



**Проф. Б. В. Михайлов, проф. О. І. Сердюк, к.псих.н. Т. А. Алієва,  
ас. І. Д. Вашкіте**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ДП «Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды»

## Етапна психотерапія учасників бойових дій в санаторно-курортних умовах

Кінець ХХ століття і початок третього тисячоліття характеризуються глобальними цивілізаційними процесами суперечливого характеру. Соціальний прогрес супроводжується посиленням соціальної напруженості. При цьому негативний соціальний потенціал накопичується за рахунок подій катастрофічного характеру — соціальних потрясінь, воїн і катастроф техногенного походження. [9]

На сьогодні, коли на теренах України тривають військові дії та вимушені міграційні процеси, щодня з'являються нові контингенти осіб, що зазнають впливу стресогенних чинників. Ці контингенти є групою ризику щодо виникнення в них різних розладів психіки і поведінки психогенного походження.

Найбільш частим з них є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Сучасні уявлення про ПТСР як діагностичну рубрику склалися в 70 — 80-х роках минулого сторіччя, проте розлади, що розвиваються в результаті пережитої катастрофи (на відміну від звичайних психогенних станів) описували і діагностували і раніше. [4]

Багато робіт, присвячених цій проблемі, з'являється після значних військових конфліктів. Так, важливі дослідження були проведені у зв'язку з Першою світовою війною (1914—1918). Е. Краепелін (1916), характеризуючи травматичний невроз, уперше показав, що після тяжких психічних травм можуть залишатися постійні розлади, що посилюються з часом. [2]

Згодом вплив стресів воєнного часу на подальший психічний стан комбатантів глибше за все було вивчено на матеріалі війни у В'єтнамі. У зв'язку з тим, що описаний поств'єтнамський симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, М. Горовіц (Horowitz, 1980) запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його посттравматичним стресовим розладом.

Початок систематичних досліджень постстресових станів, викликаних переживанням природних та індустріальних катастроф, можна віднести до 50—60-х років минулого століття. [2]

Поширеність ПТСР у популяції залежить від частоти травматичних подій.

Вивчення постраждалих із посттравматичними стресовими розладами дозволило виявити, що в дитинстві вони потерпали від психотравм значно частіше, а ніж постраждали, у яких не спостерігався вищезазначений розлад, і були позбавлені узгодженої підтримки з боку батьків; наголошувалися також вищі показники розлучень батьків.

Перенесене в дитинстві сексуальне насильництво (або примушення у вступ до статевого зв'язку із кимось з найближчого оточення дитини) корелювало із вищим рівнем як депресивних, так і тривожних симптомів пізніше, в зрілі роки. [4]

Преморбідні особистісні особливості хворих із посттравматичними стресовими розладами гетерогенні. Хоча люди, в характері яких присутні риси тривожності, особливо схильні до розвитку пост-

травматичних стресових розладів, подібні розлади нерідко виникають і при обсессивному, залежному і навіть шизоїдному типі особистості. Проте логічно було б чекати, що індивіди з вищими показниками по опитувальниках для оцінки рівня невротизації (або «біс тривожності») більшою мірою схильні до розвитку симптомів посттравматичних стресових розладів, чим люди флегматичнішого складу.

Істотно підвищений ризик розвитку посттравматичних стресових розладів виявився у тих, хто постійно піддавався негативному впливу шкідливих соціальних чинників, наприклад важковирішуваних міжособистісних проблем або несприятливих умов життя. [4]

Слід зазначити, що у всіх обстежених нами хворих спостерігалась наявність проблем у мікросоціумі, таких, як, наприклад, конфлікти в родині з батьками або дітьми, друзями, колегами по роботі, розлучення тощо.

У етіології посттравматичних стресових розладів головну роль відігравали такі три групи чинників.

#### I. Спадково-конституціональні.

У цій групі необхідно виділити конституціонально-типологічні особливості центральної нервової системи і особистісно-акцентуовані особливості.

#### II. Психоемоційні, або психогенні.

Це гострі або хронічні чинники зовнішньої дії, опосередковані через психічну сферу, які мали як когнітивну, так і емоційну значущість, і через це відігравали роль психогенії.

#### III. Психоорганічні.

Різна преморбідна органічна (травматична, інфекційна, токсична, гіпоксемічна та ін.) скомпроментованість інтеграційних церебральних систем надсегментарного рівня, перш за все, лімбіко-ретикулярно-го комплексу.

Для чоловіків найбільш частими чинниками була участь у військових подіях, автоподії, локальні техногенні катастрофи і надзвичайні ситуації.

З клінічної точки зору посттравматичний стресовий розлад відноситься до особистісно-реактивних станів, що розвиваються внаслідок перенесеної надзвичайної ситуації, яка носила патогенно-психогенний характер для конкретної людини (наприклад, ситуації представляли 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).

Саме тому медико-психологічна реабілітація має бути обов'язковою частиною комплексу реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, що призвело до її активного відбудування та поступового обов'язкового залучення до частини комплексних реабілітаційних заходів осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО.

Метою цього дослідження було впровадження Програми медико-психологічної реабілітації у демобілізованих учасників АТО з посттравматичними стресовим розладом, які знаходяться на реабілітації в санаторно-курортних умовах.

Посттравматичний стресовий розлад у клінічній практиці має відповідну — однойменну — рубрифікацію (F43.1) у Міжнародній класифікації хвороб Десятого перегляду і представляється як синдром, що виникає після дії екстремального за силою стресу.

В дослідженні взяло участь 80 демобілізованих учасників АТО, які знаходились на медико-психологічній реабілітації в санаторно-курортних умовах. У ході дослідження основна група з 80 хворих була розділена за Міссісіпською шкалою визначення наявності ПТСР на групу втручання 1, в яку увійшли 63 хворих з ПТСР ( $126,7 \pm 3,18$ ), та групу втручання 2, в яку увійшли 17 хворих, які не мали ознак ПТСР, але мали скарги на психічний стан ( $74,5 \pm 2,36$ ).

Програма медико-психологічної реабілітації здійснювалась протягом 40 годин за трьома основними етапами: діагностичним, корекційним та підтримуючим.

На першому етапі клініко-психопатологічного дослідження для первинної діагностики емоційного стану у демобілізованих учасників АТО нами були використані наступні шкали суб'єктивної та об'єктивної оцінки: шкала тривоги та депресії М. Гамільтона, шкала депресії А. Бека, шкала діагностики реактивної та особистісної тривоги Ч. Д. Спілберге-ра, адаптована Ю. Л. Ханіним, Міссісіпська шкала ПТСР (військовий варіант).

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

- нав'язливих спогадів (наприклад, короткочасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback», нічні жахи «*ravognocturna*»);
- обтяжливих сновидінь;
- недиференційованої тривоги;
- відчуття повторного переживання психотравмуючої ситуації;
- переживання гострого психологічного дискомфорту стресового рівня у ситуаціях, що нагадували або асоціювалися з первинною психотравмуючою подією;
- психомоторного недиференційованого збудження;
- емоційного притуплення, навіть до ступеню «*anaesthesiadolorosapsychica*».

В клініці в усіх хворих на посттравматичний стресовий розлад загальним було те, що переживання травми ставало головним в житті хворого, змінюючи стиль життя і соціальне функціонування, відбувся зсув акцентів з самої травми на її наслідки.

В усіх обстежених хворих з посттравматичним стресовим розладом мало місце зниження рівня соціальної адаптації. Адаптивні ресурси і можливості особистості, рівень нервово-психічної стійкості хворих були істотно знижені; спостерігалось також певне зниження комунікативних можливостей особистості.

Результати патофизиологічного дослідження показали, що у всіх досліджених хворих був високий рівень реактивної тривоги (ГД1 — 100,0% ( $46,8 \pm 1,04$ ) та ГД2 — 88,2% ( $45,7 \pm 1,23$ )), як реакція на пережитий

стрес, тоді як рівень особистісної тривожності переважував серед хворих, які мали діагноз ПТСР, як за об'єктивною ( $y = 93,7\%$  ( $20,6 \pm 2,3$ )), так і суб'єктивною оцінкою ( $y = 90,5\%$  ( $44,5 \pm 1,12$ )). В обох групах за суб'єктивною оцінкою хворі однаково сильно відчували наявність депресії (у ГД1 —  $85,7\%$  ( $15,1 \pm 2,04$ ) та у ГД2 —  $64,7\%$  ( $17 \pm 1,3$ )), але за об'єктивними даними у  $76,2\%$  хворих з ПТСР рівень депресії був вищим ( $17,7 \pm 0,5$ ).

На другому етапі була проведена медико-психологічна реабілітація для демобілізованих учасників АТО, яка здійснювалася за ступеневим принципом:

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

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

3. Третя ступінь (за потребою) — реабілітаційні відділення госпіталів ветеранів війни і учасників бойових дій.

4. Четверта ступінь (за потребою) — центри (відділення) медико-психологічної реабілітації санаторно-курортної мережі «Укрпрофоздоровниці».

Змістовною частиною цієї системи була Програма медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО, яка розроблена відповідно до європейських та світових стандартів.

При цьому медико-психологічна реабілітація визначалася як комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків), психосоціальна реабілітація — як комплекс заходів, які спрямовані на максимальне відновлення рівня соціального функціонування і якості життя осіб, які постраждали під час виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків).

Для вирішення основних задач медико-психологічної реабілітації були оптимально використовувані різні фактори, індивідуально підібрані лікувальні впливи, щоб уникнути перенапруги адаптаційних механізмів, дотримуючись основних принципів побудови реабілітаційних заходів, а саме:

1. Принцип максимального синергічного співробітництва: лікар-пацієнт-терапевтичний комплекс.

2. Багаторівневий характер саногенних заходів.

3. Сполучений характер біологічних і психологічно-орієнтованих впливів.

4. Послідовність і етапність проведення 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.

Тривалість програми — від 12 до 21 діб.

Програма реалізувалася за 3 етапами:

1) Початковий (етап налагодження терапевтичного контакту — комплаєнсу).

Тривалість — 2 — 3 доби.

Проводилося:

— структуроване діагностичне інтерв'ю лікаря; психодіагностична сесія з фахівцем психологом;

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

— узгодження індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми з пацієнтом;

— початок індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми.

2) Основний (реабілітаційний).

Тривалість — 14 — 18 діб.

Проводилося:

— індивідуальна психотерапія (4 сесії);

— групова психотерапія (10 — 12 сесій);

— релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);

— ФТО, ЛФК, ароматерапія, рефлексотерапія та інші методи немедикаментозного впливу (постійно);

— медикаментозна терапія (за показаннями).

У індивідуальній психотерапії перевага надавалася використанню когнітивно-біхевіоральній психотерапії. Когнітивна психотерапія найкраще зарекомендувала себе в лікуванні ПТСР, депресій, тривоги, фобій, панічних атак. В основі когнітивного підходу лежить твердження: «Емоції і поведінка людини визначаються тим, як він оцінює світ». Тобто, якщо в глибинах підсвідомості у людини є переконання «світ недружелюбний», то і поведінка його і емоції будуть відповідними.

Метою КБТ при лікуванні ПТСР була зміна емоційного стану і настрою хворого завдяки раціонально-логічної переробки пацієнтом суб'єктивного погляду на себе і світ, що досягалася раціональним переконанням лікарем пацієнта щодо необґрунтованості негативної і зниженою оцінки себе і своїх досягнень.

Важливим було роз'яснення механізмів розвитку симптомів ПТСР, щоб у хворого було чітке уявлення про власну хворобу, можливості терапевтичного втручання. Пацієнту надавалася інформація, що від його власних зусиль залежить його стан, він може впливати на власні емоції і настрої. Змінювалося хворобливе уявлення про власну безпорадність щодо себе і хвороби і безвиході ситуації посттравматичного стресового розладу, і допомагали пацієнтові визначити позитивні фактори, на які він міг спиратися при подоланні наслідків ПТСР.

Групова психотерапія полягала в цілеспрямованому використанні групової динаміки, тобто всієї сукупності взаємин і взаємодій, що виникали між учасниками групи, включаючи і ведучого групи (психолога, психотерапевта), в корекційних цілях. Доцільним було створення психотерапевтичних груп закритого типу, кількістю від 10 до 12 учасників, за змістом психотерапевтична робота була спрямована на трансформування життєвої стратегії поведінки за

рахунок зміни якості життя та адаптаційних механізмів (соціальної спрямованості).

В якості релаксаційних методів використовувалася сугестивна особистісно-орієнтована психотерапія, яка проводилася в групах по 10—12 чоловік. Сугестивний вплив у вигляді словесних формул був направлений на зняття емоційної напруги, концентрацію уваги на роботі життєво важливих органів і систем організму, настройку їх на ритмічну роботу. Розвивалася здатність вольового управління своїми вегетативними функціями, активністю, настроєм, самопочуттям. На психотерапевтичних сеансах застосовувалися формули для аутогенного тренування.

Клінічні ефекти, які досягалися на даному етапі: нормалізація психоемоційного статусу (поліпшення настрою, самопочуття, сну), нормалізація функціональних показників зовнішнього дихання (частоти дихання, життєвої ємності легень).

3) Супортивний (завершуючий / підтримуючий).  
Тривалість — 2 — 3 доби.

Проводилося:

- індивідуальна психотерапія (2 — 3 сесії);
- релаксаційні методи з засвоєнням елементів аутогенного тренування (постійно);
- завершення всіх інших лікувальних заходів.

За результатами проведеної медико-психологічної реабілітації було виявлено, що в обох групах досліджених у хворих стабілізувався емоційний стан за рахунок вироблення навичок саморегуляції, відновлення фізичного потенціалу військовослужбовців і проведення тривалих психологічних заходів. У психічному статусі хворих на ПТСР спостерігалась стабілізація сну, зниження дратівливості, покращення апетиту.

Знизився рівень реактивної тривоги ( $34,7 \pm 1,82$ ). За суб'єктивною ( $11,2 \pm 0,8$ ) та об'єктивною ( $15,7 \pm 1,1$ ) оцінкою спостерігалось стабілізація депресивного розладу. Хворі відмічали зниження частоти емоційного переживання і повернення в травматичну ситуацію ( $p < 0,05$ ).

#### Список использованной литературы

1. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації // МОЗ України, ХМАПО МОЗ України, Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова // Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко і соавт. — Харків, 2014. — 18 с.
2. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний // Міжнародний неврологічний журнал. — 2015. — № 6 (76). — С. 59 — 71.
3. Лікування та реабілітація комбатантів — миротворців із посттравматичним стресовим розладом / [О. Г. Сиропятов, О. К. Напреєнко, Н. О. Дзеружинська та ін.]. — К.: О. Т. Ростунов, 2012. — 76 с.
4. Литвинцев С. В. Боевая психическая травма / рук-во для врачей / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. — М.: Медицина, 2005. — 432 с.
5. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 960 с.
6. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: методичні рекомендації // МОЗ України, ХМАПО МОЗ України, Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Харкова // Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко і соавт. — Харків, 2014. — 30 с.
7. Михайлов Б. В. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортній мережі (клінічна настанова) — Київ — Харків: 2015. — 72 с.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 №121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».
9. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / Підзаг. ред. проф. Б. В. Михайлова. — Вид. 2-е, перероблене та доповнене. — Х.: ХМАПО, 2014. — 285 с.
10. Lanius R.A., Vermetten E., Loewenstein R.J., Brand B., Schmahl C., Bremner J.D., Spiegel D. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype // American Journal of Psychiatry. — 2010. — Vol. 167. — P. 640-647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168
11. Jonah D.E., Cusack K., Fomeris C.A., Forneris C.A., Wilkins T.M., Sonis J., Middleton J.C., Feltner C., Meredith D., Cavanaugh J., Brownley K.A., Olmsted K.R., Greenblat A., Weil A., Gaynes B.N. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) // Comparative Effectiveness Reviews. — 2013. — Vol. 92.

## Этапная психотерапия участников боевых действий в санаторно-курортных условиях

Проф. Б. В. Михайлов, проф. А. И. Сердюк, к.псих.н. Т. А. Алиева, ас. И. Д. Вашките  
Харьковская медицинская академия последиplomного образования

Определены этапы психотерапии — начальный, основной (реабилитационный), суппортивный (завершающий / поддерживающий), — и оптимизировано их применение в санаторно-курортных условиях у демобилизованных участников АТО. Раскрыты общие вопросы медико-психологического сопровождения участников боевых действий на реабилитационном этапе. Уделено внимание определения, этиологии и патогенеза, первичной диагностики посттравматического стрессового расстройства у демобилизованных участников АТО, находящихся на реабилитации в санаторно-курортных условиях.

**Ключевые слова.** Посттравматическое стрессовое расстройство, медико-психологическая реабилитация, санаторно-курортные условия.

## Staged psychotherapy of combatants in in sanatorium-resort conditions.

Prof. B. V. Mikhailov, prof. A.I. Serdyuk, PHD. T.A. Aliyeva, ass. I. D. Vashkite  
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The stages of psychotherapy are defined — initial, basic (rehabilitation), supporting (final), — and their use in sanatorium-resort conditions for demobilized participants of the ATO is optimized. General questions of medical and psychological support of combatants at the rehabilitation stage are revealed. Attention is paid to the definition, etiology and pathogenesis, the primary diagnosis of posttraumatic stress disorder in demobilized participants of the ATO, who are on rehabilitation in sanatorium-resort conditions.

**Key Words.** Post-traumatic stress disorder, medical-psychological rehabilitation, sanatorium-and-spa conditions.

Контактна інформація: Михайлов Борис Володимирович, доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри психотерапії ХМАПО,  
пров. Балакірева, 5, тел. +38 057 349 44 23, e-mail: psychotherapy@med.edu.ua.

Стаття надійшла до редакції 22.03.2018 р.