



Міністерство охорони здоров'я України
Міністерство оборони України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

**ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ВІДПОВІДНО ДО СУЧАСНИХ ПОТРЕБ
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

(Методичні рекомендації)

Київ – 2014

**Міністерство охорони здоров'я України
Міністерство оборони України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи**

«УЗГОДЖЕНО»

Директор військово-медичного
департаменту Міністерства
оборони України



Андронатій В.Б.

« 8 » жовт. 2014 р.

«УЗГОДЖЕНО»

Директор департаменту медичної
допомоги Міністерства
охорони здоров'я України



Хотіна С. Г.

« 8 » жовт. 2014 р.

**ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІДПОВІДНО ДО
СУЧАСНИХ ПОТРЕБ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

(Методичні рекомендації)

(143.14/214.14)

Київ – 2014

Установа-розробник:

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Установа-співрозробник:

Головний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» Міністерства оборони України

Укладачі:

Богомолець О.В.	д. мед. н.	тел.: (044) 255-73-33
Пінчук І.Я.	д. мед. н.	тел.: (044) 468-32-15
Друзь О.В.	д. мед. н.	тел.: (044) 529-70-95
Хаустова О.О.	д. мед. н., проф.	тел.: (044) 468-32-15
Сичевський А.С.	к. психол. н.	тел.: (044) 247-32-05
Горбань А.Є.	к. мед. н.	тел.: (044) 428-37-22
Шум С.С.	к. мед. н.	тел.: (044) 468-32-15
Степанова Н.М.	к. психол. н.	тел.: (044) 468-32-15
Суховій О.О.		тел.: (044) 468-13-82
Здорик І.Ф.		тел.: (044) 468-32-15
Ладик-Бризгалова А.К.		тел.: (044) 468-32-15
Болтоносів С.В.		тел.: (044) 468-32-15

Рецензент: д. мед. н., професор Напрєєнко О.К.

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	6
Короткий словник термінів	7
Вступ	8
1. Загальна характеристика бойових психічних травм	9
2. Психічні розлади, що виникають в учасників бойових дій, відповідно до МКХ-10	13
3. Модель оптимізації системи психіатричної допомоги учасникам бойових дій на базі існуючої мережі та її структурних елементів	14
4. Модель міжвідомчої взаємодії спеціалістів з урахуванням видів медико-соціальної допомоги	16
5. Алгоритм надання медико-соціальної допомоги за принципом етапності	18
6. Профілактика розвитку бойових психічних травм у зоні бойових дій	24
7. Алгоритм формування психологічної стійкості до стресу у особового складу бойового підрозділу	26
Висновки	28
Перелік рекомендованої літератури	29
Додатки	30

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БПТ	бойова психічна травма
ДСНС України	Державна служба України з надзвичайних ситуацій
ГСР	гостра реакція на стрес
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
МО України	Міністерство оборони України
МПР	медико-психологічна реабілітація
НС	надзвичайна ситуація
ПАР	психоактивні речовини
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ППД	перша (екстрена) психологічна допомога
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги

КОРОТКИЙ СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд та медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади; в Україні здійснюється на підставах та в порядку, передбаченими Законом України «Про психіатричну допомогу» (2001).

Психологічна допомога – це вид допомоги, яку надає кваліфікований психолог людині чи групі людей для оптимізації психофізичних станів, пізнавальних процесів, поведінки, спілкування, реалізації та групової діяльності.

Перша психологічна допомога – сукупність заходів загальнолюдської підтримки та практичної допомоги ближнім, які зазнають страждання і нужди.

Психоосвіта – роз'яснення симптомів і проявів психічних порушень, способів профілактики, навчання психологічної само- і взаємодопомоги, моделей поведінки.

Реабілітація – комплексне, спрямоване використання медичних, соціальних, освітніх та трудових заходів, що має на меті пристосування хворого до діяльності на максимально можливому для нього рівні (визначення ВООЗ).

Соціальний супровід – один з видів соціального патронажу, що здійснюється в межах діяльності соціально-психологічних служб; робота, спрямована на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій з метою подолання життєвих труднощів, збереження, підвищення їх соціального статусу, також допомога в пошуку родичів, житла, ліків, соціальних виплат.

Координаційні заходи – надання необхідної інформації про надзвичайну подію, місця забезпечення різними видами допомоги.

Організаційні заходи – евакуація, розподіл, направлення осіб, які потребують допомоги.

ВСТУП

Сукупний аналіз бойових санітарних втрат під час другої світової війни й сучасних збройних конфліктів дає підстави вважати, що майбутнім війнам буде притаманна висока питома вага бойових психічних травм (далі – БПТ). Під БПТ розуміють психологічний стрес, викликаний небезпечними для здоров'я та життя умовами, що виникають під час бойових дій. Основними факторами розвитку БПТ є: пряма та опосередкована загроза життю, чинники ізоляції (недостатність та невизначеність інформації – інформаційна блокада; перебування в ізольованих укриттях або відрив від основних сил), порушення режиму сну, дефіцит часу на прийняття рішень, швидкоплинність бойових дій, відповідальність за виконання бойових задач, невідповідність професійних навичок вимогам, що висуваються умовами бою до особистості, психологічна невідповідність військово-вослужбовців до умов бойових дій та виконання конкретної задачі зокрема, відсутність належного матеріально-технічного забезпечення для ведення бою (засобів особистого захисту, зброї тощо), відсутність довіри до командування, порушення комунікації між підрозділами тощо.

Формування психічних розладів відбувається внаслідок того, що людина потрапляє в надзвичайну для себе ситуацію, якою є бойові дії. Людське реагування не є специфічним для цього чинника, але відчувається більш стресогенним внаслідок того, що джерелом травматизації стає інша людина. Саме це призводить до великих базових порушень світогляду та відображається у виникненні стресових розладів (гострої реакції на стрес, розладів адаптації, посттравматичних стресових розладів).

Основною особливістю БПТ, на відміну від стресових розладів, викликаних неочікуваними короткотривалими екстремальними подіями (природні катаклізми, аварії, акти насилля), є тривале перебування в небезпечному для життя середовищі, страх загибелі або отримання інвалідизуючого поранення, «санкціонованість» вбивств та насилля, необхідність забезпечення виживання, постійна висока фізична та психічна перенапруга, необхідність психологічної перебудови соціальних норм поведінки, блокування емпатійності та чутливості, натомість, посилення агресивності й жорстокості по відношенню до ворога.

Прогноз БПТ залежить від ряду чинників: важкості поранення, особистісних характеристик потерпілого, своєчасності діагностики, правильного сортування та евакуації. Окрім того, в умовах бойового стресу відбувається перебудова особистості, що сприяє адаптації в умовах бойових дій, але після повернення до звичних умов життя може спричинити розвиток дезадаптивних реакцій особистості та декомпенсацію розладів особистості.

Методичні рекомендації підготовлені на основі науково-практичної роботи фахівців Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, а також фахівців Міністерства оборони України у галузі психіатричної допомоги і Державної служби України з надзвичайних ситуацій у галузі екстремальної та кризової психології.

Методичні рекомендації не мають аналогів, подаються до друку вперше та призначені для лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів та практичних психологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини, соціальних працівників та інших фахівців, які опікуються наданням психіатричної допомоги учасникам бойових дій.

1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БПТ

Враховуючи вимоги часу, наприкінці серпня 2014 року співробітниками Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України було розпочато дослідження бійців, які перебувають в зоні проведення АТО (на першому етапі дослідження було обстежено 100 осіб, за допомогою скринінг-тесту HADS для виявлення тривоги та депресії). Результати дослідження продемонстрували, що у 21% обстежених спостерігалась субклінічно або клінічно виражена тривога та/або депресія (серед яких клінічно виражена тривога – у 5%, клінічно виражена депресія – у 3%, субклінічно виражена тривога – у 11%, субклінічно виражена депресія – у 6%), що доводить необхідність проведення кваліфікованої лікувально-діагностичної та реабілітаційної роботи із зазначеним контингентом осіб.

Психічні розлади, які виникають в умовах воєнного часу можна об'єднати в три основні групи.

Першу групу складають розлади психіки, при яких провідним симптомом виступає патологічний страх. Для страху характерні яскраві сомато-вегетативні прояви: серцебиття, відчуття нестачі повітря, холодний піт, тремтіння кінцівок, тіла, сухість у роті, функціональний параліч кінцівок, заціпеніння, заїкання або втрата мови, мимовільне сечовиділення та дефекація. Розрізняють рухові та заціпенілі форми страху. Рухова форма, як правило, проявляється у неконтрольованій активності (втеча від джерела небезпеки). При заціпенілій формі ускладнюються контакти з оточенням, людина нерухома або малорухома. До даної групи відносять «лихоманкову пасивність», яка являє собою «приховану» форму страху й характеризується безглуздою діяльністю, що приводить до гальмування або паралічу роботи на рівні штабу та зриву бойового завдання на рівні підрозділів. Відчуття страху розповсюджується серед людей як ланцюгова реакція, що обумовлено відсутністю у особистості, яка знаходиться в організованому колективі, персональної відповідальності за ситуацію та домінуванням в її діях емоцій примітивного характеру. Це призводить до виникнення колективних реакцій, наприклад паніки.

До другої групи реакцій відносять спроби людини «викреслити бойові події з пам'яті». Як наслідок, виникають різноманітні дисциплінарні проступки, вживання алкоголю, наркоманія. Зазвичай, перераховані реакції виникають після бойових дій.

Третю групу порушень складають розлади, які пов'язані з тривалим веденням бойових дій – бойова втома. Сюди ж відносять «бойовий шок» – проста емоційна реакція, яка розвивається через декілька годин або днів інтенсивних бойових дій і характеризується відчуттям тривоги, депресією, страхом та «бойову перевтому» – виникає через декілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

Залежно від сили проявів виділяють легкий, середній та важкий ступінь БПТ. Для легкого ступеню БПТ характерна надмірна дратівливість, замкнутість, втрата апетиту, головний біль, швидка втомлюваність, нервозність. Середній ступінь БПТ проявляється істеричними реакціями, агресивністю, депресією, тимчасовою втратою пам'яті, гіперестезією, патологічним страхом, панікою, втратою відчуття реальності. При важкому ступені БПТ виникають порушення слуху, зору, мови, координації рухів неорганічного генезу.

Практично обов'язковою є соматична складова реагування на стрес: порушення сну (утруднення засинання, часті нічні пробудження, ранні пробудження внаслідок тривоги); зміна харчової поведінки (частіше збільшення обсягу спожитої їжі, при зменшенні вибірковості); зміна ваги тіла (частіше втрата ваги); підвищення артеріального тиску, прискорення пульсу та дихання (не пов'язані зі збільшенням фізичного навантаження) – підвищення артеріального тиску часто не супроводжується суб'єктивним погіршенням стану. При чому, у частини осіб спрацьовують підсвідомі реакції захисту у вигляді переміщення на перший план заклопотаності власним здоров'ям – фіксація на «больових або інших неприємних відчуттях у тілі» сприяє зниженню сприйняття ймовірності повторення бойових ситуацій.

Після завершення гострого періоду деякі учасники бойових дій відчувають короточасне полегшення, підйом настрою, активно беруть участь у рятувальних (відновлювальних) роботах, багатослівно і багаторазово розповідають про свої переживання, бравуючи і нівелюючи небезпеку. Як правило, ця фаза ейфорії триває від декількох хвилин до декількох годин і може змінюватися млявістю, байдужістю, загальмованістю. Постраждалі можуть справляти враження відсторонених, занурених у себе, вагаються з відповіддю на найпростіші запитання, відчувають значні труднощі при виконанні найпростіших завдань. У деяких осіб з'являється неспокій, метушливість, нетерплячість, прагнення до частих контактів з оточуючими. Для деяких характерною є зміна відчуття часу: з його сповільненням тривалість гострого періоду здається постраждалому збільшеною в кілька разів. Змінюється сприйняття простору: спотворюється відстань між предметами, їх розміри і форма.

Найбільш типові негативні почуття, які виникають після пережитої психотравми:

- Страх поранення, травмування себе і близьких; залишитися одному; «втрати контролю» над собою; що подібна подія може повторитися знову.
- Безпорадність: подія виявляє людську безпорадність і безсилля.
- Смуток через страх смерті, травм та інших важких втрат.
- Туга через те, що відбувалося.
- Почуття вини за те, що особі краще, ніж іншим, за те, що він живий, цілий, не травмований.
- Почуття жалю через те, що він щось не зробив, але міг би зробити.
- Сором за те, що виявився безпорадним, «чутливим» і потребує чужої допомоги; за те, що він не реагував так, як бажав би, і не робив того, що слід.
- Гнів на те, що трапилося, і на того, хто є причиною цього; на несправедливість і безглуздість всього, що відбувається; за пережитий сором і образи; за відсутність розуміння інших людей; за безрезультатність спроб пояснити їм свій стан.
- Спогади про почуття, пов'язані з відсутністю інших людей, травмованих або померлих.
- Розчарування в собі, інших, у житті.

Зазначені почуття можуть бути особливо інтенсивними, якщо:

- Загинуло багато людей;
- Їх смерть була раптовою, що супроводжувалось насильством або іншими жакливими обставинами;
- Не були знайдені тіла всіх загиблих;

- Була велика залежність загиблої людини;
- Відносини із загиблими або пораненими були конфліктними;
- Цьому стресу передували інші види стресів.

Нормальний перебіг періоду відновлення після надзвичайної ситуації:

- Перехідний період настає після завершення НС та повернення до мікросоціального середовища зі звичними ієрархічними цінностями (в тому числі і цінністю людського життя);
- Незважаючи на наявність розбитості і нездужання, постраждалі не висловлюють скарг на своє здоров'я (як на фізичне, так і на психічне);
- Незважаючи на наявність навіть серйозних соматичних розладів, практично всі постраждалі відмовляються не лише від госпіталізації, але й від регулярної амбулаторної допомоги і всіма силами прагнуть «потрапити додому» (у звичайне середовище);
- Перехідний період, в залежності від тяжкості та тривалості континуального стресу, становить від 15 до 30 діб;
- Протягом цього періоду відбувається зіставлення модусу своєї поведінки під час НС зі своїми уявленнями про поведінку, яка схвалюється, і з установками мікро-соціального середовища (іншими словами, має місце внутрішня ревізія періоду континуального стресу);
- У подальшому в частині випадків відбувається формування БПТ;
- Під час перехідного періоду на перший план виступає важка астения, на яку постраждалі скарг не висловлюють.

Результати сучасних зарубіжних досліджень також свідчать, що унікальна природа бою і військових маневрів, пов'язаних з БПТ, в тому числі тривалих і повторних дій, хронічної загрози, – можуть мати різні біологічні та психологічні наслідки, в порівнянні з цивільними травмами. Хоча війна як така існує з початку історії людства, її характеристики різко змінилися з постійно зростаючим ускладненням технології (Singh & Sharma, 2013; Sutherland, 2012). Перш за все, війна зараз в основному є асиметричною. Таким чином, протиборчі країни часто мають нерівні військові ресурси з невизначеними місцями бою, де тактика терору впливає як на цивільних осіб, так і на військовослужбовців. Прогрес в технології також змінив типологію жертв військових конфліктів. На відміну від масових військових жертв попередніх конфліктів, таких як Перша та Друга світові війни і війна у В'єтнамі, в сучасній війні учасники бойових дій отримують більше невидимих, психічних травм.

Військовослужбовці за особливостями реагування відрізняються від травмованих цивільних осіб. Учасники бойових дій відчують великий тягар відповідальності перед країною і глибокий зв'язок і вірність до товаришів по службі. Після повернення з місця бойових дій, навіть у тих випадках, коли бійці пережили декілька небезпечних для життя тривалих періодів загрози у несприятливому середовищі, багато солдатів прагнуть повернутися на поле бою. Це відрізняє учасників бойових дій від травмованих дорослих цивільних осіб, які свідомо прагнуть взагалі не повертатися до місця отримання травми, за винятком працівників аварійно-рятувальних підрозділів, чії ризики мають багато спільного з військовослужбовцями. Соціальні зв'язки, які виникли між товаришами по службі, дуже тісні, і необхідність їх розриву, щоб повернутися додому, навіть для реабілітації, досить складна, і створює додаткове підґрунтя для симптомів БПТ.

Особливості БПТ мають важливе значення при розробці спеціалізованих методів лікування. У світі значна частина ветеранів військових дій з БПТ і тісно пов'язаними з цим розладом порушеннями психічного здоров'я отримують лікування протягом багатьох років або навіть десятиліть. У той же час, багато бійців неохоче звертаються за допомогою, і стикаються з перешкодами щодо отримання допомоги і стигматизацією. Необхідно розуміти, що характер бою, який може включати в себе вбивство, сцени смерті і розчленування, який вимагає миттєвого прийняття складних рішень, спричиняє ускладнення психічного здоров'я і вимагає спеціальної психологічної підготовки до бойових дій (Thompson & Jetly, 2014), а також спеціалізованих процедур у межах оптимізації системи психіатричної допомоги учасникам бойових дій на базі існуючої мережі та її структурних елементів.

Разом з тим, варто враховувати, що оцінки поширення наслідків бойових дій для психічного здоров'я різко розрізняються як між окремими країнами, так і всередині країн (Hunt, Wessely, Jones, Rona & Greenberg, 2014; Taal, Vermetten, Digna, van Schaik & Leenstra, 2014; Van Hooff et al., 2014; Zamorski & Boulos, 2014). Наприклад, повідомлялося, що поширеність ПТСР є нижчою в збройних силах Великобританії, ніж у таких країнах, як Сполучені Штати, Австралія і Канада (Castro, 2014; Van Hooff et al., 2014; Zamorski & Boulos 2014).

Hunt та ін. (2014) визначили поширеність ПТСР у британських військах приблизно в 4% всього персоналу, і в 6% в бойових частинах. Автори відзначають високий рівень зловживання алкоголем і підвищені показники насильства після розгортання збройних сил Великобританії. Zamorski & Boulos (2014) оцінили епідеміологічні дослідження щодо психічного здоров'я до і під час військових дій в Афганістані в канадських збройних силах. Їх огляд також показує, як різні методи дають зовсім інші висновки, навіть в межах однієї країни. Канадські оцінки діапазону БПТ коливаються від 8 до 20% в різних дослідженнях, причому саме тривалість бойових дій виявилася найбільш важливим фактором погіршення психічного здоров'я.

Van Hooff та співавт. (2014) оцінили поширеність психічних розладів в австралійських силах оборони на підставі психіатричних інтерв'ю. Отримані результати свідчать про те, що 22% військових мали порушення психічного здоров'я в попередні 12 місяців, найбільш поширеними з яких були тривожні розлади (15%). Taal і ін. (2014) проаналізували стан психічного здоров'я рядових збройних сил в Голландії між 2008 і 2010 роками. За даними авторів, бійці повідомили, що неохоче зверталися за допомогою, мали бар'єри в лікуванні і побоювалися наслідків стигми. Цікаво, що було п'ятикратне збільшення діагнозів БПТ у перші 2 роки після війни в Афганістані, яке може бути інтерпретоване як відображення затримки в забезпеченні доступу до допомоги, затримка початку розвитку БПТ, або поступове збільшення при інтерференції симптомів в повсякденне життя. Важливим висновком було, що ступінь розвитку відповідної інфраструктури охорони психічного здоров'я повинен залежати від кількості постраждалих бійців. Автори вважають, що отримані дані з Нідерландів не підтримують думку, представлену в засобах масової інформації, що військове втручання в Афганістані призвело до «епідемії психічних захворювань», втім збільшення симптоматики БПТ за 5-річний період виправдовує розвиток потужної інфраструктури охорони психічного здоров'я для реабілітації солдатів.

Важливо розглянути потенційні структурні чинники, які можуть вплинути на оцінку про-

блем психічного здоров'я учасників бойових дій на прикладі Великобританії, що не має окремої системи охорони здоров'я для ветеранів. Цілком можливо, що проблема БПТ менш піддається виявленню тому, що після звільнення з британської армії охорона їх здоров'я стає обов'язком національної системи охорони здоров'я, і, отже, важче відстежити БПТ. При цьому є довгострокові наслідки, пов'язані з війною, це означає більше фінансування, особливо в плані пенсій і витрат на охорону здоров'я. В таких випадках, як у Великобританії, ця вартість військових дій прихована в набагато більшому національному бюджеті охорони здоров'я, і витрати на наслідки військових дій можуть бути недооціненими.

Отже, епідеміологічні дані щодо поширеності БПТ у учасників бойових дій мають значні бюджетні та політичні наслідки. Визначення низького рівня поширеності БПТ утруднює осмислення симптомів психічного розладу в якості військових травм, і такі висновки можуть бути використані в якості виправдання для відсутності підтримки системи охорони психічного здоров'я учасників бойових дій. Але за умови широкого проведення скринінгової діагностики і визначення більш високої поширеності БПТ, можна зробити висновок, що досвід бойових дій є, з одного боку, головною причиною, а з іншого – превентивним фактором розвитку психічних розладів, і такі результати забезпечують підтримку інвестицій в дослідження, профілактику, лікування та довгостроковий догляд за учасниками бойових дій.

2. ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ВІДПОВІДНО ДО МКХ-10

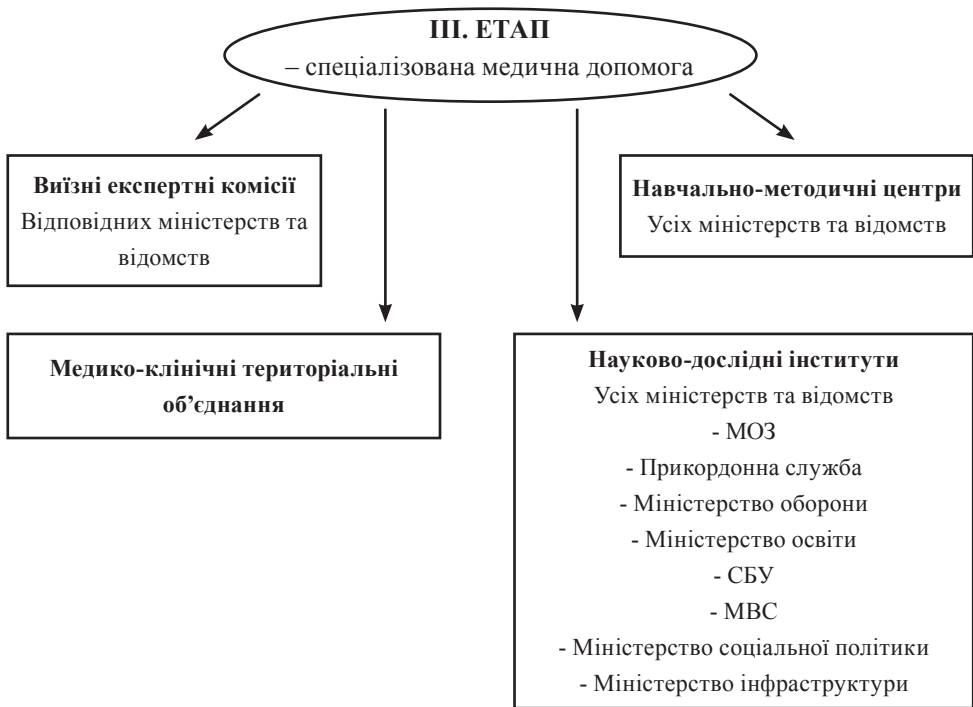
Згідно з критеріями МКХ-10, нозологічна структура розладів психіки та поведінки в осіб, що були учасниками бойових дій, представлена наступними рубриками:

- F05 Делірій
- F07.2 Післякомоційний синдром
- F10-F19 Психічні розлади внаслідок вживання ПАР
- F23 Гострі і транзиторні психотичні розлади
- F43.0 Гостра реакція на стрес
- F43.1 Післятравматичний стресовий розлад
- F43.2 Розлади адаптації
- F44 Дисоціативні (конверсійні) розлади
- F45 Соматоформні розлади
- F51 Розлади сну неорганічної природи
- F 62 Хронічні зміни особистості після переживання катастрофи

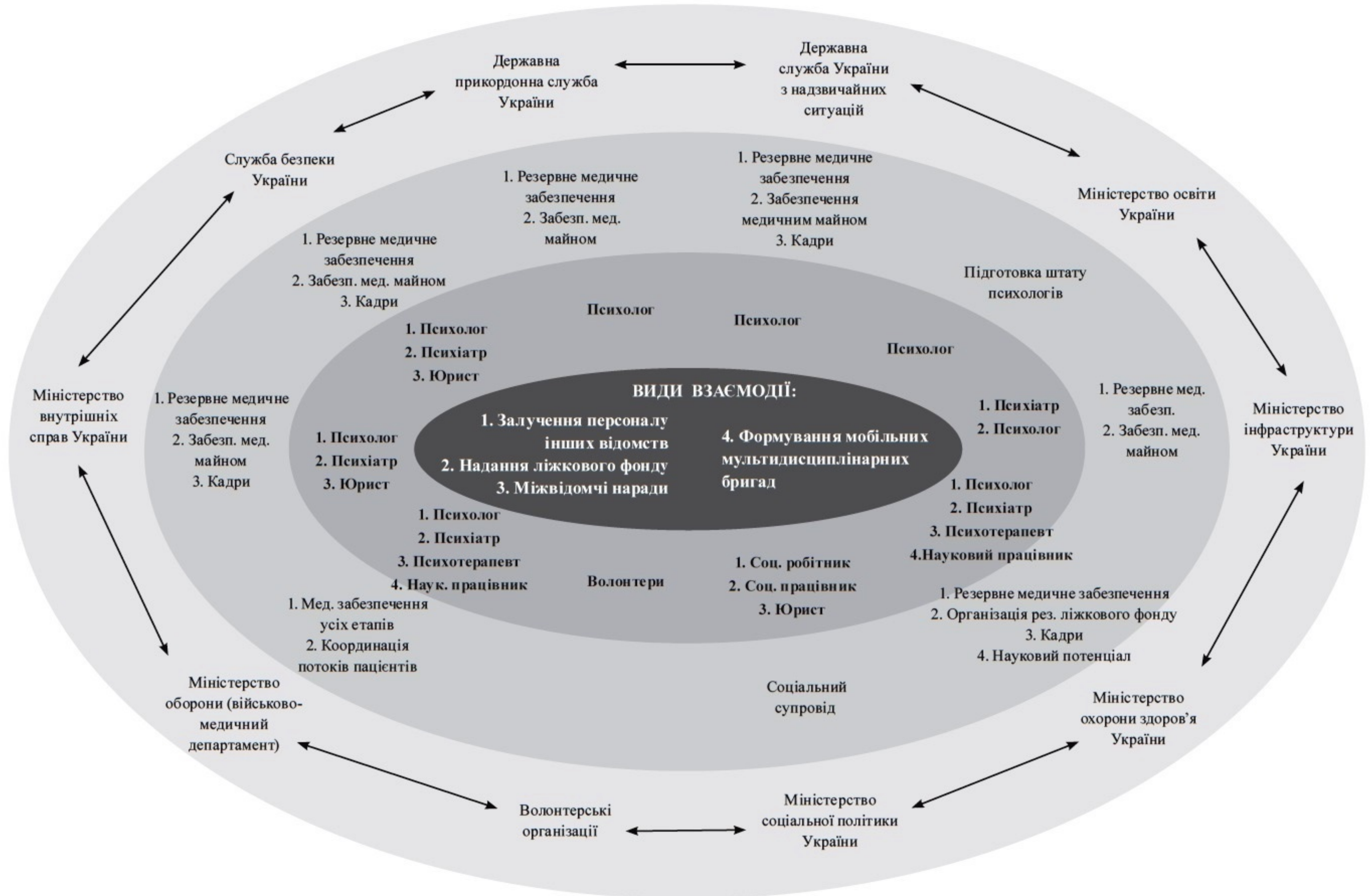
Надання психіатричної допомоги здійснюється відповідно до наказу МОЗ України №59 від 5 лютого 2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Психіатрія”» (додаток 1).

3. МОДЕЛЬ ОПТИМІЗАЦІЇ СИСТЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ НА БАЗІ ІСНУЮЧОЇ МЕРЕЖІ ТА ЇЇ СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ

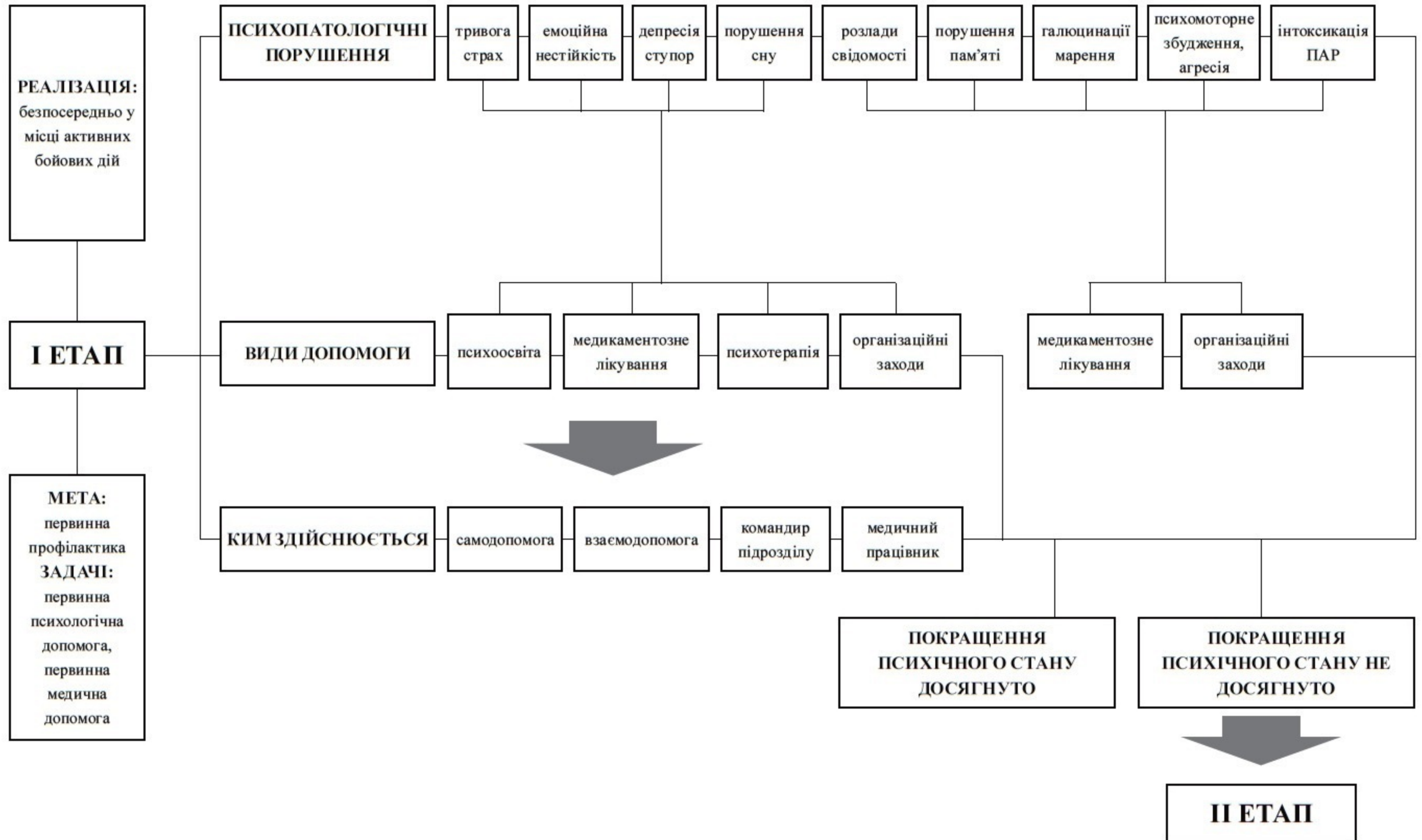


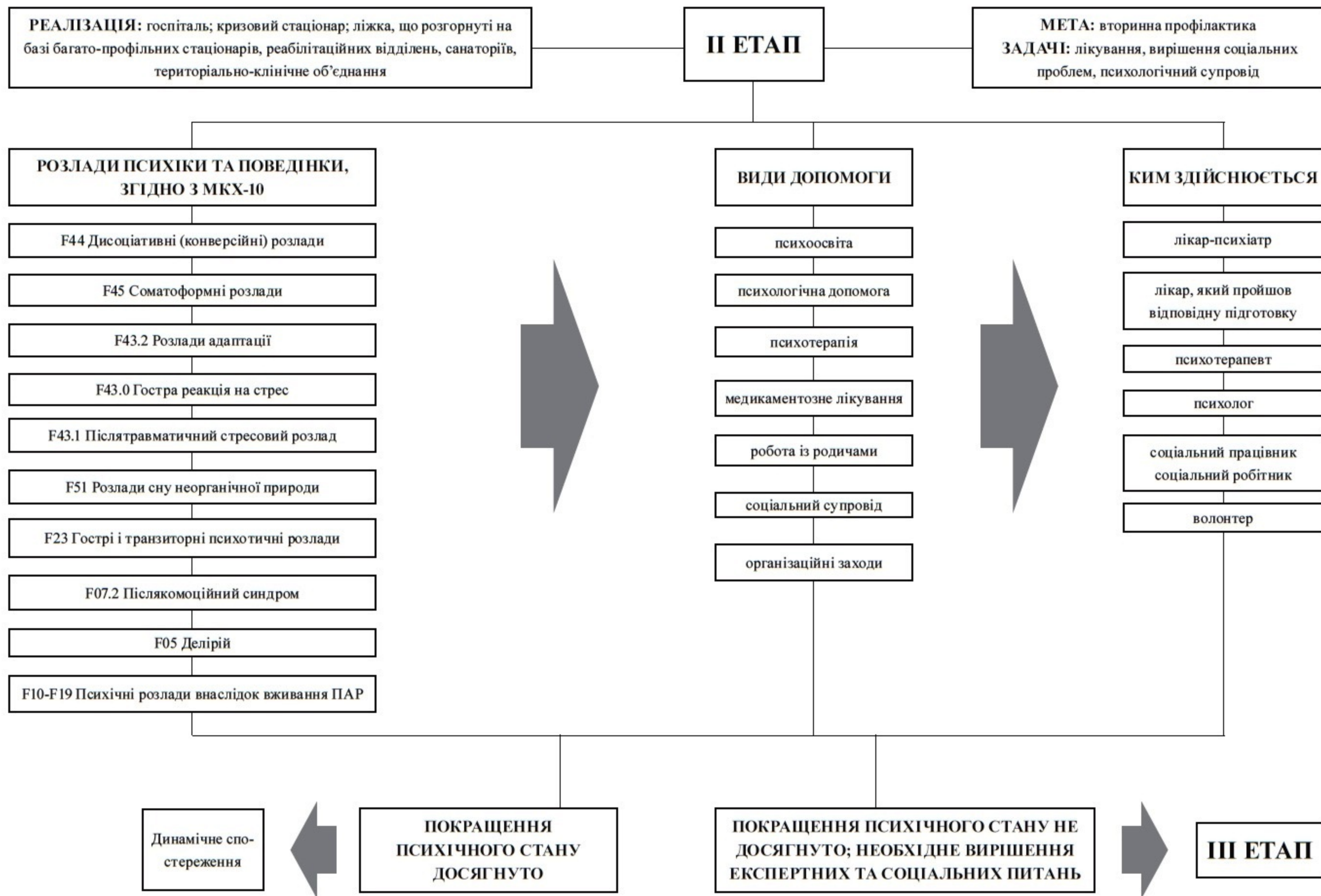


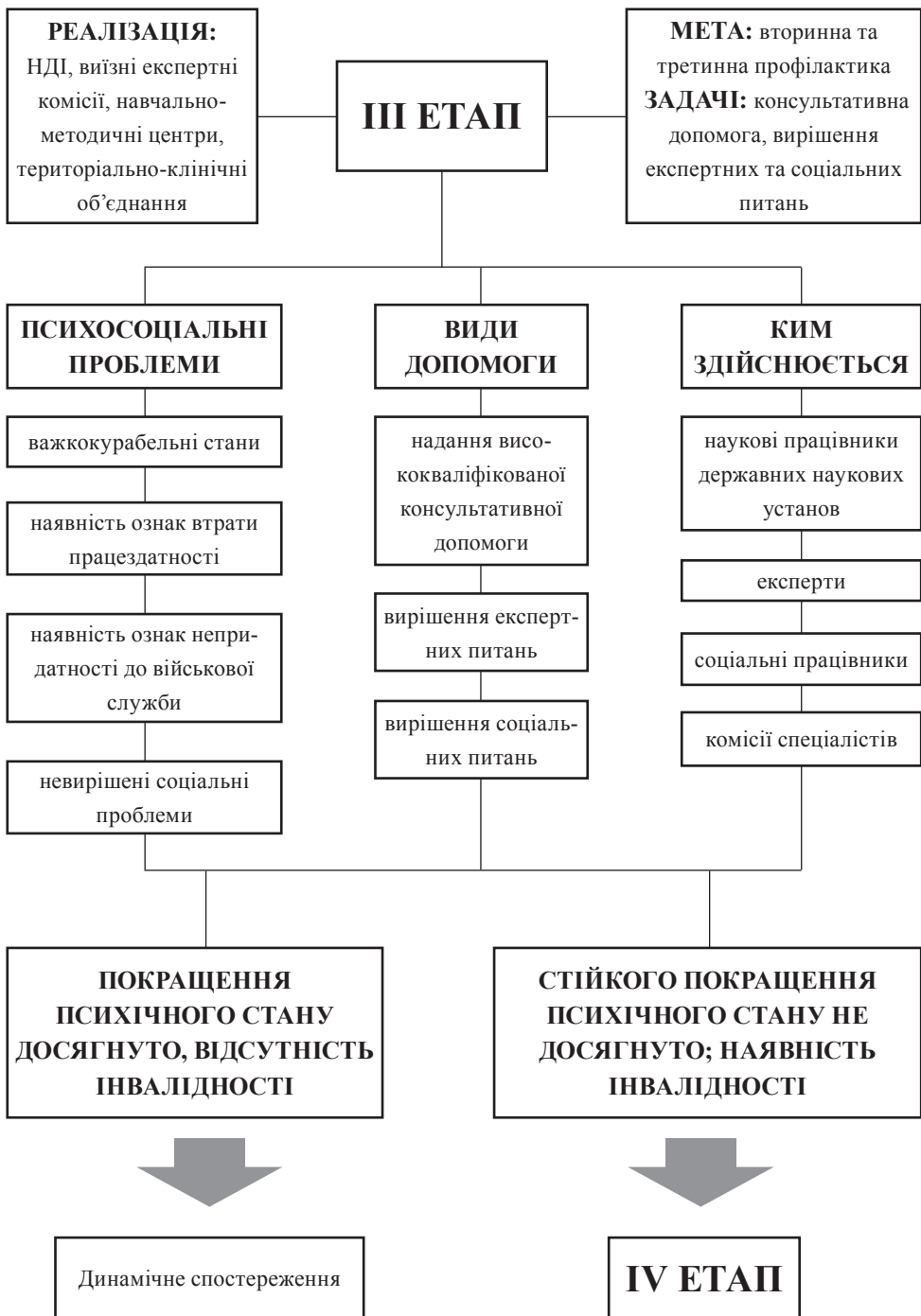
4. МОДЕЛЬ МІЖВІДОМЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ З УРАХУВАННЯМ ВИДІВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

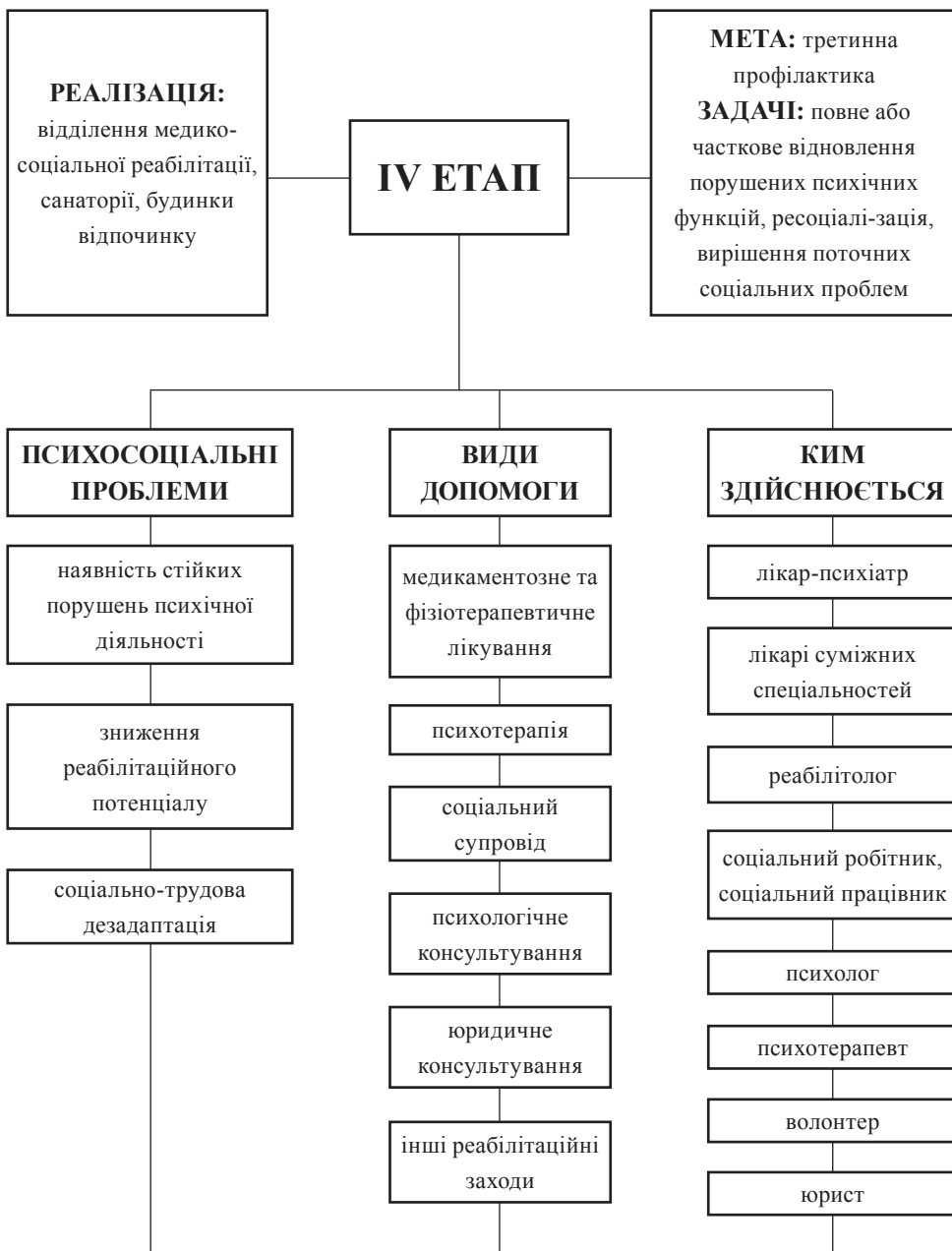


5. АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ЗА ПРИНЦИПОМ ЕТАПНОСТІ









6. ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ БОЙОВИХ ПСИХІЧНИХ ТРАВМ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

Профілактиці БПТ має відводитись провідна роль в комплексній роботі командування й медичного персоналу. Військовослужбовці мають проходити професійний відбір не лише за фізичними характеристиками. Прицільній оцінці мають піддаватися моральні якості бійця, здібності до психічного перенавантаження в умовах бойових дій. Командири підрозділів мають своєчасно виявляти осіб з симптомами психічної травматизації, при яких вони мають бути евакуйовані з зони бойових дій. Критеріями для евакуації, зокрема, є неможливість виконувати функціональні обов'язки, необ'єктивна оцінка загрозливої обстановки, деморалізуючий вплив осіб з психічними травмами на особовий склад, загроза безпеці інших.

Провідне значення для підвищення стресостійкості полягає в підвищенні фізичної та моральної витривалості бійців. Варто зазначити, що в осіб, які постійно фізично тренуються, в організмі розвиваються відповідні адаптивні зміни, в тому числі, й функціональних систем організму, що піддаються найбільшому впливу психогенних факторів.

З іншого боку, підвищенню стійкості до стресу сприяють удосконалення професійних навичок військовослужбовців, індивідуальна та групова бойова виучка, покращення ступеню володіння зброєю та бойовою технікою. Почуття впевненості в своїх знаннях, силах, товаришах, командуванні, в своїй зброї, в правильності рішень, які приймаються, поставлених бойових задачах, розуміння потрібності та значущості загальної справи дозволяють знизити негативний вплив стресу на військових.

У військовослужбовців, які раніше отримали БПТ під час бойових дій, вірогідність повторного розвитку БПТ у 1,5 рази вище, ніж у військовослужбовців, які мають такий самий бойовий досвід, але не отримали БПТ. Тому вдумливе формування тактичних груп для виконання бойових задач дозволить знизити ризик повторних БПТ у бійців. Участь у тривалих бойових операціях вичерпує компенсаторні ресурси організму та підвищує ризик розвитку БПТ. Своєчасна ротація особового складу в зоні бойових дій сприятиме профілактиці БПТ та дозволить відновити їх психічну стійкість.

Профілактичні заходи, спрямовані на мінімізацію ризику розвитку БПТ у осіб в зоні бойових дій необхідно проводити як на етапі призову на службу, так і під час ведення бойових дій та після повернення бійців до мирного життя.

Перший етап профілактичних заходів передбачає проведення обов'язкового психологічного та психофізіологічного відбору військовослужбовців, з метою визначення рівня підготовки, стресостійкості та особливостей індивідуального реагування на бойовий стрес. Окрім того, необхідно зосередити увагу на наявності у призовників у минулому розладів психіки та поведінки, з'ясувати інформацію про зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, проводити аналізи на вживання наркотичних речовин.

На другому етапі профілактики розвитку БПТ мають здійснюватись заходи скринінгу

і моніторингу психологічного та соматичного стану бійців, забезпечення доступу як до неопосередкованої психологічної допомоги (індивідуальне або групове консультування), так і дистанційної (телефонне консультування). Особи, у яких виявляються гострі реакції на стрес, мають терміново отримувати невідкладну психіатричну допомогу, з метою профілактики хронізації стресового розладу. Необхідними заходами є запровадження персональної відповідальності керівників військових підрозділів за обіг наркотичних (ненаркотичних) знеболювальних лікарських засобів, жорстке обмеження вживання алкогольних напоїв, забезпечення бійцям достатньої тривалості сну.

Третій етап профілактики здійснюється після повернення бійців з зони військових дій та включає, окрім заходів скринінгу і моніторингу стану психологічного та соматичного здоров'я, визначення рівня соціальної, трудової та сімейної адаптації осіб, які перебували в зоні бойових дій, обов'язкові періодичні профілактичні медичні огляди, комплексне забезпечення таких осіб засобами реабілітації та лікування.

7. АЛГОРИТМ ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ДО СТРЕСУ У ОСОБОВОГО СКЛАДУ БОЙОВОГО ПІДРОЗДІЛУ

Стресостійкість є компонентом адаптивності особистості, і об'єднує сукупність особистісних якостей, що сприяють високій продуктивності діяльності в екстремальному просторі, здатності витримувати значні інтелектуальні, вольові та емоційні навантаження (перевантаження), обумовлені особливостями професійної діяльності, без особливих шкідливих наслідків для діяльності, оточуючих і свого здоров'я. Високий рівень стресостійкості (інтелектуальної, вольової та емоційної) є однією з основних професійно важливих якостей військовослужбовця.

ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У БІЙЦІВ НЕОБХІДНО:

- формувати статутні, здорові взаємовідносини з керівництвом та бійцями підрозділу, визначати психологічну сумісність бійців, рівень колективістських якостей, виявляти наявні психологічні проблеми і прагнути їх вирішити, приділяти увагу проблемам виникнення, поширення та боротьби із занепадницькими настроями і чутками в бойовій обстановці; визначити ідейні і політичні переконання бійців, знайти однодумців, згуртувати бійців підрозділу;
- забезпечити вірне розуміння бойових завдань кожним воїном; тренувати спрацьованість підрозділів, екіпажів при виконанні бойових завдань в обстановці численних подразників і дефіциту часу;
- проводити постійні тренування бійців для відпрацювання виконання типових та нетипових бойових завдань і в різних видах навчань, стрільб, які слід проводити як вдень, так і вночі; в ході навчання і виховання ставити бійців в наближені до реальних умови ведення бою, в яких будуть вироблені необхідні для виконання бойового завдання психологічні якості;
- детально ознайомитись з бойовим забезпеченням свого підрозділу, його ресурсами, завданнями, діями на випадок виникнення непередбачених обставин. Вміти використовувати бойову техніку і зброю в бою, оволодіти прийомами самозахисту, само- та взаємодопомоги, забезпечити навчання зазначених прийомів бійців підрозділу;
- формувати бойове налаштування як на підготовчих стадіях ведення бою, так і безпосередньо перед атакою або оборонним боєм, а також після завершення конкретної операції; обережність бійця у діях не повинна викликати притуплення сприйняття реальної небезпеки, в той же час думки бійця не мають бути постійно зосереджені на тому, як уникнути загибелі;
- забезпечувати ефективне поновлення фізичних сил бійців, завдяки достатньому рівню відпочинку і харчування; особливу увагу слід приділяти гігієні сну; слід наголосити на необхідності жорсткого контролю за вживанням алкоголю та наркотичних речовин, з метою недопущення таких дій військовослужбовцями.

ПСИХОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ СУЧАСНОГО БОЮ СТВОРЮЄТЬСЯ ЗАВДЯКИ:

1. Використанню різних засобів імітації (навчальних вибухових речовин, імітаторів ракетно-бомбових ударів, навчальних рецептур отруйних речовин, імітаційних гранат і фугасів, вибухових пакетів, димових шашок, ракет (сигнальних), вогнесумішей, холостих патронів тощо).
2. Трансляції записів шумових ефектів бою (пострілів танків, гармат, розривів снарядів, мін, звуків низьколітаючих літаків тощо).
3. Створенню пожеж, макетів пошкодженої техніки, різних інженерних загороджень і перешкод, застосовуваних раптово (імітаційних мінних полів, дротаних і малопомітних огорож, ровів, пасток, завалів, барикад, зруйнованих ділянок доріг і мостів).
4. Організації реальної протидії супротивника (підготовлена група особового складу, двостороння гра силами двох підрозділів тощо).

Необхідно усвідомлено вводити в процес навчально-бойової діяльності різні психологічні чинники, здатні викликати як позитивну активність військовослужбовця, так і негативні психічні явища. Так, створення загрози для життя особового складу супроводжується дією фактора небезпеки, реальний вогневий вплив – раптовістю, дефіцит інформації, невизначеність, здійснення незапланованих дій – новизною обстановки тощо. Вміле і продумане введення в навчальний процес зазначених факторів дозволяє реально змодельовати окремі елементи сучасного бою, а, отже, вирішувати завдання психологічної підготовки.

Практична реалізація принципів психологічної підготовки досягається, якщо будуть забезпечені: високий темп навчань вдень і вночі у складних погодних умовах (дощ, туман, снігопад, ожеледь); швидка і різка зміна тактичної обстановки в ході занять; стрільба з усіх видів штатної зброї; вчинення маршів, форсування водних перешкод, подолання зон заражень, тривале перебування в засобах захисту від ЗМУ тощо.

ВИСНОВКИ

Запропонована оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги учасникам бойових дій базується на аналізі існуючих організаційної та кадрової складових системи надання психіатричної допомоги в Україні, вивченні досвіду інших країн, дослідженні бійців, які перебувають в зоні проведення АТО, та має суттєві переваги перед існуючою на сьогодні практикою.

Методичні рекомендації містять у структурованому вигляді алгоритми практичних дій спеціалістів, задіяних у наданні допомоги військовослужбовцям, щодо діагностики, надання медико-соціальної допомоги та профілактики бойових психічних травм на різних етапах здійснення зазначених заходів.

Застосування зазначених у методичних рекомендаціях алгоритмів дозволить оптимізувати надання психіатричної допомоги на її різних етапах та підвищить ефективність заходів щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики розладів психіки та поведінки у бійців, які перебувають або перебували в зоні бойових дій.

Реформування системи охорони психічного здоров'я населення України потребує комплексного інтегративного підходу, необхідною є тісна взаємодія всіх міністерств та відомств, які мають у своїй структурі медичні та медико-соціальні служби, що надають психолого-психіатричну допомогу. Надзвичайно актуальною є розробка єдиних сучасних стандартів діагностики, лікування та профілактики, які базуються на доказовості.

Продуктивна взаємодія між Українським НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, який визначено у якості головної установи МОЗ України у галузі соціальної і судової психіатрії, Міністерством оборони України та Державною службою України з надзвичайних ситуацій, налагоджена під час розробки даних методичних рекомендацій, буде продовжена та розширена, і стане запорукою надання сучасної психіатричної допомоги учасникам бойових дій та реформування системи охорони психічного здоров'я населення України.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Збірник методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з питань психіатрії, Авторський колектив Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, 2014. – 202 с.
2. Коваль І.С., Шибрук О.В. Телефонне консультування як екстрена психологічна допомога, 2014. – 54 с.
3. Кризова психологія: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, 2010. – 401 с.
4. Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах, ВОЗ, 2014. – 76 с.
5. Пінчук І.Я., Бабов К.Д., Гоженко А.І. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах, 2014. – 38 с.
6. Савицький В.Л., Сиропятов О.Г., Друзь О.В. Концепція Державної Програми розвитку системи охорони психічного здоров'я у Збройних силах України до 2020 року, 2014. – 10 с.
7. Сиропятов О.Г., Осьодло Г.В. Клінічні стандарти реабілітації комбатантів з бойовою психічною травмою, 2014. – 52 с.
8. Сыропятов О.Г., Друзь О.В., Чайковский А.Р. Медико-психологическое обеспечение боевых действий, 2014. – 51 с.
9. Castro C. A. The U.S. framework for understanding, preventing, and caring for the mental health needs of service members who served in Combat in Afghanistan and Iraq: A brief review of the issues and the research. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5 doi: 10.3402/ejpt.v5.24713.
10. Hunt E. J. F, Wessely S, Jones N, Rona R. J, Greenberg N. The mental health of the UK armed forces; where facts meet fiction. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5 doi: 10.3402/ejpt.v5.23617.
11. Taal L. M, Vermetten E, Digna A, van Schaik J. F, Leenstra T. Do soldiers seek more mental health care after deployment? Analysis of Mental Health Consultations in the Netherlands Armed Forces following deployment to Afghanistan. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5 doi: 10.3402/ejpt.v5.23667.
12. Van Hooff M, McFarlane A. C, Davies C. E, Searle A. K, Fairweather-Schmidt A. K, Verhagen A. The Australian Defence Force Mental Health Prevalence and Wellbeing Study (MHPWS): Design and methods. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5 doi: 10.3402/ejpt.v5.23950.
13. Yehuda R., Vermetten E., McFarlane A.C., Lehrner A. PTSD in the military: special considerations for understanding prevalence, pathophysiology and treatment following deployment // *Eur. J. Psychotraumatol.* – 2014. – 5: 10.3402/ejpt.v5.25322.
14. Zamorski M, Boulos D. The impact of the military mission in Afghanistan on mental health in the Canadian armed forces: A summary of research findings. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5 doi: 10.3402/ejpt.v5.23822.

ДОДАТКИ

Додаток 1

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ №59 від 05.02.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Психіатрія”»

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на первинний психотичний епізод

Код за МКХ-10: F20-29

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення і неможливості створення належних умов лікування в позалікарняних умовах.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні методи
2. Психодіагностичні
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі

Лікувальна програма

Лікування первинного психотичного епізоду повинно бути як біологічним, так і психосоціальним. Медикаментозне лікування необхідно розпочати якомога раніше. Психомоторне збудження має бути усунене протягом перших 48 годин. Психомоторне збудження, яке триває на тлі терапії понад 48 годин, слід розглядати як її побічний ефект, що є підставою для термінового перегляду поточної терапевтичної тактики. На етапі активної терапії перевага надається антипсихотикам другого покоління, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до досягнення бажаної терапевтичної реакції. За відсутності терапевтичного ефекту протягом 2-4 тижнів необхідно перейти до застосування іншого антипсихотика, в тому числі і першого покоління (за відсутності побічних екстрапірамідних та інших ефектів).

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною пацієнта та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з хворим з метою усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного лікування

1. Етап активної терапії:
 - нормалізація поведінки, усунення психомоторного збудження;
 - зменшення виразності (редукції) психотичної симптоматики;
 - відновлення критики.
2. Етап стабілізуючої антипсихотичної терапії:
 - купірування резидуальної продуктивної симптоматики;
 - відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.
3. Етап профілактичної (підтримуючої) антипсихотичної терапії:
 - підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

У спеціалізованому стаціонарі термін перебування повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний – ступінь редукції психопатологічної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціальний – ступінь здатності до автономного соціального функціонування.

Можливі побічні дії та ускладнення

Екстрапірамідні розлади (в тому числі дистонічні реакції та акатізію) – слід уникати призначення антипсихотиків першого покоління (насамперед бутірофенону); антихолінергічних препаратів; при акатізії, можливо, застосування неселективних β -адреноблокаторів.

Пізня дискінезія – патогенетичної терапії не існує.

Нейроендокринні розлади (пов'язані з підвищенням рівня пролактину) – зміна препарату, що не впливає на рівень пролактину.

Метаболічні розлади (насамперед порушення вуглеводного обміну та збільшення маси тіла) – дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура. За необхідності – зміна базового засобу.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мс, зміна антипсихотика.

Центральні холінолітичні ефекти (в тому числі когнітивні розлади) – призначення антихолінергічних препаратів.

Надмірна седатія – призначення антипсихотика без седативної дії.

Злоякісний нейролептичний синдром – відміна всіх антипсихотичних препаратів, призначення данролену, бромокриптину та бензодіазепинів, контроль температури тіла, соматичного стану.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямовану на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, проведення стрес-менеджменту, тренінгу навичок самостійного життя.

Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія після першого епізоду триває від 1 до 3 років. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Особливі вимоги не передбачені.

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на посттравматичні стресові розлади

Код за МКХ-10: F40-48

У процесі діагностики необхідно враховувати характерну для посттравматичних стресових розладів (ПТСР) коморбідну патологію. Особливо часто спостерігається сполучення ПТСР із депресивними розладами, різними формами хімічної залежності, а також із панічними, obsесивно-компульсивними, тривожно-фобічними розладами.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу

Лікувальна програма

Лікування ПТСР включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи. Перевага надається їх комбінуванню. Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної терапії.

Тривалість етапу активної терапії – 6 місяців, стабілізуючої – до 1 року, профілактичної – до 3 років.

Фармакологічна терапія

Фармакотерапія в більшості випадків має тривалий характер і полягає переважно в комбінованому застосуванні антидепресантів, транквілізаторів, тимостабілізаторів, ноотропних препаратів, β -адреноблокаторів, антипсихотичних засобів та інших засобів, причому основна роль належить антидепресантам. Терапія антидепресантами розпочинається з їх призначення разом із транквілізаторами або снодійними засобами, в разі потреби – і з β -адреноблокаторами. Вибір антидепресантів зумовлюється особливостями симптоматики, психофармакологічним анамнезом, поточним використанням медикаментозних засобів. Перевага надається антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СИЗС та Н) та гетероциклічним, починаючи з мінімальних доз, передбачених в інструкціях, із поступовим їх збільшенням до отримання бажаної терапевтичної реакції.

Призначення транквілізаторів має тимчасовий характер і становить, як правило, 3-4 тижні, в особливих випадках – не більше 3 місяців. Застосування снодійних засобів рекомендується виключно впродовж коротких курсів і у тому разі, коли у клінічній картині спостерігається поєднання симптомів порушень сну з афективними розладами. β -адреноблокатори призначають малими дрібними дозами. Нейролептичні засоби застосовують виключно в тих випадках, коли тривога супроводжується вираженим психомоторним збудженням та/або дезорганізацією мислення, а також у разі неефективності інших анкісологічних та седативних засобів.

Психотерапевтичне лікування ПТСР включає використання наступних методів або їх поєднання:

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної терапії;
- психодинамічної психотерапії.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення сутності розладу та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:

- регрес основної психопатологічної симптоматики;
- афективна переоцінка травматичного досвіду.

2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії:

- зворотній розвиток залишкових психологічних проявів;
- відновлення відчуття цінності власної особистості;
- створення нової когнітивної моделі життєдіяльності.

3. Етап профілактичної терапії:

- підтримка оптимального рівня функціонування пацієнта;
- профілактика рецидивів ПТСР.

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном, необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний критерій – ступень редукції симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седация – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацию, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту. Сексуальна дисфункція виникає, в першу чергу, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, призначення антидепресанту, що не викликає сексуальної дисфункції. Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мс (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи). Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок застосування комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування цими препаратами. Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO та іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), проведення тренінгу навичок самостійного життя. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на соматизований розлад

Код за МКХ-10: F40-48

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі

Лікувальна програма

Терапією даного розладу є комплексність та одночасність застосування медикаментозних та психотерапевтичних засобів. Використовується:

Психотерапія:

а) раціональна психотерапія – спрямована на роз'яснення пацієнту особливостей формування захворювання, неадекватного відношення до свого стану, переоцінки значущості виникаючих відчуттів, проводиться 2-3 рази на тиждень протягом 1 місяця;

б) групова психотерапія – спрямована на формування нових психологічних установок, проводиться щодня впродовж 21 дня;

в) аутогенне тренування має переважно симптоматичний характер і спрямоване на усунення симптомів, проводиться 2-3 рази на тиждень протягом 1 місяця;

г) тілесно-орієнтована психотерапія;

д) сімейна психотерапія використовується з метою створення сприятливого мікроклімату в сім'ї, проводиться 1 раз на тиждень протягом 2-3 місяців;

е) поведінкова (умовно-рефлекторна) терапія, проводиться 1 раз на тиждень протягом 2-3 місяців.

Медикаментозне лікування: Транквілізатори; β -адреноблокатори; антидепресанти; нейролептики; нейрометаболічні, ангіотропні та вегетотропні препарати.

Тривалість лікування – від 3 до 6 місяців.

Критерії якості лікування

Нормалізація емоційного стану та психологічних настанов пацієнта і, як наслідок, покращення якості життя.

Можливі побічні дії та ускладнення

Можливі побічні дії, які пов'язані із застосуванням антидепресантів та транквілізаторів. Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії. Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим призначенням іншого антидепресанту без седативної дії. Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту. Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції. Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мс (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи). Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення їх дози або повне припинення лікування антидепресантами. Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів MAO з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами MAO та іншими антидепресантами.

Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги

Реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах: призначення підтримуючого лікування впродовж 2-3 місяців із поступовим зниженням доз препаратів. Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджмент), проведення тренінгу навичок самостійного життя. Надається можливість

отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на депресивний епізод та рекурентну депресію

Код за МКХ-10: F30-39

Ознаки та критерії діагностики захворювання, згідно з МКХ-10

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, тяжких соматичних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко – діагностична програма

1. Клініко – анамnestичні, клініко – психопатологічні методи

2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)

3. Методи інструментального обстеження

4. Лабораторні методи

5. Консультації інших спеціалістів при потребі, для виключення соматичних чинників депресивного розладу

Лікувальна програма

Лікування повинно бути біологічним і психосоціальним

Біологічна терапія

Процес лікування включає наступні етапи: активної терапії, стабілізуючої терапії та профілактичної (підтримуючої) терапії. Зміст терапії залежить від ступеню тяжкості поточного психічного стану.

Етап активної терапії Підставою для початку медикаментозного лікування є наявність депресивної симптоматики протягом більше 2 тижнів. Перевага надається антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (CІ33С), інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (CІ33С та Н), починаючи з мінімальних доз передбачених інструкціями, з поступовим нарощуванням доз до бажаної терапевтичної реакції. Враховується психофармакологічний анамнез. Перевага надається попередньо ефективному препарату. На початку терапії рекомендовано використання одного антидепресанта. При повній відсутності його терапевтичного ефекту протягом 4 тижнів необхідно перейти до іншого антидепресанта. При незначному поліпшенні афективного стану – ще 2 тижня продовжують розпочату терапію обраним препаратом, а в разі відсутності прогресу слід перейти до іншого антидепресанта. При наявності клінічно значущих симптомів тривоги, рекомендується призначення транквілізаторів (бензодіазепінів) строком на 1-2 тижня. Залежно від тяжкості стану.

При тяжкому депресивному епізоді, який потребує більш інтенсивного лікування, або при відсутності прогресу у лікуванні депресивного епізоду середнього ступеню тяжкості, зазначеними вище засобами, бажано призначати сучасні антидепресанти подвійної дії або трициклічні антидепресанти (бажаний лабораторний моніторинг трициклічного антидепресанту в крові).

Депресивний епізод обтяжений психотичною симптоматикою потребує обов'язкового поєднаного призначення антидепресантів і антипсихотиків другого покоління, що пов'язано, зокрема, із особливою схильністю пацієнтів цієї категорії до виникнення екстрапірамідних ускладнень.

Тривалість етапу активної терапії – 8-16 тижнів.

Етап стабілізуючої терапії

Терапія антидепресантами продовжується в дозах, які були обрані на етапі активного лікування. Тривалість етапу стабілізуючої терапії – не менш 6 місяців.

Етап профілактичної (підтримуючої) терапії Профілактичне (підтримуюче) лікування необхідно всім пацієнтам протягом не менш 3 років, а пацієнтам з трьома та більше епізодами в минулому, з обтяженим депресією сімейним анамнезом та соматично обтяженим пацієнтам – більше трьох років. При вирішенні питання про відміну антидепресанту слід забезпечити поступове зменшення його дози протягом не менш 4 тижнів (для уникнення синдрому «віддачі»).

Терапевтична резистентність

Якщо, в разі дотримання режиму терапії, достатніх дозувань та за умови відсутності ознак біполярного розладу, протягом не менш 6 тижнів (для кожного із двох послідовно використаних антидепресантів), не настає бажаний терапевтичний ефект – йдеться про дійсну терапевтичну резистентність.

Для подолання терапевтичної резистентності рекомендується:

- підвищення дозувань та тривалості призначення антидепресанту, що використовується (якщо використовується трициклічний антидепресант то збільшення його дози слід супроводжувати лабораторним моніторингом з метою підтримання концентрації препарату у крові в межах 300-400 мкг/л);
- переключення на антидепресанти інших груп;
- зміна способу введення антидепресанту (з ентерального на парентеральний в умовах спеціалізованого стаціонару);
- підсилення ефекту антидепресантів шляхом одночасного призначення препаратів інших фармакологічних груп (наприклад антипсихотиків другого покоління, антиконвульсантів, стабілізаторів настрою та інші);
- комбінація двох антидепресантів різних груп;
- електроконвульсивна терапія.

Психосоціальна терапія

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з родиною та когнітивно-поведінкова та інші форми психотерапії з пацієнтом для усвідомлення ним свого розладу та сутності терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

1. Етап активної терапії:

- Усунення ризику суїцидальної поведінки
- Зменшення виразності (редукція) депресивної симптоматики

2. Етап стабілізуючої антидепресивної терапії

- Зворотній розвиток залишкової депресивної симптоматики.
- Відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації

3. Етап профілактичної (підтримуючої) антидепресивної терапії

- Підтримка оптимального рівня соціального функціонування пацієнта
- Профілактика повторних епізодів депресії

Тривалість лікування в спеціалізованому стаціонарі

Перебування у спеціалізованому стаціонарі обмежується терміном необхідним для досягнення мети етапу активної терапії.

Критерії якості лікування

1. Клінічний критерій – ступень редукції депресивної симптоматики протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців
2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром: сухість в роті, порушення зору, когнітивні розлади (перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів) – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку пов'язану із цим станом і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, переключення на антидепресант, що не викликають сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до >400 мс (якщо використовувався трициклічний антидепресант слід його замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади, аж до розладів свідомості, ажитація, гіпергідроз, пронос, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при комбінаціях з інгібіторами MAO інших антидепресантів. Через це категорично забороняється використовувати інгібітори MAO в комбінації з іншими антидепресантами.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з родиною та пацієнтом, спрямовану прийняття розладу, позитивне відношення до терапії, стресостійкості у повсякденному житті (стрес-меджмент), проведення тренінгу навичок самостійного життя. Профілактична підтримуюча антипсихотична терапія триває не менш 3-х років, індивідуально. Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно діючого законодавства.

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на дисоціативну амнезію

Код за МКХ-10: F40-48

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення, коморбідних розладів, неможливості самообслуговування на життєво необхідному рівні та відсутності належних умов лікування поза межами спеціалізованого стаціонару.

Клініко-діагностична програма

1. Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи
2. Психодіагностичні (в тому числі скринінгові інструменти)
3. Методи інструментального обстеження
4. Лабораторні методи
5. Консультації інших спеціалістів при потребі для виключення соматичних чинників розладу

Лікувальна програма

Пацієнтам, хворим на дисоціативні розлади, необхідно проводити специфічну терапію,

зумовлену клінічними проявами невротичного регістру, а також неспецифічну терапію, пов'язану із наявністю соматоневрологічних змін: зміцнювальну, тонізуючу, що підвищує реактивність. Поряд із цим проводиться психотерапія та реабілітаційні заходи.

Специфічною терапією для пацієнтів на дисоціативні розлади є психотерапія:

а) **індивідуально-орієнтована психотерапія** проводиться після зняття гостроти хворобливих переживань.

Проводиться як індивідуально, так і в межах групової психотерапії та спрямована на виявлення і вивчення збільшення адаптаційних можливостей особистості, досягнення у пацієнта усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між, вагомістю переживань і особливостями системи відносин, корекцію неадекватних реакцій і форм поведінки, логічне переконання пацієнта, вироблення у нього адекватного ставлення до розладу. Частота – 3-5 разів на тиждень, тривалість – 4-6 тижнів.

б) **гіпнотерапія** – спрямована на фіксацію уваги на розслабленні, на седацію емоційних порушень, відновлення настрою, проводиться щодня, усього 8-10 сеансів.

в) **аутогенне тренування** – модифікації, спрямовані на розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання; проводиться щодня, 10-15 сеансів під контролем лікаря, а потім самостійно протягом 3-4 місяців;

г) **сімейна психотерапія** – спрямована на стабілізацію відносин у сім'ї;

д) **тілесно-орієнтована психотерапія**.

Медикаментозне лікування:

- **транквілізатори** – короткостроковий курс лікування для купірування гострих проявів захворювання;

- **нейролептики** – при грубих поведінкових розладах, порушеннях свідомості;

- **антидепресанти**.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування

У стаціонарі – зменшення емоційних порушень. Купірування афективних розладів, гострих невротичних розладів, дезактуалізація психогенної дезадаптації тощо, пом'якшення змін особистості, покращання якості життя хворого.

Амбулаторне – зменшення емоційних порушень, зменшення впливу психогенних факторів. Купірування невротичних та афективних розладів, порушень поведінки, покращання якості життя пацієнта.

Тривалість лікування – від 3 тижнів до 6 місяців.

Критерії якості лікування

Нормалізація емоційного стану та психологічних настанов пацієнта і, як наслідок, покращання якості життя.

Можливі побічні дії та ускладнення

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію, із подальшим застосуванням іншого антидепресанту без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Сексуальна дисфункція виникає, перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – сімейна терапія, можливо, перехід на антидепресант, що не викликає сексуальної дисфункції.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мс (якщо використовувався трициклічний антидепресант слід його замінити антидепресантом іншої групи).

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, ажитація, пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури тіла та ін.) виникає, як правило, внаслідок призначення комбінації антидепресантів – зменшення дози або повне припинення лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає при одночасному застосуванні інгібіторів МАО з іншими антидепресантами. Через це категорично забороняється комплексна терапія інгібіторами МАО та іншими антидепресантами.

Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги

Реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах: прийом підтримуючого лікування протягом 3-6 місяців із поступовим зниженням доз препаратів; обов'язкове використання умовно-рефлекторного тренінгу упродовж тривалого часу, аутогенного тренування. Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне сприйняття терапії, підвищення стресостійкості у повсякденному житті (стрес-менеджменту), проведення тренінгу навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

Вимоги до режиму праці, відпочинку

Визначаються індивідуально з урахуванням досягнутого рівня соціального функціонування згідно із чинним законодавством.

ОСНОВНІ НАПРЯМИ РОБОТИ ТЕЛЕФОННОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

Телефон довіри здійснює свою діяльність за такими напрямками: надання екстреної психологічної допомоги; телефонне консультування дітей, підлітків, молоді, дорослого населення щодо актуальних проблем розвитку особистості; інформаційне консультування.

Напрямки роботи телефонного консультування за Романовою Е.С.:

1. Психоаналітичний напрям – допомогти клієнту відтворити ранній досвід минулого і проаналізувати виявлені конфлікти; реконструювати базисну особистість.

2. Адлерівський напрям – трансформувати мету життя клієнта; допомогти йому сформувати соціально значимі цілі й скоригувати помилкову мотивацію у вигляді здобуття почуття рівності з іншими людьми.

3. Поведінкова терапія – виправити неадекватні особливості поведінки для ефективної діяльності.

4. Рационально-емоційна терапія – усунути «саморуйнівний» підхід клієнта до життя і допомогти сформувати толерантний і раціональний підхід; навчити застосувати наукові методи під час вирішення поведінкових і емоційних проблем.

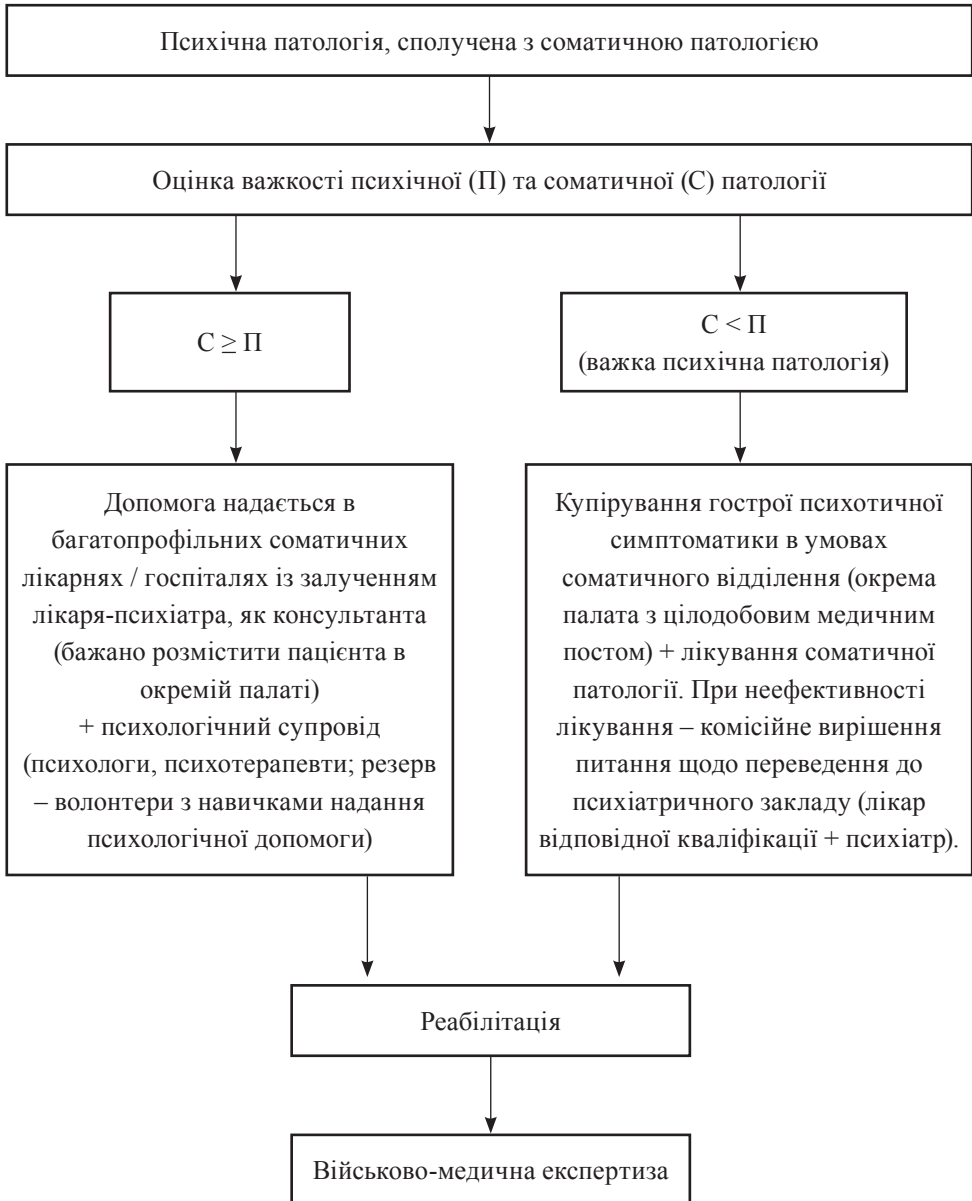
5. Клієнт-центрована терапія – створити сприятливе консультування, яке допоможе самодослідженню і розпізнаванню чинників, що заважають зростанню особистості; заохочувати відкритість клієнта, впевненість у собі, спонтанність.

6. Екзистенціальна терапія – допомогти клієнту усвідомити свою волю і власні можливості; спонукати до прийняття відповідальності; ідентифікувати чинники, які блокують свободу.

**СИСТЕМА ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОЛОГА З ПОСАДОВИМИ ОСОБАМИ
БАТАЛЬЙОНУ/БРИГАДИ У ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ**

Військові посадові особи	Мета взаємодії	Способи взаємодії
Командир полку	Забезпечення психологічної обґрунтованості бойових рішень, що приймаються, і ефективності управління особистим складом при їх реалізації	1. Інформування 2. Консультування 3. Пропозиції 4. Отримання вказівок
Заступник командира з виховної роботи	Побудова системи медико-соціального забезпечення, з урахуванням проявів психіки і поведінки в бою, отримання психологічної інформації	1. Інформування 2. Консультування 3. Пропозиції 4. Отримання вказівок 5. Спільне напрацювання рішень
Офіцери виховної роботи	Отримання психологічної інформації. Побудова всіх компонентів МПЗ, з урахуванням психологічних аспектів бойової діяльності	1. Інформування 2. Консультування 3. Отримання інформації 4. Спільне напрацювання рішень
Начальник штабу	Отримання психологічної інформації. Доцільний розподіл і розташування воїнів Організація психологічного впливу на супротивника Визначення параметрів роботи ППД і Р	1. Інформування 2. Консультування 3. Отримання інформації
Заступник командира з тилу	Отримання психологічної інформації Оптимізація тилового забезпечення із урахуванням потреб воїнів	1. Інформування 2. Консультування
Начальник медичної частини	Обмін психологічною інформацією Оптимізація психологічної допомоги і реадaptaції	Безпосереднє інформування і дієва взаємодія
Психологи батальйонів, посадові особи ППД і Р	Оптимізація виконання задач психологічного забезпечення бою	1. Інформування 2. Навчання 3. Практична допомога 4. Отримання інформації
Командири підрозділів та їх заступники	Оптимізація бойової, психологічної підготовки, управління, психогігієни та психопрофілактики, психологічної підтримки і реабілітації	1. Інформування 2. Навчання 3. Практична допомога 4. Отримання інформації
Особовий склад		1. Отримання психологічної інформації 2. Психологічне вивчення, розстановка, консультування, просвіта, підготовка, допомога, реадaptaція

**АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ЗІ СПОЛУЧЕНОЮ
ПСИХІЧНОЮ ТА СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**



**ОБСЯГ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ,
ЗАЛЕЖНО ВІД ВИДУ ПСИХІЧНОЇ РЕАКЦІЇ**

Тип психічної реакції	Основні симптоми	Рекомендації з допомоги	Чого не варто робити
Нормальна	Мимовільні м'язові скорочення, пітливість, нудота, часте сечовиділення, серцебиття, прискорене дихання, занепокоєння	Індивідуальна психофізична підтримка, чітке керівництво з акцентом на позитивні аспекти, спілкування з товаришами	Занадто фіксувати увагу на переживаннях та відчуттях, підкреслювати серйозність становища, глузувати, залишатися байдужим
Знижена активність, депресія	Людина знаходиться сидячи або стоячи, не рухається, не розмовляє, байдужий вираз обличчя; можуть спостерігатися однотипні рухи або аутоагресивні дії	Обережно встановити контакт, розпитати про те, що сталося, проявити участь, співчуття, солідарність. Запропонувати просту рутинну роботу. Забезпечити теплою їжею, цигарками	Проявляти надмірний жаль, застосовувати дисциплінарні заходи (за виключенням крайніх випадків)
Індивідуальна паніка	Бездумні спроби втечі, неконтрольований плач, біг колами	Проявити доброзичливу твердість, дати випити або з'їсти щось тепле. Запропонувати запалити. Ізолювати, якщо в цьому є потреба	Застосовувати грубі заходи при ізоляції, обливати водою, призначати дисциплінарні заходи (за виключенням крайніх випадків)
Гіперактивність	Схильність до суперечок, виконання непотрібної роботи, нецільоспрямована діяльність, висловлювання нескінченних порад оточуючим	Дати виговоритися, змусити виконати фізичну роботу, запропонувати з'їсти або випити щось тепле, запалити. Здійснювати контроль за особою. Не проявляти інших почуттів	Акцентувати увагу на стані військовослужбовця, вступати з ним в суперечку, призначати дисциплінарні заходи
Реакція з переважанням фізичних компонентів	Нудота, блювання, функціональні паралічі	Проявити свою зацікавленість, запропонувати просту неважку роботу, створити необхідні умови для евакуації в медичний пункт	Говорити потерпілому, що з ним нічого серйозного не трапилось, лаяти, висміювати, акцентувати увагу на його стані

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ РІЗНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНАХ

Тип психічної реакції	Основні симптоми	Рекомендації з допомоги	Чого не варто робити
Марення та галюцинації	Марення: хибні уявлення або умовиводи, в помилковості яких потерпілого не можна переконати. Галюцинації: потерпілий чує голос, бачить і відчуває те, чого не існує насправді	До прибуття спеціалістів, слідкуйте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі або оточуючим. Заберіть від нього предмети, які можуть бути потенційно небезпечними. Переведіть потерпілого в усамітнене місце, але не залишайте його на самоті. Говоріть з потерпілим спокійним голосом. Погоджуйтеся з ним та не намагайтесь його переконати. Важливо пам'ятати, що в такій ситуації переконати потерпілого неможливо	Сперечатися з потерпілим. Фіксація можлива у крайніх випадках, коли є реальна загроза самому потерпілому або оточуючим
Апатія	Байдуже ставлення до оточення, млявість, загальмованість, повільний темп мови з великими паузами	Поговоріть з потерпілим. Задайте йому кілька простих питань («Як тебе звати?», «Ти хочеш їсти?» тощо). Переведіть потерпілого в безпечне місце, допоможіть облаштуватися. Візьміть його за руку або покладіть свою руку йому на чоло. Дайте можливість потерпілому поспати або просто полежати. Якщо відсутня можливість відпочити, тоді більше розмовляйте з ним, залучайте до посильної спільної діяльності	Проявляти надмірний жаль, застосовувати дисциплінарні заходи (за виключенням крайніх випадків)
Ступор	Різке зниження або відсутність довільних рухів і мови, відсутність реакції на зовнішні подразники (шум, світло, дотики), «заціпеніння» в певній позі, стан повної нерухомості. Психогенний ступор може змінитися психогенним збудженням	Зігніть потерпілому пальці на обох руках і притисніть їх до основи долоні. Великі пальці повинні бути виставлені назовні. Кінчиками великого і вказівного пальців масажуйте потерпілому точки, розташовані на лобі, над очима рівно посередині між лінією росту волосся і бровами, чітко над зіницями. Долоню вільної руки покладіть на груди потерпілого. Налаштуйте свій подих під ритм його дихання. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути, бачити. Тому говоріть їй на вухо, тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Пам'ятайте, необхідно будь-якими засобами домогтися реакції постраждалого, вивести його із заціпеніння	Не залишайте потерпілого наодинці. Неприпустимі будь-які спроби насильного розгальмування та привертання уваги

Рухові розлади	Різкі рухи, часто безцільні і безглузді дії, ненормально гучна мова або підвищена мовна активність (людина говорить без зупинки, іноді абсолютно безглуздо), часто відсутня реакція на оточуючих (на зауваження, прохання, накази)	Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи ззаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притисніть його до себе і злегка перекиньте на себе. Ізолюйте постраждалого від оточуючих. Говоріть спокійним голосом про почуття, які він відчуває. Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою	Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте питань, в розмові уникайте фраз з часткою «не», що відносяться до небажаних дій («Не біжи», «Не розмахуй руками» «Не кричи»)
Агресія	Роздратування, невдоволення, гнів (з будь-якого, навіть незначного приводу); нанесення оточуючим ударів руками або будь-якими предметами, словесна образа, лайка; м'язова напруга; підвищення кров'яного тиску	Зведіть до мінімуму кількість оточуючих. Дайте постраждалому можливість «випустити пар» (наприклад, виговоритися або «побити» подушку). Доручіть роботу, пов'язану з високим фізичним навантаженням. Демонструйте доброзичливість, навіть якщо Ви не згодні з потерпілим. Необхідно говорити: «Ти жахливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації». Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями чи діями. Агресія може бути погашена страхом покарання	Не звинувачуйте потерпілого, не висловлюйтесь з приводу його дій, інакше агресивна поведінка буде направлена на Вас. Не можна казати: «Що ж ти за людина» і т.п.
Страх	Напруга м'язів (особливо м'язів обличчя); сильне серцебиття; прискорене поверхневе дихання; знижений контроль власної поведінки. Панічний страх може перерости у втечу, викликати заціпеніння або, навпаки, підвищену активність, агресивну поведінку. При цьому людина не контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо	Покладіть руку постраждалого собі на зап'ясток, щоб він відчув Ваш спокійний пульс. Це буде для нього сигналом: «Я зараз поруч, ти не один». Дихайте глибоко і рівно. Спонукайте постраждалого дихати в одному з Вами ритмі. Якщо потерпілий говорить, слухайте його, висловлюйте зацікавленість, розуміння, співчуття. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла. Пам'ятайте, страх може бути корисним, коли допомагає уникати небезпеки. Тому боротися зі страхом треба тоді, коли він заважає жити нормальним життям	Не залишайте людину наодинці. Страх важко переносити наодинці. Не намагайтесь відволікти потерпілого фразами: «Не думай про це», «Це несуттєво» і т.п.

Нервові тремтіння	Після екстремальної ситуації з'являється неконтрольоване нервові тремтіння (людина не може за власним бажанням припинити цю реакцію). Так організм «скидає напругу». Якщо цю реакцію зупинити, то напруга залишиться всередині, в тілі, і викличе м'язові болі, а в подальшому може привести до розвитку серйозних захворювань (гіпертонія, виразкова хвороба та ін.)	Потрібно посилити тремтіння. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10-15 секунд. Продовжуйте розмовляти з ним, інакше він може сприйняти Ваші дії як напад. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано покласти його спати	Обіймати потерпілого або притискати його до себе. Вкривати постраждалого чимось теплим. Заспокоювати постраждалого, говорити, щоб він узяв себе в руки
Істеричний напад	Істеричний напад триває кілька годин або кілька днів. Зберігається свідомість, надмірне збудження, безліч рухів, театральні пози, мова емоційно насичена, швидка, елементи ридання	Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишайтеся з постраждалим наодинці, якщо це безпечно для Вас. Несподівано зробіть щось, що може сильно здивувати (можна дати ляпас, облити водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого). Дайте понюхати нашатирний спирт. Говоріть з потерпілим короткими фразами, впевненим тоном («Випий води», «Вмийся»). Після істерики настає занепад сил. Укладіть потерпілого спати, спостерігайте за його станом	Залишати хворого наодинці. Намагатися втримувати потерпілого за руки, плечі або голову
Плач	Людина вже плаче або готова розридатися. Тремтять губи. Спостерігається відчуття пригніченості. На відміну від істерики немає порушення в поведінці. Пам'ятайте, емоційна розрядка, полегшення, не відбувається, якщо людина стримує сльози. Коли ситуація триває дуже довго, внутрішнє напруження може завдати шкоди фізичному та психічному здоров'ю людини	Встановіть фізичний контакт з постраждалим (візьміть його за руку, покладіть свою руку на плече або спину, погладьте його по голові). Дайте йому відчуття, що Ви поруч. Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе). Періодично вимовляйте «так», киваючи головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте. Повторюйте за постраждалим уривки фраз, в яких він висловлює почуття; говорите про свої почуття і почуття потерпілого. Дайте йому можливість виплакати і виговоритися, «виплеснути з себе горе, страх, образ». Пам'ятайте, ваше завдання – вислухати	Не залишайте постраждалого одного. Не намагайтеся його заспокоїти. НЕ ставте питань, не давайте порад

