u>Цель психотерапии:</u> проработка конфликтных пусковых ситуаций; подавление психопатологической симптоматики (депрессии, неуравновешенности, нарушений сна); совместная выработка образа жизни, позитивного отношения к своему здоровью.</p> <p><u>Методы психотерапии:</u> транзактный анализ, когнитивная психотерапия, гештальт-терапия, психосинтез, арт-терапия, позитивная психотерапия.</p> <p><i>Сахарный диабет</i></p> <p><u>Цель психотерапии:</u> на фоне медикаментозного лечения выявить значимые психосоциальные факторы; определить связь между ухудшением состояния и какими-либо условиями; добиться стабилизации психологического состояния.</p>

1	2	3	4
			<p><u>Методы психотерапии:</u> транзактный анализ, креативная визуализация, терапия, фокусированная на решении, психосинтез, арт-терапия, семейная психотерапия, позитивная психотерапия.</p> <p>Проводятся стационарно, а далее амбулаторно.</p> <p><i>Заболевания опорно-двигательной системы</i></p> <p><i>Ревматоидный артрит</i></p> <p><u>Цель психотерапии:</u> установление доверительных отношений с больным, позже — проработка проблем активности, самостоятельности, нравственности.</p> <p><u>Особенности:</u> эффективность зависит от готовности психотерапевта и мотивации больного, который не стремится к контактам с терапевтом и не поддерживает его, отрицает необходимость лечения.</p> <p><u>Методы психотерапии:</u> гештальт-терапия, психосинтез, телесно-ориентированная терапия, биосинтез, нейролингвистическое программирование, арт-терапия, позитивная психотерапия, релаксационный тренинг.</p> <p><u>Психофармакотерапия</u> применяется длительно (8–15 недель и более), всегда должна сочетаться с психотерапией. Ориентирована на снятие депрессии, уменьшение тревожности, нормализацию сна.</p> <p>Психофармакотерапия применяется в случаях острого ПТСР (при сильном возбуждении, потрясении). Целесообразно назначение медикаментов и при хроническом ПТСР.</p> <p>Критериями эффективности психофармакотерапии являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> – редукция клинической симптоматики, в том числе тревожно-фобических и депрессивных расстройств, навязчивых воспоминаний, симптомов нейровегетативной дисфункции и нарушений сна;

1	2	3	4
			<p>– снижение эмоциональных последствий и разрушительного влияния травмы на пациента, поддержка его морального духа, купирование чувства вины.</p> <p>Фармакологическое лечение определяется особенностями клинической картины ПТСР, наличием коморбидных расстройств, физиологическими и личностными характеристиками.</p> <p>В целом, психофармакотерапия должна носить дифференцированный характер и учитывать клинические типы ПТСР.</p> <p>При <i>тревожном</i> типе ПТСР базисная терапия антидепрессантами дополняется назначением транквилизаторов и β-адреноблокаторов, а также мягких нейролептиков с седативным и противотревожным действием (сонапакс, тиоридазин).</p> <p>При <i>астеническом</i> типе ПТСР к базисной терапии антидепрессантами со стимулирующим действием присоединяют церебропротекторы, при наличии показаний — снотворные препараты.</p> <p>При <i>дисфорическом</i> типе ПТСР базисная терапия дополняется назначением нормотимиков (карбамазепин, депакин, ламотриджин) и/или нейролептиков (эглонил, ридазин, малые дозы атипичных антипсихотиков).</p>

1	2	3	4
			<p>При <i>ипохондрическом</i> типе ПТСР базисная терапия антидепрессантами дополняется назначением нейролептиков в малых дозах (эглонил, ридазин, малые дозы атипичных антипсихотиков).</p> <p>При <i>диссоциативном</i> типе ПТСР к базисной терапии присоединяют мягкие нейролептики (эглонил, ридазин), β-адреноблокаторы и транквилизаторы (альпрозалам, клоназепам).</p> <p>Прием антидепрессантов желательно начинать в условиях стационара с последующим контролем в амбулаторных условиях.</p> <p>Назначается один из трициклических антидепрессантов (кломипрамин, триптизол, имипрамин). Прием — не более 2 раз в день (утром и вечером). Начальная доза — 50 мг на ночь внутрь, затем в течение 3–4 дней дозу повышают до 100–150 мг. Через 7 дней, если доза недостаточна, ее увеличивают до 175–200 мг.</p> <p>Критерии эффективности применения антидепрессантов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – при ослаблении симптомов депрессии через 2 недели примерно на одну четверть (или по шкале Гамильтона для депрессии — на 20–25%) — первый положительный ответ на терапию; – снижение выраженности депрессии по шкале Гамильтона на 50% и более через 4 недели — отчетливый терапевтический ответ; – общая оценка по шкале Гамильтона составляет 7 баллов и менее через 8 недель терапии — полная ремиссия.

1	2	3	4
			<p>Если за этот период нет отчетливого эффекта, необходимо проверить:</p> <ul style="list-style-type: none"> – режим приема и дозу препарата; – наличие сопутствующих заболеваний (например, гепатита); – наличие приема других препаратов, изменяющих метаболизм (карбамазепина, барбитуратов), пищеварительных ферментов (панзинорма и др.), алкоголя, курения. <p>Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — новейшие антидепрессанты, которые имеют очень мало побочных действий.</p> <p>В начале приема этих препаратов возможна тошнота, жажда и расстройство сна, желудочно-кишечные расстройства, ослабление эрекции.</p> <p>При передозировке может отмечаться небольшое кардиотоксическое действие.</p> <p>Золофт (сертралин): начиная с 12,5–25,0 мг 1 раз в день с постепенным повышением до 50–200 мг в сутки.</p> <p>Флуоксетин (прозак): 20–40 мг в день, реже доза повышается до 60–80 мг в сутки.</p> <p>Флувоксамин (феварин): начальная доза — 50 мг в один прием; возможно повышение до 150–300 мг в сутки в два приема.</p> <p><u>Психофизиологическая реабилитация</u> проводится 24 дня ежедневно, по 1 ч.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Релаксационный тренинг (активный, пассивный) путем выполнения упражнений. 2. Релаксационный тренинг с использованием вибрационного кресла (возможность релаксации различных групп мышц). 3. Дыхательные упражнения.

1	2	3	4
			<p>4. Упражнения для нормализации сна.</p> <p>Терапия нарушений сна проводится до нормализации сна, начинается в стационаре, продолжается амбулаторно. Ведущая роль в лечении принадлежит различным методам психотерапии. На начальном этапе применяется рациональная психотерапия, направленная на разъяснение механизмов нарушений сна и выработку совместно с больным тактики преодоления психотравмирующей ситуации. Нередко констатируется снятие эмоционального напряжения в связи с тревогой за свой сон у больных после полиграфической регистрации ночного сна, когда больных объективно информируют, что продолжительность сна у них незначительно меньше, чем у здоровых людей.</p> <p>Длительно существующие нарушения сна (затруднение засыпания, поверхностный и прерывистый сон) могут приобретать характер самостоятельной психогении. Она может быть устранена адекватным патогенетическим воздействием (дезактуализацией нарушений сна). В процессе психотерапии необходимо уменьшать страх перед приближающейся ночью, сосредоточенность мыслей на качестве сна и представлениях о вредных последствиях нарушения сна для деятельности организма. Наибольший эффект при коррекции сна дает гипносуггестивная терапия, особенно в группе отобранных гипнабельных больных. Погружение в гипнотическое состояние чаще проводится с постепенным и продолжительным внушением ощущений, свойственных наступлению расслабленного состояния, дремоты и затем сна; реже осуществляется в императивной форме (при истерии). Больным проводится отставленное внушение, что они будут глубоко спать до утра без пробуждений и просыпаться с ощущением свежести и бодрости, чувством отдыха и здоровья.</p>

1	2	3	4
			Несколько менее выраженный эффект получается при аутогенной тренировке. Наиболее эффективна модификация аутогенной тренировки в виде психорегулирующей тренировки (в начале с врачом, затем самостоятельно)
ПТСР ФК-1	Амбулаторно, при 1–2-ом посещении	Оценка факторной структуры личности (тест Р. Кеттелла). Оценка выраженности психопатологической симптоматики (шкала SCZ-90). Определение типа отношения к болезни (ТОБОЛ)	Ориентировка на клиническую симптоматику, комплексный подход, применение психотерапевтических техник любого характера, независимо от степени компенсации ПТСР. Базовый курс: – 21 посещение по 1,5 ч при условии начала медико-психологической помощи амбулаторно; – 2–3 мес., через 2 дня по 1,5 ч при условии (необходимости) продолжения лечения, начатого в стационаре (прием антидепрессантов и др.)
	Консультация психиатра		

**Особенности и последовательность действий при оказании
медико-психологической помощи участникам военных
действий с посттравматическим стрессовым расстройством
и сопутствующими соматическими заболеваниями**

Compliance

Перед началом оказания медико-психологической помощи (в том числе и медикаментозной) терапевту необходимо установить с больным доверительные отношения или, если время терпит, отложить оказание помощи до тех пор, пока такие отношения не сложатся. Взаимопонимание между терапевтом и больным («compliance») имеет решающее значение. Отсутствие контакта повышает уровень «non compliance».

Необходимо иметь представление о том, что у больных с ПТСР в целом низкий уровень «compliance». Под «compliance» подразумевается способность (желание) пациента выполнять предписания лечащего врача. «Non compliance», напротив, можно определить как любое уклонение от предписанной врачом помощи, рекомендаций, профилактических мероприятий и обследований.

Это объясняется целым рядом психологических и социально-культурных факторов, а также биологическими особенностями. Прежде всего, больные с ПТСР, испытывающие отчуждение, изолированность, беспомощность, не склонны доверять врачам. Существенную роль здесь играет завышенное ожидание быстрых результатов на фоне недостаточной веры в возможности медицины (помощи).

Кроме того, некоторые побочные явления при применении психофармакологических препаратов могут вызывать ассоциации с состоянием во время возникновения ПТСР, например, сердцебиение перед угрозой казни, сухость во рту после нестерпимой жажды во время пыток (Rivero V.V., 1995).

**Основные элементы оказания помощи при ПТСР
и сопутствующих соматических заболеваниях**

1. Нахождение безопасного, уединенного места для разговора с больным с ПТСР. Больные с ПТСР могут считать, что разговор с Вами может быть не в их интересах. Они могут бояться, что

окружающие узнают об их проблемах. Если они заговорят открыто, то это может привести к тому, что окружающие люди либо будут обсуждать их, либо относиться к ним плохо или враждебно. Зная о том, что их разговор слушают другие люди (при отсутствии уединения), больные будут говорить сдержанно и не позволят узнать об их истинных проблемах. Попросите больного помочь Вам найти удобное место для разговора. Это будет способствовать созданию между вами атмосферы доверия, а больной более высоко оценит Вашу попытку помочь ему.

2. Установление доверительных взаимоотношений. Только от Ваших поступков и поведения будет зависеть формирование у больного с ПТСР чувства доверия к Вам. Первоначально больные будут говорить о своих проблемах только поверхностно. Со временем и по мере роста их доверия к Вам они будут больше открываться. Только тогда Вы действительно сможете помочь им.

Используйте спокойный и мягкий подход к людям. У большинства больных с ПТСР имеется много оснований не доверять другим. Всегда старайтесь поставить себя на их место и понять то, что они чувствуют.

3. Умение быть хорошим слушателем. Больные часто начинают чувствовать себя лучше даже потому, что им предоставляется возможность выговориться, когда их внимательно слушают. Попытка подавления чувств путем их умалчивания может стать причиной эмоционального или психологического дискомфорта. Попытка игнорировать, избегать или отрицать наличие горя или душевной боли приводит к большим стрессам. Такие проблемы, как депрессия, чувство постоянного беспокойства и неконтролируемого страха, а также боли и недомогания без каких-либо физических причин и многие другие симптомы могут быть результатом сдерживаемых внутри чувств и эмоций.

Основная роль слушателя может сводиться к тому, что он помогает больному с ПТСР выговориться.

Как правильно слушать собеседника?

1. Сядьте лицом к собеседнику.
2. Смотрите ему в глаза.
3. Все свое внимание сконцентрируйте на том, что говорит Ваш собеседник.

4. Не отвлекайтесь.

5. Время от времени кивайте головой или говорите «Я понимаю» так, чтобы Ваш собеседник знал, что Вы слушаете его.

Слушание — это многоуровневый процесс, так как мы можем:

- слушать произносимые человеком слова;
- слышать звуки голоса человека;
- слушать, одновременно наблюдая за движениями, жестикуляцией и мимикой нашего собеседника;
- обращать внимание на паузы и подмечать то, о чем наш собеседник умалчивает;
- воспринимать те значения слов, которые подразумевает говорящий;
- «слушать» чувства нашего собеседника.

Никогда не исходите из того, что Вы уже знаете, как чувствует себя Ваш собеседник. Слушайте то, что он хочет сказать.

4. Выяснение необходимой информации. Чтобы понять реальные проблемы человека, Вам необходимо иметь большой объем информации, которую можно получить, задавая вопросы и интересуясь подробностями.

Информационное «зондирование». Задавайте вопросы спокойно и медленно. Не настаивайте на получении ответа. Стремитесь к тому, чтобы Ваши вопросы не звучали как вопросы следователя, тщательно их обдумывайте. Думайте о том, какие чувства может испытывать Ваш собеседник, отвечая на поставленные вопросы. Дайте возможность людям говорить в присущих им манере и темпе.

Умение задавать вопросы. Вопросы, ответом на которые будет простое «да» или «нет» (например, «Испытываете ли Вы чувство страха?»), не позволяют получить много информации. Более полезными являются заявления такого рода: «Пожалуйста, расскажите мне о том, что пугает Вас».

Умение управлять ходом беседы. Направляйте беседу так, чтобы получить нужную Вам информацию, не прерывая в то же время хода мыслей собеседника. Если больной говорит о недостатке питания, не задавайте в этот момент вопрос об учебе его детей. Направьте беседу о недостатке питания к обсуждению рациона питания детей, их здоровья, а уж затем переходите к учебе детей.

Виды получаемой информации. Каждого человека характеризуют свои собственные стереотипы поведения, мысли и чувства. Чтобы оказать помощь больному с ПТСР с эмоциональными проблемами, необходимо понять, какое отношение к рассматриваемой проблеме имеют поведение, мысли и чувства человека. Получить информацию о всех трех сферах можно путем информационного «зондирования», постановки целенаправленных вопросов и умелого направления беседы.

Поведение. Многие больные с ПТСР обращаются за помощью с какой-либо «внешней» проблемой, например, «у меня болит голова», «у меня приступы сильного сердцебиения», «я все время плачу», «я не могу четко и ясно мыслить» и т. д.

Человеку легче всего начать беседу с описания своего поведения. Чтобы полностью понять поведение больного с ПТСР, задайте ему вопросы о подробностях, которые дадут Вам возможность зрительно представить, как протекает повседневная жизнь больного, а затем попросите его дать точное описание волнующей его проблемы. Люди могут еще более усугубить проблемы своим поведением.

Мысли. Спросите, что сам человек думает о своей проблеме; какие конкретно мысли его одолевают. Обратите внимание на то, что многие больные постоянно говорят сами с собой, используя негативные формулировки. Например: «Я не могу этого сделать», «У меня ничего не получается», «Я неспособный».

Чувства. Очень важно попытаться понять чувства людей. Их следует побуждать к тому, чтобы они открыто выражали свои чувства. Это очень трудно, поскольку во многих странах сложилось негативное отношение к открытому выражению чувств, люди считают, что они должны казаться всегда уверенными в себе и сильными.

Если Вы найдете удобное, уединенное место, будете внимательны и заботливы по отношению к больному, большинство людей в конце концов расскажут Вам о своих чувствах. Часто они прорываются наружу в виде целого потока слов. Поощряйте такое выражение чувств, но напомните о том, что речь Вашего собеседника не должна принимать слишком бурный характер.

Больным, которые говорят слишком много и быстро, следует помочь говорить помедленнее, но в то же время помните, что Вы

должны позаботиться, чтобы Ваши слова не заставили их замолчать вообще.

Больные расскажут Вам о своих чувствах и могут даже показать их. Они могут начать кричать, показывать проявления гнева, отчаяния или стресса. Такое излияние чувств принесет человеку пользу и его следует поощрять. Сдерживание их внутри может привести к развитию эмоциональных и соматических проблем.

Терапевту иногда трудно воспринимать такие проявления чувств. Оставайтесь спокойным, не предпринимайте попыток сразу же заставить человека лучше себя чувствовать. Прежде всего необходимо, чтобы он излил свои чувства. На этом этапе не следует разрабатывать планы улучшения ситуации или давать советы. Это время должно быть посвящено выслушиванию больного и выяснению необходимой информации.

Если больной начинает свою речь с того, что рассказывает о своем поведении, Вам следует начать задавать вопросы. Далее попытайтесь узнать, что этот человек думает, а затем приложите усилия к тому, чтобы понять его чувства.

5. Оказание больному поддержки. Имеется множество путей, с помощью которых Вы можете дать понять больному, что слышите не только его слова, но и его чувства. Самым лучшим средством является выражение Ваших собственных чувств. Если чувствуете, что Вам хочется плакать, не пытайтесь скрыть это (многие жизненные истории больных очень печальные).

Как оказать поддержку?

1. Говорите доброжелательно и тихим голосом.
2. Используйте жесты для того, чтобы показать Ваш интерес и заботу о собеседнике. Сядьте ближе к нему.
3. Предложите платок (салфетку), чтобы Ваш собеседник мог вытереть глаза, если он плачет, или предложите ему стакан воды.
4. Ваше лицо должно отражать истинное участие.
5. Если это уместно, дотроньтесь до руки собеседника, чтобы показать ему Ваше сочувствие.
6. Реагируйте на то, что чувствует Ваш собеседник, а не на то, что чувствуете Вы. Если человек со слезами рассказывает о том, как его насильно привезли в лагерь противника, слушайте и делай-

те замечания типа «Я понимаю, как тяжело и опасно это было для Вас».

7. Старайтесь, чтобы Ваши проявления участия не заставили собеседника чувствовать себя неловко и он не перестал делиться своими эмоциями.

8. Очень часто человек испытывает огромное облегчение от того, что он открыто выразил свои чувства, зная, что кто-то слушает его и проявляет о нем заботу.

6. Способствование развитию у больных умения жить, опираясь на свои собственные силы. Помощники должны способствовать развитию у больных умения жить, рассчитывая на свои собственные силы.

Несмотря на то, что Вы можете оказать помощь в трудный период жизни, Ваша полезность является лишь временной.

Следует показать, что Вы уверены в их способности самим оказывать себе необходимую помощь. Многие больные испытывают смущение и дискомфорт, если они нуждаются в посторонней помощи. Если своим поведением Вы показываете больным, что знаете, как им лучше всего поступать, они будут чувствовать себя еще более некомпетентными и беспомощными. Когда люди чувствуют себя зависимыми от других или беспомощными, они могут испытывать чувство раздражения и злости, а это может усугубить их проблемы.

Вы должны проявлять свое уважение к человеку, который пережил ужасное событие, показывать Вашу веру в то, что, несмотря на трудный период жизни, этот человек обладает силой для оказания самому себе необходимой помощи.

Помогите этим больным найти свои собственные силы. Если Вы делаете что-то для людей или говорите, что и как необходимо сделать, Вы тем самым даете им понять, что считаете их некомпетентными. Помогите людям помочь самим себе.

7. Оценка характера проблем. Прежде чем Вы сможете разработать план действий, необходимо оценить характер проблем. Подумайте немного о том, что сказал Вам собеседник. Зачастую помимо тех проблем, о которых Вам рассказали вначале, имеются и другие вопросы, требующие рассмотрения.

Проанализируйте поведение больного, его мысли, чувства, а также то, какое воздействие они оказывают на имеющуюся проблему.

Рассмотрите условия жизни данного человека и те практические трудности, которые возникнут при изменении его жизни в нужном направлении. Некоторые пути решения проблемы не смогут быть реализованы из-за таких факторов, как бедность, невозможность свободного передвижения или физический риск, которые обусловлены политическими конфликтами или другими причинами.

Оцените состав семьи человека, которому Вы оказываете помощь, характер внутрисемейных взаимоотношений, социум, в котором он проживает, а также влияние других людей на больного.

Проанализировав эту информацию, попытайтесь сделать первую оценку относительно характера тех проблем, которые необходимо решать.

Отношение больных к проблеме может измениться после разговора с Вами. При следующей встрече спросите, как они оценивают свои проблемы в данный момент. Спросите также, какие проблемы, по их мнению, необходимо попытаться решить.

Проявляйте гибкость. У вас должно быть одинаковое представление о проблемах, для того чтобы совместно выработать соответствующий план действий.

8. Выработка плана действий для больного.

Четко обозначьте проблемы. Проведенная оценка должна помочь вам обоим четко определить характер проблем. Назовите проблемы, для решения которых необходимо приложить усилия.

Определите цели. Уточните цели, которые больной пытается достичь. Так, человек, которому Вы стремитесь помочь, может утверждать, что проблема заключается в постоянном чувстве усталости. Спросите, какую цель он перед собой ставит. Возможно, он хочет иметь достаточно энергии для того, чтобы приготовить обед для своих детей.

Определите, какую проблему необходимо решить вначале. Если необходимо решить целый ряд проблем, поставьте их в порядке приоритетности и работайте с ними по очереди.

Составьте план действий. Вместе с больным следует обсудить возможные пути решения стоящих перед ним проблем. Имеет-

ся множество способов достижения поставленной цели. Помогая больным, предлагайте им идеи и поощряйте их формулировать свои собственные. Больные должны выбрать такой ход действий, который им наиболее подходит.

Обсудите с больным, как он будет чувствовать себя в том случае, если добьется успеха. Больные часто боятся самого успеха. Спросите, как семья и социум отнесутся к его успеху. Другие люди могут оказывать на больного огромное влияние. Больной может быть обеспокоен тем, что с успехом будут связаны как положительные, так и отрицательные моменты.

Попытайтесь выяснить, что больной будет делать в том случае, если планы реализуются. Как он будет поддерживать уверенность в своих силах, чтобы сделать еще одну попытку? Что он сделает затем?

Иногда Вам захочется дать людям конкретные советы или сказать им, что следует делать, особенно если собеседник спрашивает конкретно: «Что, по Вашему мнению, я должен сделать?» Будьте осторожны. Больные в действительности не хотят, чтобы им говорили, что нужно делать. У большинства из них уже сложились неправильные привычки, и им нужна помощь для того, чтобы увидеть другие возможности. Больной должен сам выбирать, что делать дальше. Это также будет способствовать усилению его уверенности в себе.

9. Письменная регистрация. Во многих случаях следует записать план действий (образец представлен в Приложении 2). Некоторым больным полезно иметь копию письменного плана.

10. Последующее наблюдение. Виды последующего наблюдения могут различаться в зависимости от ситуации.

Иногда нужно встречаться с больным на регулярной основе. Составление графика работ является частью плана действий. Больные должны знать, что на Вас можно положиться и что Вы будете с ними регулярно встречаться.

В других случаях Вы будете встречаться с больными только время от времени, возможно, один раз. В этом случае постарайтесь составить такой план действий, который, по мнению больного, он сможет выполнить без посторонней помощи.

Число поставленных целей не должно быть большим, так как в этом случае человек быстрее добьется успеха. Ощущение успеха часто помогает больному стремиться к большему в следующий раз, когда он будет ставить перед собой новые цели.

Когда люди приходят в себя от какого-либо потрясения, важно, чтобы они чувствовали, что именно благодаря собственным усилиям добились успеха. Тогда они будут ощущать уверенность в том, что смогут оказать себе помощь и в будущем. Если они хвалят Ваши, а не свои собственные усилия, их чувство уверенности в себе не возрастет. Ваша самая важная задача заключается в том, чтобы помочь больным научиться оказывать помощь самим себе.

План действий

Ф.И.О. _____ Дата:

Дальнейшее наблюдение: встреча через 1 мес. для того, чтобы оценить ход выполнения плана.

Проблемы	Цели	План разрешения проблем
Ежедневные головные боли	Снижение частоты приступов	Выполнение упражнений на расслабление
Одиночество и изолированность	Найти друга	Каждое утро хотя бы 15 мин проводите в общении со своим соседом
Дочь ведет себя агрессивно по отношению к другим детям	Улучшение поведения дочери	Наблюдайте за игрой дочери. Покажите ей другие способы поведения, если она из-за чего-то расстроена. Запишите ее в какой-нибудь кружок

Больной пользуется планом действий как основой для достижения поставленной цели и улучшения своей жизни.