

Puzanova A., Gozhenko E., Yanchuk O., Zukow W. Актуальні питання медико-психологічної реабілітації посттравматичного стресового розладу = Issues of medical and psychological rehabilitation post traumatic stress disorder. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(9):273-282. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.30628](https://doi.org/10.5281/zenodo.30628)
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.30628>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%289%29%3A273-282>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/621538>
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011–2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 25.08.2015. Revised 05.09.2015. Accepted: 06.09.2015.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

ISSUES OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

Пузанова А.Г., Гоженко О.А., Янчук А.А., Zukow W.
Puzanova A.G., Gozhenko Elena, Yanchuk Oleksandr, Zukow W.

ДП «Український НДІ медицини транспорту МОЗ України»
Миколаївський політехнічний університет
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Ключові слова: медико-психологічна реабілітація; посттравматичний стресовий розлад.

Key words: medico-psychological rehabilitation; post traumatic stress disorder.

Резюме

В статье представлены современные представления о причинах формирования посттравматического стрессового расстройства. Описаны особенности проявления стрессорного расстройства у военнослужащих (солдат) и медицинского персонала. Рассмотрены подходы к обследованию и немедикаментозного лечения пациентов. Особое внимание уделено возможностям постстрессовой реабилитации и ее современным методикам, а именно вариантам психотерапии, кинезотерапии, бальнеотерапии, физиотерапии.

Summary

This article presents modern views on the causes of formation of post-traumatic stress disorder. Describes the features of the manifestations of stress disorders among troops (soldiers) and medical personnel. Approaches to survey and non-medical treatment of patients. Special attention is given to the possibilities of rehabilitation poststress and its modern methods, namely psychotherapy options, kinesitherapy, balneotherapy, physiotherapy.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, або TSD) виникає внаслідок важкої психотравмуючої події. Це можуть бути військові дії, теракт, землетрус, дорожньо-транспортна пригода або авіакатастрофа, звалтування, викрадення дітей та інші події, які становлять реальну загрозу життю. Існує пряма залежність між тяжкістю психологічної травми, ступенем загрози життю або здоров'ю, психічним станом на момент стресу з одного боку і ймовірністю розвитку ПТСР – з іншого [1].

Фактично у практично всіх поранених є симптоми посттравматичних стресових розладів (ПТСР): нав'язливі спогади, знижений фон настрою, непереборна безсоння, безпричинна тривога, підвищена дратівливість, нервозність, депресія, настороженість, розлади пам'яті та уваги. Також відчуючи на собі всі симптоми ПТСР, лікарі та психологи дуже рідко звертаються за допомогою до своїх колег, вважаючи, що вони самі, як професіонали, зобов'язані впоратися з цією проблемою. Проте, однією з особливостей ПТСР є низька пошукова активність, небажання докладати зусиль поза звичного способу життя, поганий довільний доступ до чуттєво-образним уявленням (на яких, власне, будується майже вся психотерапевтична робота) [2].

Особливістю реабілітації пацієнтів з ПТСР є труднощі встановлення психологічного контакту на початковому етапі: відмова від допомоги, заперечення проблем, недовіра і т.д. У плані надання психологічної допомоги пораненим, необхідно проводити безпосередню роботу з пораненими, яка спрямована на переробку травматичного переживання та інтегрування його в позитивний життєвий досвід особистості; навчання навичкам саморегуляції (релаксації, контролю болю, напрацювання ресурсних станів, мобілізації пам'яті та уваги); психологічне

просвітництво. Варто відзначити, що реабілітація медичного персоналу може бути значно ускладнена особистісними установками [9].

Симптомами ПТСР, за рекомендаціями MJ Horowitz et al (1980), критеріям DSM-IV (1994) і МКХ-10 (шифр F43.1.), Поряд з об'єктивною стресорною подією, являються повторювані переживання травми (intrusion) з «вимиканням із сьогодення» (flashback), поведінка уникнення (escape response) і підвищена фізіологічна активація (hyperarousal). Нав'язливі спогади про травмуючі події – специфічний системотворююча ознака синдрому ПТСР. Найбільш характерним симптомом посттравматичного стресового розладу є нав'язливі спогади, які мають надзвичайно яскравий, але уривчастий характер. Як правило, подібний напад переживань поєднується з різними порушеннями з боку вегетативної нервової системи. Нерідко виникає так звана флеш-бек симптоматика – у пацієнта виникає відчуття, що минуле вривається в реальне життя. Найбільш характерні ілюзії, тобто патологічні сприйняття реально існуючих подразників [5].

Постійне нервове перенапруження, порушення сну, виснажливі напади нав'язливих спогадів призводять до розвитку церебрастенії, яка клінічно проявляється сукупністю ознак виснаження центральної нервової системи: зниження фізичної і розумової працездатності; ослаблення функції уваги та зосередженості; підвищена дратівливість; зниження здатності до творчої діяльності. Комплекс перерахованих вище симптомів неминуче призводить до порушення адаптації пацієнта з ПТСР в суспільстві [3].

Наслідки кризової ситуації пов'язані з мультифакторною дією біологічних, психологічних і соціальних причин-стресорів, тому повернення осіб з ПТСР в реальність являє собою складну і важкоздійснювану реабілітаційну задачу. Враховуючи ці фактори пацієнтам, які пережили екстремальну ситуацію, психотерапевтична допомога є

обов'язковою у процесі реабілітації після перенесеного стресу для профілактики виникнення віддалених соматоформних розладів. В цьому випадку найбільш оправданим є комплексний підхід із застосування медико-психологічної реабілітації, а саме психологічних, бальнеологічних, кінезотерапевтичних та медикаментозних методів.

Неадекватна адаптація на стрес лежить в основі дисфункції різних систем і органів і призводить до подальшого формування соматичних і психосоматичних захворювань. Відновлення здатності організму до саморегуляції є основоположним фактором в патогенетичній терапії захворювань, що супроводжуються неадекватною адаптаційною реакцією. Призначення анксиолітиків та антидепресантів показані цим хворим з метою корекції тривожних і тривожно-депресивних розладів, що лежать в основі більшості симптомів і скарг, що пред'являються пацієнтами. Разом з тим, дані препарати не завжди безпечні, можуть викликати звикання і не завжди позитивно сприймаються пацієнтами. Медикаментозне лікування може підвищувати ефективність психотерапії. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, є єдиними лікарськими засобами, схваленими Адміністрацією з контролю за продуктами харчування та ліками для лікування ПТСР. Із застосуванням препаратів асоційовані багато небажані побічні ефекти і ознаки. До них відносяться проблеми, що стосуються взаємодій лікарських засобів, побічні ефекти, які проявляються в шлунково-кишковому тракті, побічні ефекти в статевій сфері, суїцидальне мислення, гострі анксиогенні ефекти і повільний початок дії. Деякі трициклічні антидепресанти (ТСА) та інгібітори монаміноксидаз (МАОІ), мабуть, мають ефективністю, але переносимість у пацієнтів низька внаслідок високої частоти побічних ефектів. Існує необхідність у розробці засобів реабілітації посттравматичного стресового розладу, які є безпечними і ефективними [8].

На пацієнта необхідно надавати комплексний безпечний терапевтичний вплив не тільки для поліпшення вже наявних симптомів, але і для профілактики рецидивів, для підвищення функціональних резервів організму і здатності адекватно адаптуватися до різних стресових впливів (психічним і фізичним). У цьому зв'язку магнієвіміні бальнеотерапевтичні препарати є гарною альтернативою.

З одного боку, магній володіє мембраностабілізуючою дією, що призводить до вираженого зниження збудливості нервової тканини і, як наслідок, зменшення тривоги. З іншого боку, магній бере участь у синтезі АТФ в мітохондріях клітин. Стреси як фізичні, так і психічні, збільшують потребу організму в магнії. Підвищення рівня катехоламінів при стресі призводить до гіперзбудливості клітинних мембран і їх енергодефіциту. Тому виснаження внутрішньоклітинних запасів магнію при впливі стресорних факторів служить причиною внутрішньоклітинної магнієвої недостатності.

Клінічні симптоми дефіциту магнію є неспецифічними, що свідчить про тотальний вплив іонів магнію на життєдіяльність всіх клітин людського організму. Ці симптоми проявляються підвищеним нервово-м'язовою збудливістю, зниженням уваги, пам'яті, астеною, тривожністю, порушеннями сну та іншими психовегетативними проявами. Підвищення рівня внутрішньоклітинних макроергічних сполук сприяє зростанню функціональних резервів систем організму і розвитку адекватних адаптивних реакцій. Магній бере участь у синтезі в головному мозку нейропептидів, що впливають на емоційний стан. Він відноситься до фізіологічних регуляторів нейронального збудження і контролює діяльність центральної і периферичної нервової системи в емоційній сфері [10].

Ефективні програми реабілітації мають бути саногенетично-спрямовані. Відповідно до критеріїв А, В, С, Д (Н.А. Марута, Л.Ф.

Шестопалова) і власних спостережень, етапна реабілітація не раніше 2-3 місяців після гострої фази ПТСР в залежності від особливостей особистості, віку, змісту ПТСР, прискорює відновлення порушень психоемоційного стану, адаптації, сприяє попередженню хронізації змін особистості, формуванню психосоматичних захворювань.

Таким чином низький комплайнс особливості обмеженого використання тестування та індивідуальної психотерапії, наявність психофізичної дезадаптації, часто поли травми, вегетативних дисфункцій обґрунтовують вибір методик комплексного впливу при ПТСР [7].

Психотерапія в даний час є основою лікування ПТСР. Способи включають когнітивно-поведінкову терапію, метод «заземлення», експозиційну терапію і десенсибілізацію і корекцію переробки інформації за допомогою руху очей. Десенсибілізація і переробка рухами очей (ДПДГ, англ. EMDR). ДПДГ – об'єднання елементів когнітивно-поведінкової психотерапії з рухами очей або іншими формами ритмічних, ліво-правобічних стимулів, наприклад: стискання кистей рук або звуки. Передбачається, що рухи очей та інші двосторонні форми стимулювання як би «розморожують», відновлюють роботу системи обробки інформації в мозку, яка була перервана під час сильного стресу. Такі методики можуть бути застосовані при низькому комплаєнсі і дають ефективний результат навіть за короткострокової реабілітації [2].

Застосовуються поряд з індивідуальною, групова психотерапія з елементами поведінкової, когнітивної, «анонімного дзеркала», перемиканням уваги на життєстверджуючі мети, різні види мистецтва та інші види арттерапії, при цьому використовуються яскраві образи ландшафтотерапії з психосенсорною репродукцією. У реабілітаційний комплекс включається кінезотерапія, а саме дихальні вправи, антистресова пластична гімнастика, лікувальна гімнастика у поєднанні з аутотренінгом. Важливим є навчання пацієнтів методикам кінезотерапії як для

відновлення так і для попередження повторного стресового розладу, пароксизмів тривоги. Завдання подолання наслідків психологічного стресу вирішується в контексті фізичного тренування, що дозволяє звести до мінімуму можливість дисбалансу напруження і забезпечувати плавний вхід в режим звичайних і підвищених навантажень, формування стереотипу здорового способу життя.

Бальнеотерапія повинна застосовуватися диференційовано, відповідно до функціонального стану центральної та вегетативної нервової системи, наявності коморбідного стану. Так поєднання ванн и з гідромасажем (віхрьові ванни, підводний душ-масаж) сприяє підвищенню тонусу парасимпатичної вегетативної нервової системи, підвищення загальної витривалості, має спазмолітичну дію. Застосування ж перлинних ванн, що включають вплив дозованого аеромасажу, нормалізують збудливість периферичних і центральних ланок нервової системи, викликають седативний ефект, відновлюють тонічну активність м'язів при порушенні її регуляції, ослабляють патологічну аферентну імпульсацію, а також викликають рефлекторне розширення шкірних капілярів, прискорення кровотоку в них [6].

Поєднання впливу бальнеотерапевтичної процедури та природного мінералу бішофіт, що містить оптимальну кількість магнію і бром, виявляє вегетокорегуючу дію за рахунок зниження симпатичного тонусу, корекції над сегментарної дисфункції та сприяє покращенню вегетативного забезпечення діяльності. Численними дослідженнями було доведена низька токсичність та відсутність у бішофіту канцерогенних і алергизуючих властивостей.

В сучасній бальнеології використовуються як моно препарати (Бішофіт Mg^{++} «Кристалічний концентрат»), так і магнієві фіто-мінеральні комплекси (магнієві фітоконцентрати ТМ «Целебная ванна»), що дають

можливість поєднаної дії та диференційованого застосування для досягнення більш ефективного результату реабілітації.

До функціональних саногенетично-спрямованих методів відносяться інструментальна оротерапія (дозоване гіпоксичне тренування) та біологічний зворотній зв'язок. Формування навичок контролю дихання, серцево-судинної системи, реакції нервової системи на подразнення дозволяє провести корекцію адаптації та завадити соматизації ПТСР. Відповідно до наявності протипоказів (контузії, ранній післяопераційний період, схильність до судом тощо) обирається методика фізіотерапії. До найбільш ефективних можна віднести електросон, транскраніальну електро- (за наявності аддиктивних розладів) та магніто-стимуляцію (при церебро-ангіодистонії), фото-звукову стимуляцію, галотерапію, пайлер-хромотерапію, високотонову терапію, магніто-лазеротерапію, багаторівневу лазеротерапію, електрофорез аргінін-вмісних препаратів, бромю, бішофіту. Додатково в комплексах медико-психологічної реабілітації застосовуються ароматерапія, рефлексотерапія, масаж, фітотерапія[4].

Організаційна структура програм медико-психологічної реабілітації побудована за принципами: максимальне синергічне співробітництво: лікар-пацієнт-терапевтичний комплекс; багаторівневий характер саногенних заходів; сполучений характер біологічних і психологічно-орієнтованих впливів; послідовність і етапність проведених заходів; комплексний підхід для вирішення клінічних задач, тобто сполучений послідовний вплив на всі етіопатогенетичні ланки функціональних розладів; принцип оптимальності застосованих медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних і немедикаментозних факторів. Тривалість програми — від 14 до 24 діб.

Програма реалізується за 3 модулями:

1) Початковий (етап налагодження терапевтичного контакту —

комплаенсу). Тривалість — 1 — 3 доби.

2) Основний (реабілітаційний). Тривалість — 12 — 18 діб.

3) Заключний (супортивний). Тривалість — 1 — 3 доби.

Основними критеріями ефективності медико-психологічної реабілітації є: нормалізація функціонального стану центральної та вегетативної нервової системи, зменшення тривожності, соціальна адаптація.

В умовах реабілітаційних відділень, де пацієнт знаходиться стаціонарно можлива реалізація комплексного підходу до медико-психологічної реабілітації ПТСР. Створення не одиничних відділень реабілітації з програмами комплексної медико-психологічної реабілітації, а необхідної мережі Центрів та відділень і загальної обґрунтованої Програми медико-психологічної реабілітації дасть можливість максимального відновлення здоров'я, рівня соціального функціонування і якості життя осіб, які зазнали екстремальних психогенних чинників. Основне — повернення пацієнта до активного життя. Сучасний клінічний досвід вивчення ПТСР свідчить, що визначальне значення мають особистісні особливості людини щодо її спроможності опанувати катастрофічний стрес, завдяки чому у частини людей, що пережили травматичні події, ПТСР не виникає, а в інших — формується розлад досить виразної тяжкості (Чабан О.С., 2009). Принцип одужання опирається на поєднання усіх факторів — фізичного, психологічного та соціального. Таким чином комплексні відновлювальні та лікувально-рекреаційні заходи націлені на послідовне формування нового сенсорного досвіду, досягнення психофізичної релаксації, внутрішньої рівноваги, а також активізації комунікативних навичок, мотивацій та інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. The Sphere Project (2011) Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: The Sphere Project. <http://www.sphereproject.org>
2. Загальні принципи розробки плану реагування та взаємодії закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків: Метод. рекомендації. / МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інф.-ї та пат.-ліценз. роботи; Укл. Роцін Г.Г. та ін. – К., 2013. - 30с. Шифр 610.8 / 3-14.
3. Михайлов Б.В. Стан і стратегічні напрями розвитку психотерапії та медичної психології // Медична психологія. – 2011. - № 3. – С. 44-48.
4. Методические указания по проведению психологического тестирования работников МЧС (Копинг-тесты) / Розанов В.А., Псядло Э.М., Кременчуцкая М.К. и др.– ОНУ им. И.И.Мечникова.– Одесса, 2011.- 25 с.
5. Потенціал особистості та тенденції його реалізації в умовах трансформаційних змін у суспільстві / За наук.ред. проф. В.І.Подшивалкіної. – Харків,: «БУРУН і К», 2012.- 368 с.
6. American Psychological Association. Annual Convention. – 2014. – 7-10 August.
7. Hoge C. W., Riviere L. A., Wilk J. E. et al. The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: a head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with PTSD checklist // Lancet Psychiatry. - 2014. - V. 1. - P. 269-277.
8. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys / R. C. Kessler, S. Rose, K. C. Koenen et al. // World Psychiatry. – 2014. – V. 13 (3). – P. 265-275.
9. Lehrner A. Biomarkers of PTSD: military applications and considerations / A. Lehrner, R. Yehuda // Eur J Psychotraumatol. – 2014. – V. 14;5.
10. Warner C. H., Warner C. M., Appenzeller G. N., Hoge C. W. Identifying and managing posttraumatic stress disorder // Am. Fam. Physician. – 2013. – V. 88. – P. 827-734.