

Б.В. Михайлов, д.м.н., професор, кафедра психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти

Розлади психіки та поведінки екстремально-психогенного походження

Останнім часом в Україні зростає кількість осіб, які потребують екстреної медико-психологічної допомоги. Це пов'язано з наявністю значних контингентів безпосередніх учасників воєнних дій у зоні АТО, свідків цих подій і постраждалих серед мирного населення, тимчасово переміщених осіб. Психогенні розлади під час соціальних заворушень, стихійних лих, масових катастроф посідають особливе місце у зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великій кількості людей. Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, що виявляються, а також проведення всіх можливих (у конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальних заходів.

Характеристика надзвичайних ситуацій

Надзвичайна ситуація (НС) — обставина на визначеній території (акваторії, об'єкті), що склалася в результаті певних подій (соціального заворушення, у т.ч. воєнних дій, природної або техногенної катастрофи, іншого лиха), які можуть спричинити або спричинили людські жертви, шкоду здоров'ю людей або навколишньому середовищу, значні матеріальні збитки та порушення умов життєдіяльності людей.

До НС соціального характеру відносять війни, військові зіткнення, економічні кризи, терористичні (диверсійні) акти, локальні та регіональні конфлікти, масові заворушення та ін.

НС техногенного характеру — ситуації, які виникають у результаті аварій і катастроф на виробничих об'єктах, транспортних магістралях енергетичних систем і продуктопроводах; комунальних системах життєзабезпечення тощо.

НС природного характеру: гідрометеорологічні, гідрогеоморфологічні та інші явища.

Однією з головних небезпек під час будь-якої НС є формування натовпу. Серед його ознак виділяють залучення великої кількості людей, одночасність, ірраціональність (послаблення свідомого контролю), а також слабку структурованість, тобто розмитість позиційно-рольової структури, характерної для нормативних форм групової поведінки. Одним із підвидів діючого натовпу є панічний натовп.

Паніка — тимчасове переживання гіпертрофованого страху, що породжує некеровану, нерегульовану поведінку людей (втрата критики й контролю), іноді з повною втратою самоконтролю, нездатністю реагувати на заклики, з втратою почуття обов'язку й честі. В основі паніки лежить страх — предметна тривога, що виникає як результат переживання безпорадності перед реальною чи уявною небезпекою, прагнення будь-яким способом її уникнути замість того, щоб боротися з нею.

Психопатологічні розлади в НС

Психопатологічні розлади в НС мають чимало спільного з клінічними порушеннями, що розвиваються у звичайних умовах, однак є й суттєві відмінності. По-перше, внаслідок численності раптово діючих психотравмуючих чинників у НС психічні розлади одночасно виникають у великій кількості людей. По-друге, клінічна картина в цих випадках не має індивідуального, як при звичайних психотравмуючих обставинах, характеру і зводиться до незначної кількості досить типових проявів.

В умовах НС психічні розлади проявляються в широкому діапазоні: від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психозів. Ступінь

їх тяжкості залежить від багатьох факторів: віку, статі, рівня попередньої соціальної адаптації, індивідуальних характерологічних особливостей, додаткових обтяжливих факторів на момент катастрофи.

Психогенний вплив екстремальних умов включає не лише пряму, безпосередню загрозу життю людини, а й з опосередковану, пов'язану з її очікуванням. Психічні реакції у різних екстремальних ситуаціях не мають специфічного характеру, притаманного лише конкретній ситуації. Це передусім універсальні реакції на небезпеку, а їх частота й глибина визначаються раптовістю й інтенсивністю екстремальної ситуації.

Вагоме значення для виникнення розладів психіки й поведінки мають характер і сила психічної травми, з одного боку, і конституціональні особливості та преморбідний стан осіб — з іншого. При цьому розлади психіки й поведінки характеризуються досить типовими проявами.

Психогенні розлади, які спостерігаються під час і безпосередньо після НС, об'єднують у 4 групи — непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани й реактивні психози. У віддаленому періоді у постраждалих унаслідок НС розвиваються розлади психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів (F43.1 за МКХ-10) або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи (F62.0).

Непатологічні (фізіологічні) реакції

Такі реакції характеризуються переважанням емоційної напруженості, психомоторних, психовегетативних і 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 й знижена), можливість спілкування з оточенням і критичний аналіз своєї поведінки, здатність до цілеспрямованої діяльності. Такі реакції також позначаються як стан стресу, психічної напруженості, афективні реакції тощо. У МКХ-10 ці реакції включені до діагностичної рубрики Z65.5 (переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин).

Психогенні патологічні реакції

Психогенні патологічні реакції характеризуються невротичним рівнем розладів, що виявляються у вигляді астеничного, депресивного синдромів з істеричними та іншими включеннями. Загальною характеристикою таких реакцій є гостре виникнення, зниження критичної оцінки того, що відбувається, і можливостей цілеспрямованої діяльності.

Безпосередньо після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки небезпеки, у людей виникають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається. За цим коротким періодом у випадку простої реакції страху спостерігається помірне підвищення активності. Порушення мови обмежуються прискоренням її темпу, запинаннями; голос стає гучним, дзвінким. Спостерігається 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. Характерною є зміна відчуття часу, плин якого сповільнюється, а тривалість гострого періоду здається збільшеною в кілька разів. У разі складних реакцій страху насамперед спостерігаються більш виражені рухові розлади за гіпер- або гіподинамічним варіантом. Під час спроби надати допомогу постраждалі або пасивно підкоряються, або стають негативістичними. Мова уривчаста, обмежується вигуками; у багатьох випадках має місце афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих у цей період недиференційовані, сумарні.

Поряд із власне психопатологічною симптоматикою нерідко спостерігаються соматовегетативні кореляти: нудота, запаморочення, прискорене сечовипускання, ознобоподібний тремор, неприємність. Сприйняття простору змінюється, спотворюється відстань між предметами, їх розмірами і формами. Часом навколишній світ здається нереальним, причому це відчуття зберігається протягом кількох годин після дії. Тривалими можуть бути і кінестетичні ілюзії.

У разі простої та складної реакції страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігається доступність зовнішніх впливів, вибірковість поведінки та можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного становища.

Найхарактернішими є три феномени:

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

Після пом'якшення або зникнення стресової ситуації симптоми зменшуються протягом 8 год, а в разі збереження стресу — упродовж 48-72 год.

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

Психогенні невротичні стани

До цієї групи відносять невротичні розлади, які характеризуються ускладненням, у низці випадків — втратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливостей цілеспрямованої



Б.В. Михайлов

діяльності. Важливою особливістю невротичних розладів є збереження інтелекту і найважливіших психологічних характеристик особистості, а також зворотний розвиток патологічної симптоматики. Клінічна картина формується поступово і має тривалий характер. У хворих повністю зберігається критичне ставлення до навколишнього світу і свого захворювання. За МКХ-10 ці стани ідентифікуються в межах діагностичного кластера F4 — невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади.

Дисоціативний (конверсійний) розлад (F44) — найчастіший розлад, що виникає унаслідок гострої психогенії. У клінічній картині виділяють три головні симптомокомплекси: рухові, сенсорні та вегетативні порушення.

Рухові розлади представлені гіперкінезією. Гіперкінези можуть бути досить різноманітними: грубий ритмічний тремор голови та кінцівок, тики, хорееформні посіпування, блефароспазм, глосолабільний спазм та ін. Гіперкінези корелюють з емоційним станом хворих, поєднуються з іншими істеричними симптомами. Акінезі спостерігаються у вигляді істеричного парезу та паралічу; їх перебіг відбувається за типом моно-, пара-, рідко — геміпарезу та плегії. Вони можуть імітувати центральні спастичні та периферійні в'ялі паралічі. Класичними симптомами є порушення ходи (абазія) або неможливість стояти (астазія), при цьому тонус м'язів, сила та обсяг рухів у кінцівках зберігаються в положенні лежачи.

Відносно рідко спостерігаються втрата голосу (афонія), параліч язика, м'язів шиї, кінцівок, істеричні контрактири. Локалізація істеричних паралічів не збігається з топографією нервів; відсутні патологічні рефлексії. Одним із характерних істеричних проявів є напади.

Сенсорні порушення найчастіше спостерігаються у вигляді розладів чутливості та больового синдрому: гіпер-, гіпоанестезії, алгії. Як і в разі рухливих порушень, не буває анатомо-топографічної відповідності.

Фобічний розлад (F40.1-40.2) формується рідше і дещо пізніше. Характеризується розвитком відчуття страху із чіткою фабулою за наявності достатньої критики. На тлі гострих нападів страху критичне начало може втрачатися, і хворі вважають небезпеку реальною. Фобічний невроз без обсесивного компонента вирізняється пасивним характером реагування.

Обсесивно-компульсивний розлад (F42) формується рідше і є дещо

відкладеними у часі. Характеризується явищами нав'язливості: нав'язливими ідеями, страхами (фобіями), нав'язливим рахунком, нав'язливим мудруванням, нав'язливим спогадом забутих імен, термінів, дат, формулювань і т.д. Нав'язливі думки, потяги, сумніви, спогади, страхи та уявлення іноді переходять у нав'язливі дії, тобто такі, що здійснюються проти бажання або при повному усвідомленні їх безглуздості, незважаючи на всі докладені зусилля, щоб утриматися від них.

Розлади адаптації (F43.2) формуються, коли психогенний чинник носить підгострий, але пролонгований характер. У клінічній структурі переважає депресивний синдром на астеничному тлі. Депресія не має вітального характеру, її прояв ситуаційно залежний. Туга неглибока, не буває брадикінезії (загальне сповільнення рухів), слабо виражені соматовегетативні стигми. Добова динаміка протилежна такій у разі ендогенної депресії (у разі невротичного стану погіршується у вечірні години). Найчастіше депресивний невротичний стан розвивається у пізньому віці та пов'язаний із певною ситуацією. Характерні дифузні іпохондричні та астеничні скарги, сльозливий, порушений сну із частим прокиданням. У ці проміжки з'являється тривога, виникають серцебиття, страхи, побоювання за своє життя або суїцидальні думки з тенденцією до їх реалізації.

Реактивні психози

Серед реактивних психозів у ситуації масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шоківі, депресивні реакції та істеричні психози.

Афективно-шоківі реакції виникають після раптового потрясіння із загрозою для життя; вони завжди нетривалі – від 15-20 хв до кількох годин або діб. Клінічно ці реакції проявляються у двох формах: гіпер- і гіпокінетичній.

Гіперкінетична форма (реактивне, психогенне збудження) проявляється дисоціативною фугою (F44.1) – раптовим хаотичним, безглузким руховим занепокоєнням. Хворий кидається, кричить, благає про допомогу; іноді намагається бігти без будь-якої мети, нерідко в бік нової небезпеки. Така поведінка виникає на тлі психогенного сутінкового розладу свідомості з порушенням орієнтування в навколишньому середовищі та подальшою амнезією.

Гіпокінетична форма (реактивний, психогенний ступор) характеризується дисоціативним ступором (F44.2) – раптовим знерухомленістю. Незважаючи на смертельну небезпеку, людина застигає, не може зробити жодного руху, вимовити ані слова (мутизм). Реактивний ступор зазвичай триває від кількох хвилин до кількох годин (у тяжких випадках – значно довше). У постраждалого спостерігається виражена атонія або напруженість м'язів. Хворі лежать в ембріональній позі або витягнувшись на спині, не приймають їжу; очі широко розплющені; міміка відображає або переляк, або відчай. Після згадки про психотравмуючу ситуацію пацієнти бліднуть або червоніють, спостерігається підвищена пітливість та прискорене серцебиття (вегетативні симптоми реактивного ступору). Затмарення свідомості на тлі реактивного ступору зумовлює подальшу амнезію.

Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору. У цих випадках із постраждалими можна встановити контакт, хоча вони здебільшого 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.

Дуже рідко у відповідь на раптові й сильні психотравмуючі дії настає так званий емоційний параліч: тривала згорбленість, сидять у згорбленій позі з опущеною на груди головою або лежать, підібгавши ноги. Ідеї самозвинувачення спостерігаються 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 здатні до самообслуговування, навколишній світ не привертає їх уваги, складні питання не осмислюються.

Депресивні психогенні реакції (реактивна депресія). У цьому стані хворі пригнічені, сумні, сльозливі, ходять згорбившись, сидять у згорбленій позі з опущеною на груди головою або лежать, підібгавши ноги. Ідеї самозвинувачення спостерігаються 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 здатні до самообслуговування, навколишній світ не привертає їх уваги, складні питання не осмислюються.

Реактивна депресія іноді поєднується з окремими істеричними розладами, а також явищами дереалізації, деперсоналізації, сенестопатично-іпохондричними розладами, маренням. Зрідка стан набуває вигляду депресивного раптусу.

Від ендогенних реактивних депресій відрізняються тим, що їх виникнення збігається з психічною травмою; психотравмуючі переживання позначаються на 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 так званої ендореактивної депресії (за О.Б. Смулевичем) і має рубрикуватися як F33 (рекурентний депресивний розлад).

Істеричні реакції характеризуються наявністю вираженої симптоматики і проявляються незначною кількістю клінічних картин, які можуть переходити одна в одну. Зокрема, вони можуть спостерігатися у формі істеричних порушень свідомості, які описані під назвою синдрому Ганзера і близького до нього стану – псевдодеменції, а також пуерилізму і реактивного ступору.

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

Псевдодеменція (F44.9) відрізняється від синдрому Ганзера меншою вираженістю порушень свідомості. Пацієнти також дають неправильні відповіді на прості запитання. Роблячи помилки під час простих дій, хворі несподівано можуть впоратися зі складним завданням. Вираз обличчя дурнуваний, хворі витріщають очі, іноді сміються, проте

афект частіше депресивний. Іноді бувають стани тривоги. Перебіг псевдодеменції може бути гострим і закінчуватися за кілька днів, але іноді триває впродовж кількох місяців.

Пуерилізм (F44.9) характеризується вираженими рисами дитячості в поведінці, міміці й мові, характері суджень і емоційних реакцій. Хворі починають грати в іграшки, вередують, плачуть, називають себе дитячими іменами. Під час виконання елементарних завдань роблять такі самі помилки, як і пацієнти з псевдодеменцією. Порівняно з останньою пуерилізм має тенденцію до тривалішого перебігу.

Психогенний ступор – дисоціативний ступор (F44.2), якому може передувати один з описаних вище реактивних станів, виражається в повній знерухомленості хворих і мутизмі. На обличчі пацієнтів 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 істеричних реакцій є їх здатність переходити з однієї форми в іншу, а також схильність до повного зворотного розвитку.

Відкладені у часі розлади психіки та поведінки невротично-особистісного реєстру

Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F62.0). Більш пролонговані стійкі зміни психіки й поведінки можуть проявлятися хронічною зміною особистості, що виникає внаслідок стресу катастрофи і спостерігається протягом 2 років і більше. Такі стани характеризуються наявністю ригідних і дезадаптуючих ознак, що призводять до порушень у міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні, а саме: ворожого або недовірливого ставлення до світу; соціальної відгородженості; відчуття спустошеності й безнадійності; хронічного відчуття хвилювання, постійної загрози, існування «на межі»; відчуженості.

У деяких постраждалих можуть формуватися **посттравматичні стресові розлади (F43.1)** – відкладені і затяжні реакції на стресово подію винятково загрозового 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 кошмарів, що виникають на тлі хронічного відчуття «заціпеніння» і емоційного притуплення, відчуження від інших людей, відсутності реакції на навколишній світ, ангедонії, ухилення від діяльності та ситуацій, що нагадують про травму.

Загальні положення надання медико-психологічної допомоги постраждалим унаслідок НС

У разі всіх розладів психіки й поведінки насамперед за можливістю слід усунути причину захворювання – психотравмуючу ситуацію. Афективно-шоківі реакції через короткий час зазвичай або закінчуються, або переходять в інший реактивний стан, перш ніж хворий потрапляє до лікаря. У випадку реактивних розладів психотичного рівня – депресій, параноїдів, галюцинозів, істеричних психозів – необхідна госпіталізація. Комплексне лікування реактивних психозів проводиться із застосуванням нейролептиків у поєднанні з антидепресантами і транквілізаторами.

За наявності ажитатції, тривоги в структурі депресії рекомендується комбінована терапія антидепресантами (призначають у першій половині дня) і нейролептиками (призначають у другій половині дня). Якщо реактивні депресії неглибокі, то можливе амбулаторне лікування.

У разі розладів адаптації та багатьох невротичних розладів метою медико-психологічного впливу є профілактика (вторинна й третинна) психічної дезадаптації, психічних і психосоматичних захворювань. У такому випадку поряд з усуненням додаткових травмуючих впливів мають використовуватися психокорекція, когнітивно-поведінкова та деякі інші види психотерапії. Іноді необхідні короточасний відпочинок, фізіотерапія, рефлексотерапія. За спеціальними показаннями призначаються препарати групи адаптогенів і ноотропів, які мають патогенетичну лікувально-профілактичну дію, а також транквілізатори і психостимулятори.

Для того щоб людина вийшла з пасивної ролі жертви, необхідно відновити у неї почуття власної активності, контролю над ситуацією. Завданням допомоги є підтримка, опрацювання травмуючого матеріалу, переоцінка кризової ситуації, зміна світосприйняття, підвищення самооцінки, вироблення реалістичної перспективи та активної життєвої позиції. Важливо повернути постраждалому почуття компетентності за рахунок спогадів про подолання складних ситуацій і проектування майбутнього, в якому можна використовувати вдалий минулий досвід. При цьому потрібно відстежувати можливі суїцидальні тенденції і афективні реакції, розряджати агресію, спрямовуючи її на себе.

У разі невротичних станів основною метою лікування є зменшення тривожної напруженості й страху, пристосування людини до життя і діяльності в умовах психогенії, що продовжується. Для цього використовують транквілізатори, антидепресанти з універсальною заспокійливою дією і психотерапію. Найефективнішим психотерапевтичним методом у цих випадках є когнітивна психотерапія.

Екстрена медико-психологічна допомога у НС

Насамперед за можливості слід усунути причину захворювання – психотравмуючу ситуацію. Афективно-шоківі реакції через короткий час зазвичай або закінчуються, або переходять в інший реактивний стан, перш ніж хворий потрапляє до лікаря. У разі виникнення реактивних депресій, параноїдів, галюцинозів, істеричних психозів необхідна госпіталізація.

Головними принципами надання допомоги постраждалим, які перенесли психологічну травму в результаті впливу НС, є такі:

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

Невідкладність означає, що допомога постраждалому має бути надана якомога швидше: що більше часу мине з моменту травми, то вища ймовірність виникнення значно глибших і пролонгованих розладів, у тому числі й посттравматичного стресового розладу.

Наближеність полягає в наданні допомоги у звичній обстановці й соціальному оточенні, а також у мінімізації негативних наслідків «госпіталізму».

Очікування, що нормальний стан відновиться, передбачає наступне: з особою,

Продовження на стор. 16.

Б.В. Михайлов, д.м.н., професор, кафедра психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти

Розлади психіки та поведінки екстремально-психогенного походження

Продовження. Початок на стр. 14.

що перенесла стресову ситуацію, слід поводитись не як із пацієнтом, а як із 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 має бути уніфікованою.

Простота медико-психологічного впливу передбачає необхідність відвести потерпілого від джерела травми, надати їжу, відпочинок, безпечно оточення і можливість бути вислуханим.

Загалом служба екстреної медико-психологічної допомоги виконує такі базові функції:

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

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

Екстрена медико-психологічна допомога у НС надається на засадах кризового втручання.

Техніки кризового втручання

Кризове втручання визначається як екстрена та невідкладна медико-психологічна допомога, спрямована на повернення постраждалого до адаптивного рівня функціонування, запобігання розвитку психопатології, зниження негативного впливу травматичної події. Основними принципами кризового втручання визнано невідкладність, близькість до місця події, установку на відновлення, фокус на вирішенні проблем, короткочасність і простоту. Основними цілями позначені стабілізація стану (запобігання наростанню дистресу), усунення або зменшення гострих симптомів дистресу і відновлення адаптивного незалежного функціонування.

Основна мета кризового втручання полягає в тому, щоб допомогти людині впоратися з травмою, пристосуватися до нової ситуації, а також повернутися до нормальних рівнів функціонування. Для досягнення цієї мети постраждалого заохочують говорити про свої переживання, виробити свій погляд на подію, розібратися в пов'язаних з нею почуттях і вирішити питання про те, як розв'язати свої проблеми.

Завдання кризового втручання: 1) допомогти постраждалому розповісти свою історію, 2) допомогти дещо дистанціюватися від події, щоб зрозуміти, що сталося, 3) наділити досвід в слова, 4) повернути пацієнта до його колишнього рівня функціонування. Розповідаючи історію травмуючого переживання, постраждала особа може плакати, сміятися, кричати, шепотіти, замовкати на деякий час, згадувати про інші, не пов'язані з подією, втрати або турбуватися через історію, яка здається незначною. Терапевту слід терпляче слухати й повертати пацієнта до його історії.

У процесі висловлення травмуючих переживань виявляються кілька феноменологічних різновидів.

1) Люди, які захоплені емоціями і на силу говорять.

2) Люди, які, розповідаючи про страхітливі події, не виражають жодних емоцій.

3) Люди, які відчувають почуття провини за те, що вони пережили це лихо, тоді як інші загинули або постраждали.

4) Люди, які відчувають, що вони якимось чином стали причиною катастрофи або що їм слід було зробити щось інакше, щоб когось врятувати.

1. Коли людину переповнюють емоції, консультант повинен допомогти їй заспокоїтися, відвівши її в тихе місце, запропонувавши склянку води, дозволивши їй «попереживати» деякий час, і потім намагатися допомогти їй говорити про те, що вона переживає. Посидіти з постражданим у тиші або дозволити йому поплакати деякий час дуже корисно, але в підсумку важливо буде допомогти йому спробувати висловитися.

2. Постражданим, які знаходяться у 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 слугує відведенню непереборного афекту. Важливо, щоб консультант поважав захист людини і давав їй час, щоб вона могла дозволити висловити почуття, пов'язані з пережитим. Деякі жертви травми можуть здаватися благополучними в перші дні після кризи, а потім, опинившись у безпеці, декомпенсуються.

3. Дуже часто зустрічаються люди, які відчувають почуття провини за те, що вони вижили в трагедії, в якій інші загинули. Кризовому консультанту потрібно стежити за суїцидальністю у таких осіб і допомагати їм оплакувати їх втрати, заохочуючи їх говорити про людей і речі, які вони втратили. Іноді буває корисно запитати людину, чи хотіли б її загиблі родичі, щоб вона страждала або, навпаки, щоб вона була щаслива протягом подальшого життя. Це зазвичай зміщує фокус з вини того, хто живий, на скорботу, яка прихована під нею.

4. Тим, хто відчуває, що вони могли якимось чином стати причиною катастрофи або могли щось зробити, щоб врятувати інших, важливо допомогти усвідомити, наскільки потужним був противник, з яким їм довелося зіткнутися, усвідомити страх і замішання того моменту і, врешті-решт, допомогти їм оплакувати 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 дати їм відчути, що вони можуть вільно розповідати свою історію заново, за відсутності при цьому почуття, що вони докучають людям. Консультант може очікувати, що з кожним викладом розповідь обростатиме новими подробицями і стримуваний афект буде вивільнятися.

Деякі варіанти проведення кризового втручання

Екстремальні ситуації, 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 її почуттів і переживань. Необхідно пам'ятати, що навіть якщо людина не піддалася фізичному насильству, вона все одно отримала колосальну психічну травму.

Допомога постраждалому:

1. Допоможіть постраждалому висловити почуття, пов'язані з пережитою подією.

2. Покажіть потерпілому, що навіть найжахливіші події дають змогу зробити висновки, корисні для подальшого життя (нехай людина сама поміркує над тим досвідом, який вона отримала внаслідок життєвих випробувань).

3. Надайте постраждалому можливість спілкуватися з людьми, які разом 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 й оточуючим. Заберіть від нього предмети, що становлять потенційну небезпеку.

3. Ізолюйте потерпілого й не залишайте його наодинці.

4. Говоріть із постражданим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним, не намагайтеся його переконати. Пам'ятайте, що в такій ситуації переконати потерпілого неможливо.

Апатія

Апатія може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи; або в ситуації, коли людина зазнає серйозної поразки, перестає бачити сенс своєї діяльності; або коли загинула близька людина. Стан апатії може тривати від кількох годин до декількох тижнів.

Допомога постраждалому в цій ситуації:

1. Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих запитань: «Як тебе звати?»; «Як ти себе відчуваєш?»; «Хочеш їсти?» тощо.

2. Проведіть людину 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 із потерпілим, залучайте його до будь-якої спільної діяльності (прогулятися, випити чаю або кави, допомогти оточуючим, що потребують допомоги).

Ступор

Ступор — одна з найсильніших захисних реакцій організму. Вона настає після найбільших нервових потрясінь, коли людина витратила на виживання стільки енергії, що сил на контакт із навколишнім світом уже не вистачає.

Допомога постраждалому:

1. Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні.

2. Кінчиками великого й вказівного пальців масуйте потерпілому точки, розташовані на чолі над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зніцями.

3. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Налаштуйте своє дихання під ритм його дихання.

4. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити. Тому говоріть їй на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Необхідно будь-якими засобами

домогтися реакції потерпілого, вивести його із стану заціпеніння.

Рухове збудження

Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухів, стихійного лиха) настільки сильне, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо неї. Вона не в змозі визначити, де вороги, а де помічники; де небезпека, а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати рішення.

Допомога постраждалому:

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. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває («Тобі хочеться щось зробити, щоб це припинилося? Ти хочеш втекти, сховатися від того, що відбувається?»).

4. Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте запитань, у розмові уникайте фраз з часткою «не», що стосуються 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 із мимовільних способів, яким організм людини намагається знизити високе внутрішнє напруження.

Допомога постраждалому:

1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.

2. Дайте постраждалому можливість «випустити пару» (наприклад, виговоритися або побити подушку).

3. Доручіть йому роботу, пов'язану з високом фізичним навантаженням.

4. Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з постражданим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій, інакше агресивна поведінка буде спрямована на вас. Не можна говорити: «Що ти за людина!» Слід сказати: «Ти жадливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. 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 розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями людина буде здійснювати необдумані вчинки, може покалічити себе та інших.

Страх

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

Допомога постраждалому:

1. Покладіть руку потерпілого собі на зап'ястя, щоб він відчував ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поруч, ти не один!».

2. Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте постраждалого дихати в одному ритмі з вами.

3. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, виявляйте зацікавленість, розуміння, співчуття.

4. Зробіть постраждалому 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 с.

3. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти ваші дії як напад.

4. Після завершення реакції необхідно дати людині можливість відпочити. Бажано вкласти її спати.

5. Не можна: обіймати потерпілого або притискати його до себе; вкривати чимось теплим; заспокоювати постраждалого, говорити, щоб він опанував себе.

Плач

1. Не залишайте постраждалого наодинці.

2. Встановіть фізичний контакт із потерпілим (візьміть за руку, покладіть свою руку йому на плече або спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчувати, що ви поруч.

3. Застосовуйте прийоми активного слухання (вони допоможуть людині «виплеснути» своє горе): періодично вимовляйте «так», кивайте головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте; повторюйте за потерпілим уривки фраз, у яких він висловлює свої почуття; говоріть про свої почуття і почуття постраждалого.

4. Не намагайтесь заспокоїти постраждалого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути» з себе горе, страх, образи.

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, облити водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого).

3. Говоріть із постраждалим короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Вмийся»).

4. Після істерики настає занепад сил. Вкладіть постраждалого спати. До прибуття фахівця спостерігайте за його станом.

5. Не потурайте бажанням потерпілого.

Психофармакотерапія розладів психіки і поведінки

Психофармакотерапія розладів невротичного рівня

Фармакотерапія передбачає застосування широкого спектра психотропних засобів – анксиолітиків, антидепресантів, атипичних нейролептиків, антипароксизмальних і тимолептичних препаратів. У разі їх призначення доцільно прагнути до монотерапії із застосуванням зручних для прийому лікарських препаратів.

Враховуючи можливість підвищеної чутливості, а також ризик побічних ефектів, психотропні засоби зазвичай призначають у низьких і середніх дозах.

Фармакотерапія спрямована на усунення афективних і соматовегетативних симптомів, що обумовлює вибір препаратів відповідних фармакологічних груп.

Препаратами першого вибору для цієї категорії є антидепресанти.

Із групи трициклічних антидепресантів (ТЦА) призначають амітриптилін (може застосовуватися як тривалими, так і короткими курсами), тіанептин.

Застосовують антидепресанти селективної дії, а саме селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС): сертралін, пароксетин, флуоксетин, флувоксамін, циталопрам, есциталопрам. Недоліком препаратів цієї групи є відносно малий анксиолітичний компонент дії та у зв'язку з цим недостатня ефективність щодо порушень емоційної сфери з тривожним компонентом. Латентне вікно терапевтичної дії упродовж 10-14 днів у всіх препаратів цієї групи зумовлює необхідність застосовувати анксиолітики-транквілізатори бензодіазепінового ряду. Препарати цієї групи призначають курсами до 4 міс.

Серед тетрациклічних антидепресантів застосовують міртазапін, що поліпшує норадренергічну та серотонінергічну передачу.

У пацієнтів із вираженими компонентами тривоги ефективнішим може бути застосування антидепресантів подвійної дії – інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (ІЗЗСН) – венлафаксину, мілнаципрану. Також може призначатися тразодон.

Значний позитивний ефект, особливо за наявності у клінічній структурі інсомній, продемонстрував антидепресант мелатонінергічного ряду агомелатин.

У разі затяжного перебігу можливе застосування нормотимічних препаратів: карбамазепіну, вальпроату, прегабаліну.

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

Препаратом вибору в разі пароксизмів із алгічним та вираженим тривожним компонентом є прегабалін.

Якщо ефект від лікування транквілізаторами виявляється недостатнім, можлива їх комбінація з коректорами поведінки, наприклад тіоридазину. У разі найбільш виражених соматовегетативних і соматосенсорних компонентів як пароксизмального, так і перманентного характеру показане застосування атипичних нейролептиків, таких як сульпірид.

Пацієнтам з астенічним синдромом призначають седативні й психостимулювальні засоби в середньотерапевтичних дозах, рослинні адаптогени, біостимулятори, вітаміни, ноотропні препарати.

Для лікування соматовегетативних порушень додатково призначають також α - та β -адреноблокатори, М-холінолітики, препарати нікотинової кислоти, гангліоблокатори.

Психофармакотерапія розладів психотичного рівня

Терапевтична тактика визначається гостротою або клінічною формою реактивного психозу. У разі гострих форм із переважанням порушення свідомості та психомоторного збудження потрібна невідкладна допомога. Іноді проводять іммобілізацію хворого. Парентерально вводять нейролептичні засоби хлорпромазин, галоперидол, левомепромазин, зуклопентиксол з корекцією дії тригексифенідолом та ін. Після усунення найгостріших симптомів можливий перехід до транквілізаторів бензодіазепінового ряду із подальшим пероральним введенням цих або інших транквілізаторів.

У лікуванні реактивних депресій головне місце відводиться тимолептикам, за потреби – у поєднанні із нейролептичними засобами та транквілізаторами. У разі мономорфних депресій із переважанням моторної та ідеаторної загальмованості показані СІЗЗС і ТЦА. Поліморфні депресії, у клінічній картині яких спостерігаються психопатоподібні розлади (найчастіше істероїдного кола), лікують антидепресантами широкого спектра дії із седативним компонентом – ТЦА або ІЗЗСН.

3

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укріпшми»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день