

Олег Чабан: Психотравма та її наслідки в загальноотерапевтичній практиці – чому важливо її виявити та вчасно опрацювати?

Вітаю вас, колеги! І сьогодні ми будемо говорити про психотравми в практиці лікаря-інтерніста, тобто лікаря із загальноотерапевтичної мережі. Чи варто випитувати в пацієнта, чи варто діагностувати та шукати в межах вашого фаху психотравму? А власне, якщо ви про неї знаєте, що тоді робити?

Психотравма та її наслідки в загальноотерапевтичній практиці – чому так важливо, якщо ви її побачили, надати допомогу? Якщо я так заявив, тоді виникає питання: що таке психотравма?

Багато хто асоціює поняття «психотравма» зі стресом, але стрес має значення набагато ширше. Він може бути не тільки психологічним, а й фізичним.

Психологічна травма, або травма психічна, психотравма – це травма, що виникла в результаті впливу на психіку людини особисто значущої інформації; потужна емоційна дія, яка спричинила психічний розлад; шкода, нанесена психічному здоров'ю особи в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостроемоційних, стресових впливів інших людей на її психіку. Поняття «психологічна, емоційна або психічна травма» (множина «traumata», «traumas» від давньогрецького «τραύμα» – «рана») використовується в психології для опису психологічної травми, аналогічної травмі в медицині, яка супроводжується сильним психологічним потрясінням. Це може бути спричинено людьми, стихійними лихами, а також – тортурами, травмами дитинства, військовими травмами. До наслідків можуть належати психологічні або фізичні симптоми, які, зазвичай, групують під терміном «постстресові розлади».

Травматичні ситуації не є однозначними і їх треба розрізняти.

Екстремальні критичні події, що характеризуються могутнім негативним впливом, ситуації погрози, що вимагають від людини екстраординарних зусиль із подолання наслідків їхнього впливу. Виділяють кілька типів травматичних ситуацій:

- Короткочасна, несподівана травматична подія (наприклад, сексуальне насильство, природні катастрофи, дорожньо-транспортні пригоди);
- Постійний і повторюваний вплив травматичного стресора – серійна травматизація або пролонгована травматична подія (повторюване фізичне або сексуальне насильство, бойові дії).

Потрібно також розрізняти та розуміти, що зв'язок із травмою ширший і варіабільніший, аніж реакція на стрес чи ПТСР.

ПТСР – яскравий представник наслідків травми, але він є не частим (до 20%), проте травма розчиняється в:

- Мікро- та макротравмах;
- Адикціях (хімічні й нехімічні);
- Дисоціаціях;
- Тривозі та депресії, паніці;
- Розладах поведінки та харчування;
- Розладах особистості;
- БАР;
- Колективній травмі (КТ).

Так от – як раз зв'язок із травмою та робота лікаря-інтерніста:

- Хронічні больові розлади з низькою відповіддю на аналгетики та протизапальну терапію;
- Серцево-судинні проблеми з низькою доказовістю та кореляцією з параклінічними даними (наприклад, неорганічна тахікардія та підняття АТ);
- Загострення хронічних соматичних хвороб будь-якого патогенезу;
- Чутливість і вразливість до інфекційних захворювань;
- Функціональні розлади сечо-статевої системи, сексуальні розлади;
- Психосоматичні розлади.

Презентацію я починаю з того, що рекомендую літературу на цю тему. Тим більше, що хорошої літератури, хороших наукових даних, словом, доказової медицина та доказової практики на сьогодні дуже багато:

- **“Травма та вилікування: наслідки насилля – від домашнього насилля до політичного терору”, Джудіт Герман, 1992**

- **“Справочник АПА по психологии травмы: Основы знания, Том 1”, Стивен Н. Голд, 2017**
- **“Тіло пам’ятає все: яку роль психологічна травма відіграє в житті людини та які техніки допомагають її перебороти”, Бессел Ван дер Колк, 2020**
- **“Травма та уникаючий пацієнт: стратегії вилікування, які ґрунтуються на привязаності”, Роберт Т. Мюллер, 2010**
- **“Нейробиология и лечение травматической диссоциации: на пути к воплощенному я”, Ульрих Ф. Ланиус, Сандра Полсен, Фрэнк М. Корриган, 2014**
- **“Призраки прошлого. Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы”, Онно Ван дер Харт, Эллерт Р. С. Нейенхэус, Кэти Стил, 2013**
- **«Травма, ее природа и пути исцеления», Зураб Беберашвили, Джана Джавахишвили, Софья Табагуа <http://surl.li/comtq>**

Не буду соромитися рекомендувати й нашу літературу, адже вона – доволі запитувана, незважаючи на те, що видана ще 2017 року.

- **«Практикум з підвищення стресостійкості та розширення адаптаційних можливостей організму», під ред. проф., д-ра мед. наук О.С. Чабана. – К: ТОВ «Доктор-Медіа-Груп», 2017 <http://surl.li/btput>**
- **«Пережить потрясение: помощь при стрессовых и послестрессовых расстройствах», Олег Чабан, Ирина Пинчук, Елена Хаустова, Михаил Боро, Елена Москаленко-Моспаненко, Анна Олейник, Ирина Франкова. – Харків: ООО “С.А.М.”, 2015 <http://surl.li/btpvc>**
- І останні наші книги **«Невідкладна допомога в психіатрії та наркології»** й серія **«Практична психосоматика»**

В цьому випадку я показую «Діагностичні шкали», бо розуміння психотравми потребує доказовості, адже загострення хвороби може прив’язуватися до психічної травми. Тому рекомендую використовувати діагностичні шкали, де ми намагалися зібрати найбільш популярні поширені доказові схеми.

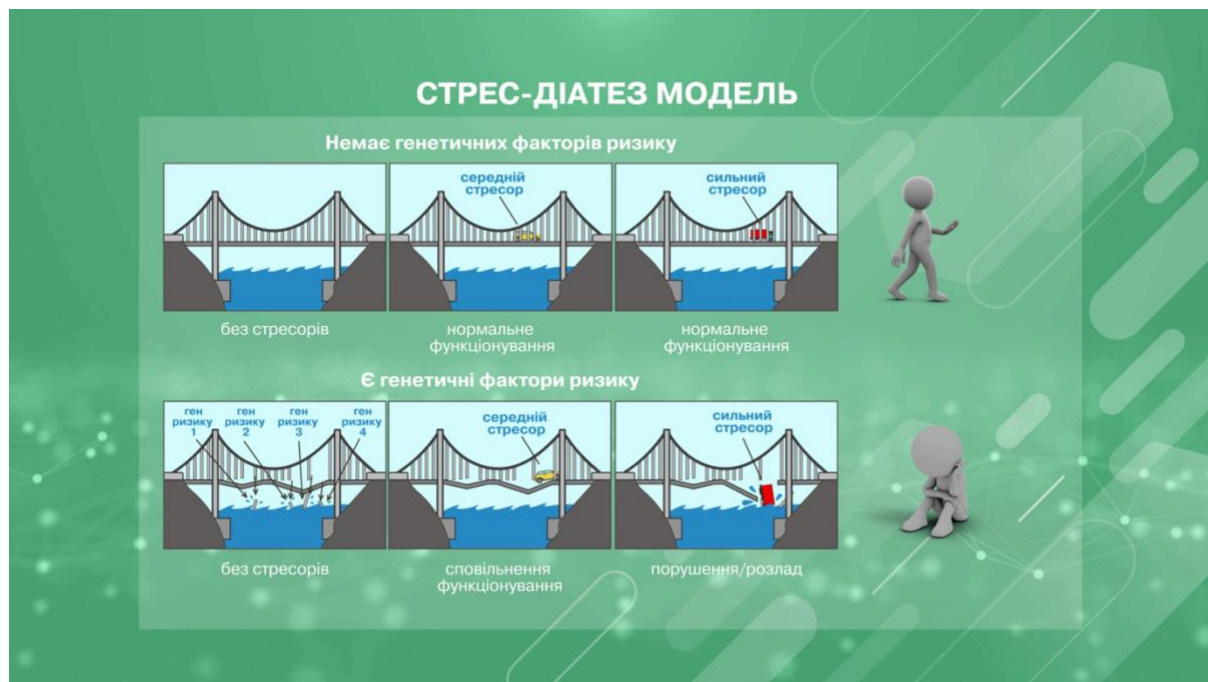
Або якщо кого зацікавить травматичний стрес, відсилаю вас до Центру дослідження травматичного стресу, де ви точно знайдете для себе статтю, вже перекладену українською мовою.

- **Center for the Study of Traumatic Stress** <http://surl.li/butlm>

Щоб перейти до слова «психічна травма», корелюючи його зі словом «стрес», треба розуміти таку модель ВООЗ:

Біопсихосоціальна модель. Згідно з нею, виникнення хвороби зумовлене сукупністю біологічних, психологічних і соціальних факторів. Ці фактори впливу поділяють на фактори ризику, стрес-фактори та протективні. Кожен випадок захворювання – індивідуальний.

Стрес-діатез модель показує, що дуже важлива наша генетична захищеність у питанні: чи будемо ми давати розлад у відповідь на стрес? Оцей міст – це, умовно, наше життя й ми їдемо по ньому на авто. І що відбувається з нашим автомобілем, коли на нього навалюється середній чи важкий стрес? Якщо є генетичний захист і стійкість до стресу, автомобіль буде їхати мостом, який не хитається та не руйнується. Але якщо є вразливість, відповідно, при середньому ступені стрес може налякати.



Епігенетичні дослідження впливу стресу та психічної травми на майбутнє покоління

Епігенетичні дослідження відповіді на стрес сфокусовані на генах і, відповідно, білках, які пов'язані з гіпоталамо-гіпофіз-наднирвовою (hypothalamus–pituitary–adrenal; HPA) віссю, наприклад, гени *Gr*, *Crf*, *Bdnf*,

Era1b (Estrogen receptor alpha 1b) та NGFI-A (Nerve growth factor-induced protein A). Дослідження різних видів стресу, включно порушення материнського піклування та поведінку уникання умов формування страху в тварин, показали, що такі впливи обумовлюють епігенетичні зміни, які, в свою чергу, призводять до змін експресії генів. У випадку гена *Crfl* було продемонстровано, що вплив стресу на дорослих тварин призводить до зниження метилювання ДНК у сайтах зв'язування транскрипційного фактору CREB (cAMP response element-binding protein). Відсутність метилювання в таких сайтах робить можливим зв'язування з ними CREB, що супресує транскрипцію гена *Crfl*. Таке деметилювання асоційоване з соціальною поведінкою уникнення умов стресу, проте й метилювання, й поведінка відновлюються внаслідок прийому антидепресантів. А отже, такі результати свідчать про існування зв'язку між навколишнім середовищем, певні фактори якого призводять до змін на молекулярному рівні, що пов'язані з поведінковими особливостями, та потенційною зворотністю цих змін й ефектів під впливом хімічних терапевтичних агентів.

1. Першим протектором епігенетичного впливу є материнська опіка;
2. Другим протектором – стресостійка поведінка батька;
3. Третім – нароблення/переборення стресів у дитинстві.

Епігенетика – як ваш гаджет

Розробники цього гаджета заклали в нього ідею створення бази оновлення та наповнення даними, про які вони навіть уяви ще не мали на момент розробки.

Експресія гена (його робота для синтезу білка, чи РНК) в будь-якій клітині людського організму складає біля 20-30%, а в клітинах нервової системи – 70-80%.

Один із протектних факторів – наше дитинство

Повторний вплив стресу в дитинстві спричиняє нейробиологічну реакцію, яка підтримується протягом усього життя людини та може негативно вплинути на психічне здоров'я. Попередні дослідження ефективно показали, що екологічні стресори, не тільки в ранньому віці, але й під час вагітності, збільшили стан метилювання 1F екзон гена NR3C1. У головному мозку гіпокамп – це рясна область у ПР, яка також виражає промоутер NR3C1-1F.

Метилювання ДНК було пов'язане зі змінами щільності ПР у гіпокампі після впливу екологічного стресу. Дослідження показують, що або через вплив стресу й можливу втрату об'єму гіпокампу або через стан гіпометилювання інінату в поєднанні з нижчим обсягом гіпокампа, вони здатні робити людину вразливою до ПТСР (McNerney et al., 2018).

Схильність до травми та розладу (ПТСР) дістається людині **в спадок від батька більше** чим від матері за рахунок епігенетичних механізмів впливу травми в дитинстві чи при вагітності мами.

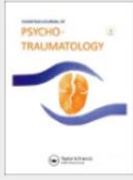
Другий важливий фактор епігенетичного впливу – низька стресостійкість за рахунок формування «навченої безпорадності»

Мартін Селігман із Пенсільванського університету дуже потужно розробляв тему «навченої безпорадності»: спочатку на тваринах, потім – на людях. Він та його учні довели, що ми знаходимось достатньо близько до собак у варіанті «вихованої безпорадності» і те, що закладається в дитинстві, дорівнює генетичній схильності.



Варіабельність серцевого ритму залежить також від стресових переживань у дитинстві.

Ще одна стаття – «Жорстокість виховання в дитинстві впливає на довжину теломерів (скорочується кількість репродукції клітин)». Як вам? Жорстокість впливає на тривалість життя.


European Journal of Psychotraumatology >
 Volume 13, 2022 - Issue 1

[Submit an article](#)
[Journal homepage](#)

Examining the influence of adversity, family contexts, and a family-based intervention on parent and child telomere length
Examen de la influencia de la adversidad, los contextos familiares y una intervención basada en la familia en la longitud de los telómeros de padres e hijos
考查逆境、家庭背景和基于家庭的干预对父母和儿童端粒长度的影响

Kit K. Elam, Sarah Lindstrom Johnson, Ariana Ruof, Dan T. A. Eisenberg, Peter H. Rej, Irwin Sandier & ...show all
Article: 2088935 | Received 21 Feb 2022, Accepted 07 Jun 2022, Published online: 30 Jun 2022

ABSTRACT

Background: Exposure to adversity, trauma, and negative family environments can prematurely shorten telomeres, the protective caps at the ends of chromosomes. Conversely, some evidence indicates that positive environments and psychosocial interventions can buffer the shortening of telomere length (TL). However, most work has examined individual aspects of the family environment as predictive of TL with little work investigating multiple risk and protective factors. Further, most research has not examined parent TL relative to child TL despite its heritability.

А тепер уявимо, що всі ми живемо в цій неприємній статистиці, яка говорить про людство взагалі:



На превеликий жаль, кількість загиблих і війн тільки збільшується. Індекс інтенсивності війн (за *Путиримом Сорокіним**) із кожним століттям зростає:



* Питирим Сорокін, який емігрував після революції до США, розробив «Індекс інтенсивності війн» для 8 європейських держав за 9 століть (із 1100 по 1925 рр.).

Індекс розраховувався з урахуванням таких даних, як тривалість війн, обсяги застосування збройних сил, кількість убитих і поранених, кількість залучених у війну країн тощо.

Психологічний стан українців (за даними Інституту соціальної та політичної психології НАПН, вересень, 2022):

- Суб'єктивна оцінка психологічного благополуччя українців досить висока - 6,7 балів із 9 можливих;
- Вища в тих, хто залишився вдома або повернувся додому й нижча в тих, хто вимушено виїхав;
- 40% опитаних зазнали загрози власному життю, були безпосередніми свідками таких загроз через перебування в зоні бойових дій, під обстрілами;
- Понад 41% громадян мають родичів чи близьких, які перебували або перебувають у зоні бойових дій, зокрема, 16% втратили когось із близьких;
- В окупації перебували, зазнали безпосередньої загрози насильства або були свідками таких загроз 6% респондентів;

- Кожен двадцятий опитуваний (5%) зазнав гіперкумулятивної травматизації – тобто пережив або став свідком усіх зазначених типів травматичних подій: обстріли, загроза життю близьких, окупація або полон;
- Понад 90% опитаних мали прояви хоча б одного із симптомів посттравматичного стресового розладу, а 57% громадян перебувають у зоні ризику розвитку ПТСР;
- Протягом останнього місяця лише 3% респондентів отримували психологічну допомогу та ще 23% хотіли б звернутися до психолога, але поки що не реалізували цього бажання.

Міністерство охорони здоров'я України:

- Згідно з розрахунками МОЗ, у повоєнний час із психологічними проблемами зіштовхнуться понад 15,7 млн українців;
- 3,5 млн осіб потребуватимуть терапії та супроводу медичних фахівців – лікарів-психіатрів;
- приблизно 800 тис українців потребуватимуть медикаментного супроводу.

Відмінності стресу в ситуації війни від стресу в мирний час:

- Обов'язково включає ураження базових потреб людини;
- Часто поєднується з іншими дистресовими впливами (голод, холод, тривала депривація, вимушені переміщення, розлучення, втрата зв'язків із рідними);
- Більш глобальний;
- Колективний;
- Значно частіше кардинально змінює долі людей;
- Має іншу траєкторію трансформації (наприклад, уникнення дистресового впливу війни породжує еміграцію й нові стреси з влаштування життя в країнах з іншою культурою, законами, мовою, пропозиціями роботи й розумінням, що буде з дітьми);
- Має характер як безпосереднього впливу, так і відтерміновані наслідки;
- При дистресових проявах відтерміновані наслідки можуть бути більш катастрофічними для життя людини, чим близькі за часом переживання;
- Більш провокативний до ступеня амортизаційних можливостей людини від біологічних (генетична схильність до психічних розладів

після психотравми) до епігенетичних і соціальних можливостей (стиль виховання, вихована безпорадність, стоїцизм, психологічна гнучкість та інше;

- Низько прогнозований щодо виходу через часту невідомість дії чинників дистресу («Коли закінчиться війна?»).

Чому стрес/дистресові переживання в умовах війни більш провокативні для здоров'я людини, аніж у мирний час?

- Неочікуваність і до цього часу психологічне відчуття «невіри», що це може бути (війна);
- Відчуття обману та зради щодо багаторічно асоційованого з дружнім та родинно пов'язаним народом (росія), який багато років усвідомлювався як захисник і такий, що позбавив світ від нацизму в Другій світовій війні;
- Величезні та різкі зміни життя одночасно в дуже великій кількості людей;
- Втрати близьких і знайомих торкнулися кожного українця;
- Грубо порушений розпорядок життя – від планів на день до планів на кілька років наперед;
- Немає ніякого досвіду проживання в колективному стресі, надії, що тебе «підхоплять» та допоможуть, – ненадійні та примарні. Етап «думай сам, вирішуй сам, роби сам, і те, що ти зробиш, буде на твоїй совісті та твоїм життям»;
- Втрата роботи та/або її кардинальна зміна (стрес перенавчання, моральний стрес, стрес низьких доходів);
- Значний перерозподіл суттєво зменшених фінансів сім'ї;
- Незрозуміло, як вирішувати проблеми навчання дітей;
- Внутрішній конфлікт самооцінки, життєвих досягнень і того, чим зараз вимушено людина займається;
- Проживання в пресингу інформації під загальною назвою «жах, страх, лютя, ненависть, невідомість, жалість, фатальність, самозвинувачення»;
- Постійне відчуття небезпеки для життя, яке ніяк не може завершитися;
- Невизначеності щодо того, коли закінчиться війна та яким буде її перебіг, що може трапитись із близькими та рідними;
- Велика кількість розірваних зв'язків у сім'ях;
- Далекі переміщення в ситуацію невідомості й розгубленості, ситуація, коли один стрес змінюється на інший і катастрофічна тривога не

зникає, а замінюється на паранояльну або депресивну й астенічну тривогу;

- Постійні гойдалки між «страхом, тривогою» та на деякий час «заспокоєнням і душевним підйомом»;
- Гротескні та жахливі сцени побаченого, прочитаного та почутого. Особливо – щодо вбитих і скалічених дітей і жінок;
- Новий вид «входження» травми – наближення жахливої реальності з входом в індивідуальну свідомість детальними розповідями очевидців, записами перехоплених телефонних розмов, відеозаписами допитів та іншої реальності подій війни;
- Паранояльні відчуття небезпеки в більш-менш безпечних місцях (для тих, хто вимушено переїхали на захід країни чи в Європу);
- Поєднання психічних травм із впливом страждань, голоду, холоду, хвороб;
- Масові (колективні) психотравми одночасно всього населення України (тортури, вбивства, насилля, гвалтування та наруга над людською сутністю в Бучі, Ірпіні, Гостомилі, Маріуполі...).

Військовий стрес

Військовий стрес має безліч різних конфігурацій: від стресового впливу новин про війну по телебаченню, або чуток, що з'являються поступово, до втрати близьких, руйнувань, вимушеного переселення, нестачі харчів, насилля та жорстокості, смерті та зруйнованих доль.

Всі фактори військового стресу мають дещо спільне та призводять до:

- Великих, несподіваних і **неминучих змін у житті**;
- **Втрат** різних типів: втрати життя, безпеки, приналежності, соціального положення та статусу, продовольчої безпеки;
- **Невизначеності** щодо того, що відбувається, де взяти їжу, що може трапитись із близькими, чим можуть закінчитися бойові дії;
- **Непередбачуваності** щодо свого коротко- та довготривалого існування, щодо наступних подій, щодо правил, положень й очікуваної поведінки вороже налаштованих інших;
- **Вплив гротескних сцен смерті та руйнувань** або через особистий досвід, або через засоби масової інформації. Вплив страждань, голоду, холоду.

Люди не реагують на стрес пасивно – вони негайно починають чинити опір, пристосовуються й отримують той ступінь контролю, над військовими подіями та наслідками, який можливий. Матері заспокоюють немовлят і задобрюють дітей, люди відразу намагаються отримати інформацію (про джерела їжі, безпеки, шляхи порятунку), а рятувальники швидко гасять пожежі та відвозять постраждалих до лікувальних закладів;

- Все це відбувається без наказу, спонтанно й завжди: в **природі людини бути стійкою та впоратися**. Де б ви не були й що б із вами не трапилося, у вас негайно виникне реакція, яка, найчастіше, допоможе вам і вашому оточенню. **Стійкість і вміння впоратися з труднощами закладені в наших генах;**
- Однак фактори стресу через війну можуть призвести до непереборних втрат і проблем, люди можуть запанікувати, втратити орієнтацію в часі та просторі, піддатися сильним емоціям або бути паралізованими страхом. Таким чином, **хоча в кожному з нас є насіння стійкості, це насіння іноді потрібно вирощувати, активувати, захищати та підтримувати діями, рішеннями та надією;**
- Мета таких зусиль — **«збільшити дистанцію між стресом та дистресом»**. Іншими словами, такі зусилля повинні допомогти нам мінімізувати вплив факторів воєнного стресу на нашу поведінку й оптимізувати виживання.

Військові неврози в історичному аспекті

Дослідники «військових неврозів»: втрата розуму й почуттів, психічних наслідків «снарядного шоку», психосоматичних розладів унаслідок війни (Еміль Крепелін, 1916; А.Маєрс, 1920; Абрахам Кардінер, 1941) дійшли загального висновку про відтерміновані психогенні реакції на психотравму війни: мозок після завершення психотравмуючих подій часто починає «карати» себе стражданнями. Ось такий парадокс.

Альфред Ленгле (Alfried Längle)

«Психотравма війни сильна тим, що збурює жах руйнації базового сприйняття людиною життя. Травми нерозривно поєднані з побутом і суттю життя.

Водночас травма має потужний потенціал народження екзистенціальної та особистісної суті життя людини».

Стрес → Когніції (усвідомлення) → Емоції (страждання) → Соматизація (ФКШЗ) → Поведінка/Копінг → Особистість → Стресовразливість

Розлади після стресової події дуже й дуже різноманітні (МКХ-10):

- F43. Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації;
- F43.0. Гостра реакція на стрес;
- F43.1. Посттравматичний стресовий розлад;
- F43.2. Розлад пристосувальних реакцій;
- F43.8. Інші реакції на тяжкий стрес;
- F43.9. Реакція на тяжкий стрес неуточнена;
- F43.0. Гостра реакція на стрес;
- F43.00. Легка реакція на стрес;
- F43.01. Помірна реакція на стрес;
- F43.02. Тяжка реакція на стрес;
- F43.2. Розлад пристосувальних реакцій;
- F43.20. Короточасна депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації;
- F43.21. Пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації;
- F43.22. Змішана тривожна й депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації;
- F43.23. Розлад адаптації з переважанням порушення інших емоцій;
- F43.24. Розлад адаптації з переважанням порушення поведінки;
- F43.25. Змішаний розлад емоцій і поведінки, обумовлений розладом адаптації;
- F43.28. Інші специфічні переважні симптоми, обумовлені розладом адаптації;
- F43.8. Інші реакції на тяжкий стрес;
- F43.9. Реакція на тяжкий стрес неуточнена.

Відмінності стресу в ситуації війни від стресу в мирний час:

- Обов'язково включає ураження базових потреб людини;
- Часто поєднується з іншими дистресовими впливами (голод, холод, тривала депривація, вимушені переміщення, розлучення, втрата зав'язків із рідними);
- Більш глобальний;
- Колективний;

- Значно частіше кардинально змінює долі людей;
- Має іншу траєкторію трансформації (наприклад, уникнення дистресового впливу війни породжує еміграцію й нові стреси щодо влаштування життя в країнах з іншою культурою, законами, мовою, пропозицій роботи й розуміння, що буде з дітьми);
- Має характер як безпосереднього впливу, так і відтермінові наслідки;
- При дистресових проявах відтерміновані наслідки можуть бути більш катастрофічними для життя людини чим близькі за часом переживання;
- Більш провокативний до ступеня амортизаційних можливостей людини від біологічних (генетична схильність до психічних розладів після психотравми) до епігенетичних та соціальних можливостей (стиль виховання, вихована безпорадність, стоїцизм, психологічна гнучкість та інше);
- Низько прогнозований щодо виходу через часту невідомість щодо дії чинників дистресу («Коли закінчиться війна?»).

Пам'ять, стрес, тривога

Фізіологічна пам'ять:

- Запам'ятовування органічне за потребою⁴
- Зберігання;
- Відтворення за потребою;
- Забування фізіологічне (за законом Рібо).

Органічна, адаптивна, функціональна

VS

Травматична пам'ять:

- Миттєве запам'ятовування або витіснення;
- Тривале утримання;
- Настирливе та приховане відтворення;
- Відтерміноване забування.

Дезорганічна, дезадаптивна, порушуюча функціональність

Жуска – як фактор ризику

Це – складний і багатошаровий негативний емоційний стан, який характеризується тим що:

- Подразник, фактор, який викликав образу, гнів, злість, уже відсутній;
- Глибоке відчуття несправедливості того, що відбулося;
- Злість на невчасну відреагованість;
- Відчуття безпорадності та регресивна поведінка;
- Постійний внутрішній монолог із тим, хто образив;
- Малювання картин, як поступив би з кривдником;
- Настирливість цих спогадів, інтрузії;
- Псевдоефективність власних фантазій у діалозі, якого вже не буде.

Нейровізуалізація реакції на травму

НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЯ РЕАКЦІЇ НА ТРАВМУ

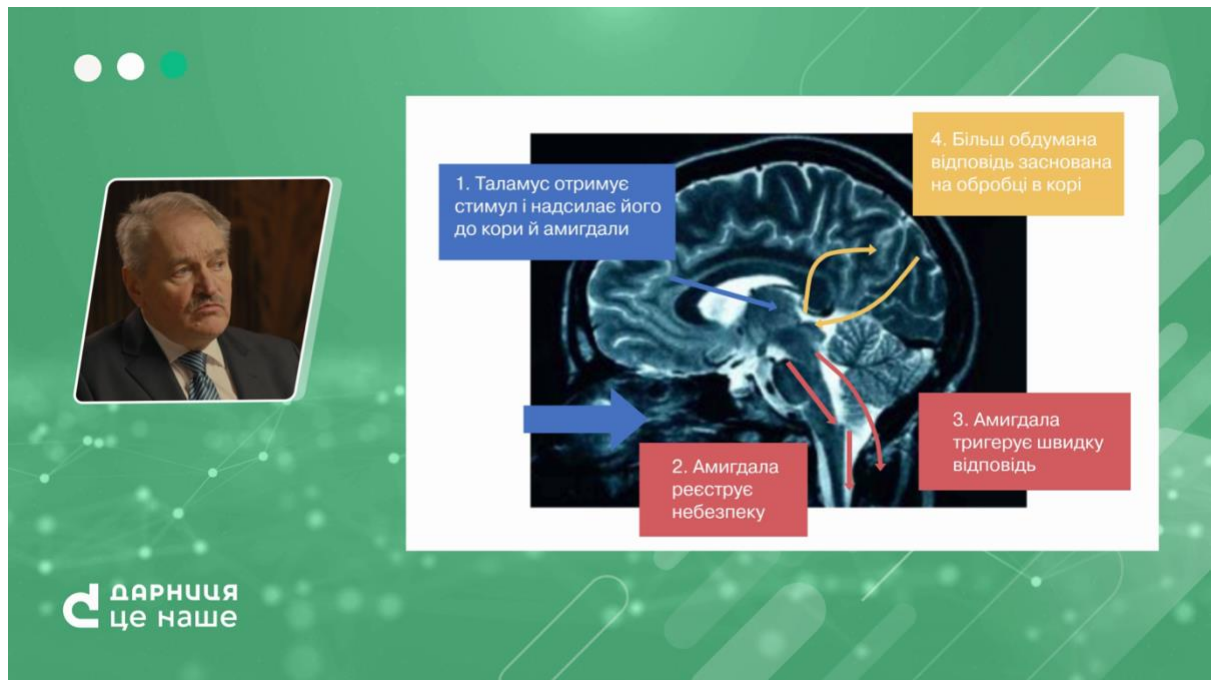
ПРЕФРОНТАЛЬНА КОРА

ОПТИМАЛЬНА НАПРУЖЕНА

ДАРНИЦЯ це наше

ДАРНИЦЯ це наше

Frankova I. Життя на межі: стрес, травма та психопатологія: Огляд матеріалів 29-го конгресу Європейської колегії нейропсихофармакології. РМГР [інтернет]. 27, Січень 2017 [цит. за 09, Квітень 2022]. 2(1):e020115. доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/15>



Частини мозку, що відповідають за страх = таламус, мигдалина, гіпоталамус, які потім індукують реакцію ендокринних залоз і вегетативної нервової системи. Реакція тривоги/страху (рожевий) «борись або біжи» у порівнянні з виваженою відповіддю (жовтий) «відчувати тривогу/страх і реагувати обдуманно» (із включенням кори).

Стрес, депресія, BDNF

Нейротрофін BDNF відіграє важливу роль у процесах синаптичної пластичності, виживання нейронів та, очевидно, організації стресорної відповіді організму. Вивчали динаміку його експресії в областях гіпокампу та неокортексу щурів після виявлення патогенного стресу в моделі ендогенної депресії та моделі посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також – після застосування гіпоксичного прекодиціонування, що запобігає формуванню тривожно-депресивних патологій. Імуногістохімічним методом встановлено, що розвиток експериментальних тривожно депресивних станів супроводжувався значним і стійким зниженням вмісту фактора BDNF у нейронах гіпокампу та неокортексу.

Мозок пацієнта з неопрацьованою та некомпенсованою ТП починає спрощувати оцінку інформації через «закриття» каналів сприймання та активації гарячої когніції («не чує», «не хоче бачити», «не хоче розуміти») І цим різко обмежує матеріал для когнітивного опрацювання.

Відбувається звуження когнітивного апарату у вигляді варіантів когнітивного дисонансу, когнітивного упередження, ефекту хронологічної петлі, деструктивних дій.

ТП – це такі собі гойдалки між прецентральною звивиною, потиличною ділянкою й амігдалою з гіпокампом з однією метою: вирішити, чи потрібно подію запам'ятати на все життя, чи забути впродовж півроку?

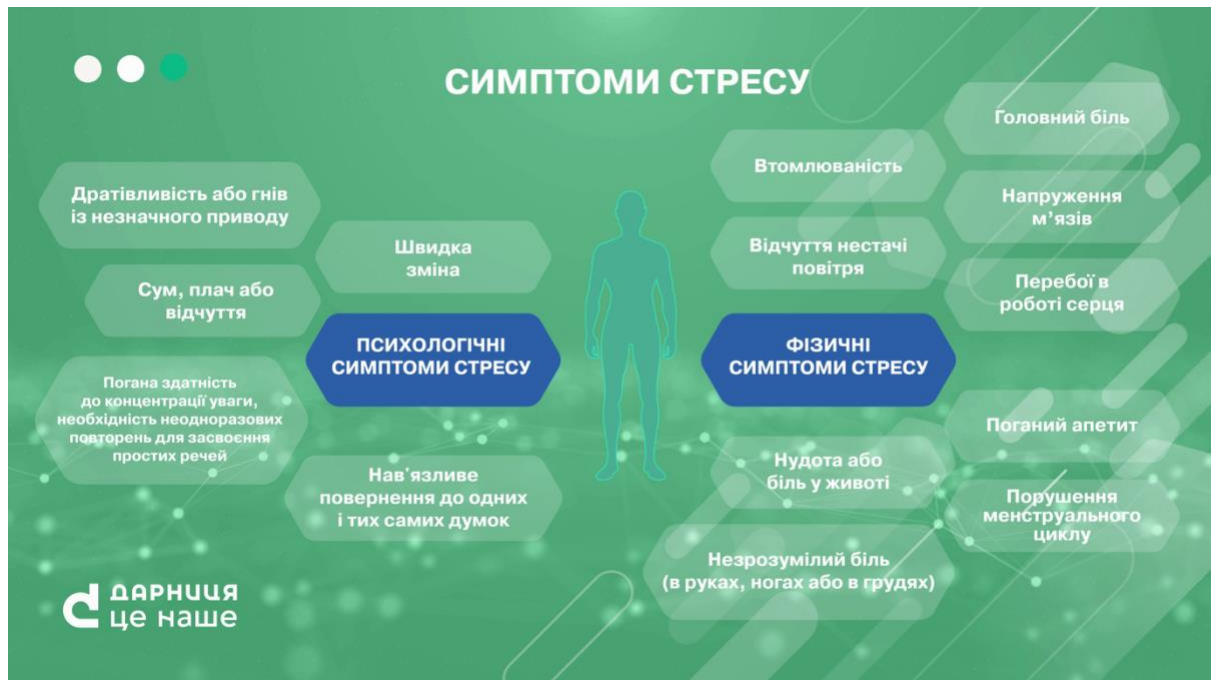
Еустрес – це не фатально

Вчені з Університету Вісконсіна протягом восьми років досліджували вплив стресу на здоров'я 30 тисяч американців. І виявили закономірність. В учасників, які переживали сильний стрес і при цьому були впевнені, що це – небезпечно для їхнього здоров'я, ризик смерті зростав на 43%. А ті, хто так само сильно стресував, але не вбачав у цьому серйозної шкоди, переносили напругу легше. Для них ризик смерті був навіть нижчим, ніж у тих, хто переживав лише відносно невеликий стрес.

Люди по-різному реагують на один і той же стрес. Чому?

Має вплив:

- Вік;
- Стать;
- Життєвий досвід (навики переборювання життєвих проблем);
- Тип нервової системи, акцентуації;
- Наявність виснажливих хронічних хвороб (соматичних та/чи психічних);
- Стиль виховання (виховувалися в «стоїцизмі» чи у «вихованій безпорадності»), невміння вирішувати фрустраційні чи стресові ситуації;
- Для людини характерна «психологічна стійкість» чи «психологічна гнучкість»?
- Додаткові провокативні фактори: голод, холод, неможливість нормально спати, фізичні обмеження, в т.ч. пересування.



Незвичні прояви хронічного стресу:

- Постійні переїдання;
- Передчасна сивина та/або раннє облісіння;
- Підвищена чутливість до болю;
- Загострення нюху та печія в очах;
- Низька фертильність (обидві статті);
- Напади жару, навіть у прохолодну погоду;
- Частий сечопуск, здуття живота;
- Проблеми зі шкірою, лейконіхія (білі плями та смужки на нігтях);
- Часті соматичні хвороби (в т.ч. інфекційні);
- Зміна місця роботи, синдром професійного вигорання;
- Алкоголізація, чи зловживання ПАР;
- Втрата задоволення від життя, «синдром дня бабака».

Основні емоції стресових та постстресових проявів:

- Страх, відчуття жаху;
- Тривога;
- Емоційна пам'ять;
- Емоційна збудливість, лабільність;
- Депресія, відчуття душевної пустки;
- Гнів, злість;
- Самотність, меланхолія;

- Спустошеність;
- Сором.

Вони ж стають основою психосоматичних розладів і впливають на ефект від лікування основного соматичного захворювання.

95% наших емоцій мають тілесну проєкцію та тілесну пам'ять.

Депресивні розлади поруч із постстресовими тривожно-фобічними найбільш ймовірно стануть лідерами в повоєнний час.

Як змінюється прояви депресивного розладу у воєнний та повоєнні часи?

- Зростає кількість коморбідних з іншими соматичними розладами, в основному серцево-судинними захворюваннями;
- У клініку депресивного розладу значно частіше включена інша афективна патологія (тривога, фобії, obsесії та ін.);
- У повоєнний час очікуємо ріст депресивного розладу в рамках динаміки постстресових розладів і частково за рахунок хронізації нелікованого ПТСР;
- Висока ймовірність зростання кількості алгічних варіантів соматизованої (ларвованої) депресії;
- Високі кореляції депресивного розладу через порушений сон.

МКХ-11: «Розлади, пов'язані з тривогою або страхом»:

- 6B00 Генералізований тривожний розлад;
- 6B91 Панічний розлад;
- 6B02 Агорафобія;
- 6B03 Специфічна фобія;
- 6B04 Соціальний тривожний розлад;
- 6B05 Тривожний розлад розлуки;
- 6B06 Вибірковий мутизм;
- 6B0Y Інші уточнені тривожні або пов'язані зі страхом розлади.

Тривога - негативний емоційний стан, що виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки й виявляється в очікуванні негативного розвитку подій. Сенс тривоги як психологічного феномена полягає в позначенні небезпеки та

попередження про можливе заподіяння шкоди, болю, наявності загрози, яку ще можна уникнути. Рівень тривоги визначається індивідуальними психічними особливостями людини більше чим об'єктивною ситуацією.

РІЗНИЦЯ МІЖ ФЕНОМЕНОМ ТРИВОГИ ТА СТРАХУ



ОЗНАКА	ТРИВОГА	СТРАХ
Ставлення до небезпеки	Сигнал небезпеки	Відповідь на небезпеку
Часові особливості	Виникає до настання небезпеки	Виникає під час настання небезпеки
Дія на психіку	Збудливе	Гальмує
Характер стимулів, що викликають емоцію	Невизначений, абстрактний характер	Певний, конкретний характер
Напрямок у часі	Проектовано в майбутнє	Джерелом є минулий досвід, що травмує
Локалізація в корі	Ліва півкуля	Права півкуля
Форма реагування	Соціально-обумовлена	Інстинктивно-обумовлена

ДАРНИЦЯ
це наше

Наявність постійної тривоги та порушення сну протягом життя підвищує ймовірність:

- хвороб серця (в том числі ІХС) – у 5,9 разів;
- шлунково-кишківного тракту – у 3,1 разів;
- хвороб органів дихання та мігрені – у 2,1 разів;
- артеріальної гіпертензії, інфекцій та шкірних хвороб – у 1,7 разів;
- хвороб суглобів – у 1,6 разів;
- нирок – у 1,5 разів;
- обміну речовин – у 1,25 разів;
- алергічних захворювань – у 1,2 разів.

Схема діагностики невротичних розладів у відповідності до МКХ-10



Тривожний розлад:

6 із 18:

- Рухове збудження:
 1. Тремтіння, посмикування або відчуття внутрішнього тремтіння;
 2. М'язове напруження або міалгії;
 3. Неможливість розслабитись;
 4. Швидка втомлюваність.
- Вегетативна гіперактивність:
 5. Прискорене дихання або відчуття задухи;
 6. Посилене серцебиття або тахікардія;
 7. Пітливість або холодні на дотик руки;
 8. Сухість у роті;
 9. Запаморочення або млість;
 10. Нудота, діарея або інші абдомінальні розлади;
 11. Почервоніння (приплив жару до обличчя) або озноб;
 12. Частіше сечовиділення;
 13. Утруднене ковтання або відчуття «кому в горлі».
- Напружене передчуття очікування:
 14. Відчуття збудженості або перебування «на вістрі леза»;
 15. Лякливість;
 16. Неможливість зосередитися, «порожнеча в голові» через тривогу;

17. Труднощі, пов'язані із засинанням і сном;
18. Підвищена дратівливість.

Тривога та інсомнія як передхвороба

Фізіологічні ознаки;

- Безсоння або пересипання;
- Постійна втома, швидка стомлюваність або зайва активність чи надлишок енергії;
- Зміна апетиту, недоїдання чи переїдання;
- Проблеми з травленням, шлунком, кишківником;
- Фізичні болі – головні, серцеві, в області попереку, м'язові;
- Підвищені або знижені сексуальні потреби;
- Рухова загальмованість або різке збільшення рухової активності.

Емоційно-когнітивні ознаки:

- Знижений (пригнічений) або підвищений настрій;
- Відчуття тривоги й необґрунтована тривожність;
- Дратівливість або прояви злості на себе або навколишніх людей;
- Повторювані негативні думки про себе, про оточення, про майбутнє;
- Знижена концентрація й увага;
- Апатія, неухважність.

Соціальні ознаки:

- Відсутність бажання спілкуватися з людьми, труднощі з функціонуванням у колективі;
- Надмірна соціальна активність у реальному житті або в соціальних мережах;
- Труднощі в комунікації з людьми;
- Зловживання алкоголем, наркотиками, ліками;
- Проблеми в навчанні або на роботі при виконанні завдань;
- Відсутність життєвих інтересів, мотивації.

Два тижні – це критичний термін, після якого вже не вийде «взяти себе в руки», розслабитись або «забити» на проблеми.

Поруч із цими симптомами погіршення психічного здоров'я слід також оцінювати важливі додаткові чинники ризику:

- Родинна історія;
- Генетична схильність;
- Незбалансований гормональний фон;
- Стійкість психіки до стресу;
- Особливості характеру й виховання;
- Травматичні події в минулому.

Замисліться про надмірну тривогу в пацієнта, якщо:

- Стурбованість і переживання викликають у нього фізичний дискомфорт і навіть біль;
- Періодична тривога проявляється як паніка;
- Розум і мислення працюють пришвидшено;
- Він постійно аналізує власну поведінку та має сумнів щодо власних дій;
- Він повсякчас про щось турбується та переживає;
- У пацієнта поганий сон (часті прокидання та «походи» в туалет. Потім тривалий час не може заснути);
- Думки про погане майбутнє;
- Часто розгубленість і важкість у прийнятті будь-якого рішення;
- Відпочинок, хобі, переключення не ефективні;
- Важко згадати про що читав чи який фільм дивився;
- Відчуття провини, що його проблеми стали тягарем для сім'ї;
- Будь-які реальні проблеми з близькими сприймаються як катастрофа;
- Підвищене відчуття втоми та виснаження;
- Сумніви у всіх й у всьому;
- Відчуття, що його не можуть зрозуміти, зокрема, лікарі;
- Постійно приймає якісь заспокійливі препарати;
- Шукає додаткові методи обстеження, схильний міняти лікарів, шукати інших спеціалістів;
- При досягненні терапевтичного ефекту все одно ставить питання щодо додаткового лікування чи санаторно-курортного лікування;
- Різко кинув шкідливі звички.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти вашому лікарю зрозуміти, як ви себе почуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, що ви вибрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки ваша перша реакція буде завжди найіррішою.

Т. Я відчуваю напруженість, мені не по собі. 3 О Увесь час 2 О Часто 1 О Час від часу, іноді 0 О Зовсім не відчуваю	Д. Мені здається, що я став робити все дуже повільно. 3 О Практично весь час 2 О Часто 1 О Іноді 0 О Зовсім ні
Д. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття. 3 О Це так 2 О Напевно, це так 1 О В дуже малій мірі це так 0 О Це зовсім не так	Т. Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння. 3 О Зовсім не відчуваю 2 О Іноді 1 О Часто 0 О Дуже часто
Т. Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись. 3 О Це так, та страх дуже сильний 2 О Да, це так, але страх не дуже сильний 1 О Іноді, але це мене не турбує 0 О Зовсім не відчуваю	Д. Я не сліdkую за своєю зовнішністю. 3 О Це так 2 О Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно 1 О Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги 0 О Я сліdkую за собою так, як і раніше
Д. Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне. 3 О Це так 2 О Напевно, це так 1 О В дуже малій мірі це так 0 О Це зовсім не так	Т. Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись. 3 О Це так 2 О Напевно, це так 1 О В деякій мірі це так 0 О Зовсім не відчуваю
Т. Метушливі думки крутяться у мене в голові. 3 О Постійно 2 О Більшу частину часу 1 О Час від часу, і це не так часто 0 О Тільки іноді	Д. Я вважаю, що мої справи (заняття, хобі) можуть принести мені відчуття задоволення. 3 О Точно так, як і звичайно 2 О Так, але не в тій мірі, як раніше 1 О Значно менше, ніж звичайно 0 О Зовсім так не вважаю
Д. Я відчуваю бадьорість. 3 О Зовсім не відчуваю 2 О Дуже рідко 1 О Іноді 0 О Практично весь час	Т. У мене буває раптові відчуття паніки. 3 О Дуже часто 2 О Досить часто 1 О Не так і часто 0 О Зовсім не буває
Т. Я можу легко сісти та розслабитись. 3 О Це так 2 О Напевно, це так 1 О Зрідка це так 0 О Зовсім не можу	Д. Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми. 3 О Часто 2 О Іноді 1 О Зрідка 0 О Дуже рідко

Бали підраховуються окремо за шкалою тривоги (Т) і депресії (Д). Критеріями оцінки даних за HADS є: 0–7 балів — норма; 8–10 балів — субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище — клінічно виражена тривога/депресія.

Який «психіатричний» діагноз мають/не мають право ставити своїм пацієнтам лікарі-інтерністи?

Мають право виставляти такі діагнози:

- **Синдром** чи синдромокомплекс (наприклад: депресивний с-м; тривожний с-м; тривожно – депресивний с-м; Тривожно-іпохондричний с-м...);
- **Феномен** (наприклад: стійке безсоння; емоційна лабільність; тривожність; знижений настрій...);
- **Діагноз із знаком запитання** (наприклад: Депресивний розлад? Тривожний розлад? Фобічний розлад?...);
- Шифрувати емоційні проблеми пацієнта **лише** шифром **R 45** (МКХ 10) (симптоми та ознаки виявлені, але не відносяться до ін. рубрик, «**Нервозність**»).

Законом про психіатрію **заборонено не лікарям-психіатрам** виставляти психіатричні діагнози (кластер **F** (МКХ 10) (наприклад: депресивний **розлад**; тривожно-депресивний **розлад**; тривожно-панічний **розлад**...).

Тактика терапії

Завжди комплексна та не послідовна, а паралельна:

- Біологічна (медикаментозна та фізикальна);
- Психотерапевтична;
- Сімейно-кореляційна;
- Психологічно супроводжувальна;
- Зміна способу життя (психогігієна).

Стратегія лікування змінилася: від біологічно орієнтованої моделі поведінки під впливом медикаментів на тваринах – до розуміння нейронних мереж людини та їхніх соціальних впливів:

- Медикаменти – підкріковий вплив і контроль поведінки;
- Психотерапія – нейронні мережі кори.

Психотерапія пацієнта з тривожним розладом повинна проводитися на всіх рівнях медичної допомоги:

- Лікар-інтерніст (без додаткової підготовки), психолог: втручання низької інтенсивності (малодиференціальні);
- Психіатр, психотерапевт, медичний психолог (сертифіковані фахівці): втручання високої інтенсивності, згідно з протоколами й алгоритмами психотехнік.

Лікарі будь-яких спеціальностей повинні мати знання в психіатрії на рівні:

- Запідозрити наявність психічного розладу;
- Встановити синдромальний діагноз;
- Встановити діагноз психологічного розладу;
- Направити на консультацію до лікаря-психіатра;
- Проводити терапію, реабілітацію тяжких розладів разом із лікарем-психіатром;
- Проводити терапію легких/помірних розладів самостійно в межах клінічних настанов й уніфікованих протоколів.

Потенційно корисні втручання:

- Дозована фізична активність, гігієна сну, тілесна терапія (масаж, акупунктура та акупресура, м'язова релаксація, нейрогенне тремтіння);

- Біологічно зворотній зв'язок, медитація, йога (ці втручання змінюють самоусвідомлення пацієнта як «нехворого», покращують відповідальне ставлення до свого здоров'я);
 - Психотерапія:
 - КРТ індивідуальна та групова (тривалий час);
 - Основна увага на зменшення зв'язку проявів хвороби зі стресом;
 - Підтримуюча психотерапія первинної медичної допомоги;
 - Залучення родини до лікування;
 - Медикаменти (+/-).

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги:

<https://neuronews.com.ua/ua/archive/2016/3%2877%29/article-1676/reakciya-na-vazhkiy-stres-ta-rozradi-adaptaciyi-posttravmatichniy-stresoviy-rozlad#gsc.tab=0>

Керівництво minGAP (WHO, 2010). Офіційна позиція ВООЗ щодо рекомендацій принципів лікування та ведення пацієнтів із різними психічними та неврологічними розладами:

- Розділ РСС 1. Стани, пов'язані виключно зі стресом;
- Розділ РСС 2. Оцінка симптомів стресу, пов'язаного з травмуючою дією;
- Розділ РСС 3. Детальна інформація про надання допомоги:

3.1 Перша психологічна допомога (WTF, WVI «Перша психологічна допомога для працівників на місцях» (WHO, Женева, 2011));

3.2 Вплив на психосоціальні фактори, що викликають у людини стрес зараз;

3.3 Управління стресом;

3.4 Підвищення ефективності діючих способів, що допомагають впоратися із ситуацією, та закріплення соціальної підтримки.

Алгоритм дій:

- Розпитайте про психосоціальні фактори, які викликають стрес;
- Використовуйте методики вирішення проблем;

- Долучайте місцеві служби;
- Дихальні вправи;
- Послідовне розслаблення м'язів
- Акцент на сильні сторони та можливості людини;
- Що доброго відбувається в його житті?
- Як раніше вирішував проблеми?
- Хто з людей раніше допоміг?
- Заохочення до повернення до соціуму;
- Акцент на проблемах вживання алкоголю.

3.5.1 Безсоння як прояв гострого стресового розладу (підрозділ РСС 3.1-3.4):

- Виключити можливі причини безсоння (наприклад, галас, світло);
- З'ясуйте причини безсоння;
- Дайте рекомендації щодо гігієни сну;
- Виключіть психостимулятори (чай, кава);
- Якщо неефективні перераховані методи, лише тоді BZD (гідазепам, реланіум, седуксен, діазепам...) вумінімальних дозах і лише на 3-7 днів.

NICE: стандарт якості QS53 (лютий 2014)

Новий NICE – стандарт якості, спрямований на поліпшення лікування тривожних розладів.

На основі фактичних даних психологічні втручання як ефективні методи терапії тривожних розладів повинні бути запропоновані як перша лінія лікування і як така, що переважає фармакотерапію.

Заходи низької інтенсивності, до яких входять самопомога та психологічні методи лікування високої інтенсивності.

Місце медикаментів у корекції тривоги, напруження та порушеного сну:

- Дізнайтеся, наскільки пацієнти довіряє й орієнтований щодо права вибору (реалізація віри) між психотерапією та біологічною корекцією;
- Що для нього означає поняття «біологічно активні речовини» (це, здебільшого, такий контингент: діти, вагітні, особи похилого віку, з хронічними хворобами, які потребують постійного лікування, люди з загостреним аналізом стану свого здоров'я);
- Уточніть знання пацієнта щодо розуміння дії препаратів;

- З'ясуйте такі питання. як ціна, доступність, можливість безперервного лікування;
- Запитайте, чи буде він активно дотримуватися правил і режиму лікування (терапевтичний альянс).

Медикаменти

У комплексі медикаментозного лікування використовують, залежно від захворювання, препарати таких груп:

- Антидепресанти (перша лінія);
- Протитривожні засоби (адаптогени та, за потреби, коротким курсом транквілізатори);
- Стабілізатори настрою (деякі антиконвульсанти);
- Нейролептики – за необхідністю.

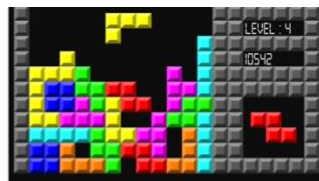
Доказово ефективна психотерапія, яку може рекомендувати лікар



<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0956797615583071>



<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005797615300446?via%3Dihub>



<https://www.youtube.com/watch?v=Ol8uO1LBxY>

Особливо ефективно в перші 6 годин після травми:

1. Спогад про травму або її символ без згадування логіки подій (спонтанно заданий спогад);
2. Коротка інструкція (до 10 хвилин) про психологічну роботу з грою. Врахувати, за потреби, похилий вік особи;
3. Гра впродовж 20 хвилин.

Що потрібно зробити в найближчий час після травми, щоб не сформувати потім психічну хворобу?

Потрібно забути пережите. Як це зробити?:

- Якомога скоріше переміститися туди, де немає того, що нагадує про перенесене;
- Якщо ви не зовсім добре пригадуєте, що відбулося, то й не намагайтесь відновити пам'ять (не розпитуйте, не уточняйте, проженіть психологів, які розпитують про деталі пережитого);
- Поменше розповідайте про те, що було, особливо у передсонний час;
- Не поновлюйте свою пам'ять фотографіями та розповідями з інтернету;
- Максимально відновіть сон (потрібні тиша, темрява, спокій, не наїдатися на ніч та не дивитися ніяких новин);
- Корируйте страшні сновидіння спеціальними вузько спрямованими психотехніками;
- Доведена ефективність при страшних сновидіннях медикаменту «Пропранололу» (Inderal) з врахуванням ризиків. Близький до нього за механізмом «Тразадон». Але в жодному випадку не використовуйте бензодіазепіни;
- Зайнятість і відповідальність за когось чи/та за щось протягом дня;
- Навчіться психотехніці «Стоп, думки!»;
- Змістіть харчування в сторону L-триптофану та серотоніну, додайте мелатонін та вітаміни групи B;
- Створюйте нові спогади зараз, тим самим «витісняючи» минулі, але пам'ятайте, що нові спогади повинні бути не менш глибокі та значимі;
- Катарсис має «дві сторони медалі»: якщо для вас релігія значима, ви – віруючий, то зверніться до вищих сил, відпустіть спогад, завершіть прощання молитвою, свічкою, розмовою із священником. Але якщо ви – невіруючий, то не ятріть душу формальними походами до церкви та спогадами, для чого ви туди прийшли.

На моєму YouTube-каналі є серія відео «Психотерапія за 3 хвилини». От, наприклад, «Терапія витіснення образів». Зайдіть, там – короткі ролики, і ви точно знайдете техніки, як працювати, наприклад, із кошмарними сновидіннями: <http://surl.li/btpbl>

Інші методи за рамками доказовості, але такі, що використовуються

Імагінальна терапія

Арт-терапія (лат. «ars» — мистецтво, грецьк. «therapeia» — лікування) – це вид терапії, яка використовує мистецтво як терапевтичний засіб. Це – зцілення за допомогою будь-якої художньої творчості. Спершу під терміном

«арт-терапія» розуміли використання мистецтв візуального ряду: це – всі види малюнку (власне малюнок, живопис, графіка, монотипія, відоме малювання та ін.); мозаїка й колажі; робота з гримом і боді-арт (як вид живопису «на тілі» або «на обличчі»); інсталяція; всі види ліплення; художнє фотографування та ще величезна кількість видів художньої творчості. Зараз до шкіл і напрямів арт-терапії приєднують такі креативні терапії, як музикотерапія, танцювальна терапія, етнотерапія, драматерапія, бібліотерапія, казкотерапія.

Психологічний дебрифінг

Дебрифінг стресу критичних інцидентів / кризовий дебрифінг проводиться на груповій основі, його також можна проводити індивідуально. Він значною мірою спирається на процеси реконструкції травматичної події, обговорення почуттів і переживань і нормалізації психологічного стану, до нього входить структурований освітній компонент.

Має свої протипоказання та не рекомендується там, де може вплинути на формування довготривалої травматичної пам'яті.

Коротка психодинамічна психотерапія

Коротка психодинамічна терапія фокусується на емоційних конфліктах, спричинених конкретною травматичною подією. Пацієнту рекомендується озвучувати свій досвід і перевіряти значення, які події та навколишні обставини впливають на них. Через цей переказ терапевт допомагає людині інтегрувати події та встановити сенс мети і сенс у житті.

Групова терапія

Групова терапія, звичайно, не є втручанням як таким, а швидше, засобом проведення втручання. Групова терапія ПТСР включає підтримку, психодинамічний і когнітивно-поведінковий підхід (зокрема, експонування, обробки когнітивної терапії (СРТ), вирішення проблем та інше). Серед її загальних рис: порівняно однорідна група членства, надання взаємної підтримки, визнання та підтвердження травматичного досвіду та нормалізація травматичної відповіді. Присутність інших людей із подібним досвідом зможе допомогти подолати переконання, що терапевт не може бути корисним, тому що він або вона не зазнав/ла конкретної травми. Група

також використовують для просування неупередженості підходу до поведінки, необхідної для виживання під час травматичної події.

Гіпноз

Це – лікувальне застосування гіпнозу для різних проблем психічного здоров'я. Гіпноз досягається через процес індукції та може бути прирівняний до однієї з форм дисоціації. Гіпнотичний стан характеризується підвищеною сугестивністю та ментальною концентрацією, дозволяючи терапевту робити навіювання, що допомагають особистості краще контролювати їх зовнішні прояви. Важливо визнати, що гіпноз – це не втручання саме собою; швидше, він – індукція стану розслаблення та сприйнятливості, що (нібито) дозволяє легше реалізувати втручання.

Таким чином, гіпноз при ПТСР може бути використаний як попередник деяких втручань, зокрема візуалізації, методів управління стресом, зміцнення розмови із самим собою та експозиції.

Повторення образів

Терапія повторенням образів – це когнітивно-поведінковий підхід для лікування хронічних жахів, пов'язаних із травмою. Вона спрямована на нівелювання страшних снів. Терапія повторенням образів змушує особу згадати сон, а потім – змінити образи сновидіння таким чином, щоб нова версія не засмучувала, і це підвищує їхню самооцінку або контроль. Потім пацієнт повторює змінені образи в своїй уяві, особливо перед сном.

Інтерапія

Інтерапія – це широкий термін, який застосовується до низки інтернет-опосередкованих методів терапії. Хоча деякі веб-втручання працюють як підходи чисто самодопомоги без участі терапевта, у більшості випадків існує деякий обмежений контакт між терапевтом і пацієнтом із ПТСР за допомогою комп'ютера. Цей підхід може виявитися особливо корисним для людей, які живуть у віддалених районах, для тих, у кого фізично обмежена рухливість, або для тих, котрі не бажають шукати терапії особисто, обличчям до обличчя, через тривогу або страх стигматизації. На веб-основі для лікування ПТСР, зазвичай, терапія включає психологічну освіту, симптом управління, експозиції та когнітивної переоцінки. Всі вони

пов'язані структурованими письмовими завданнями, які можуть бути представлені терапевту для зворотного зв'язку.

Міжособистісна терапія

Міжособистісна терапія – це обмежена за часом терапія, яка спочатку була розроблена для лікування депресії. Міжособистісні відносини важливі для формування та ведення роботи з психологічними проблемами через сильний взаємозв'язок між симптомами та соціальним середовищем, тобто взаємодія з іншими людьми впливає на психологічне благополуччя та навпаки. Метод фокусується на виявленні конкретних проблем і типів особистих відносин і на формуванні навичок для поліпшення міжособистісного функціонування та збільшення соціальної підтримки. Вона може включати розгляд смутку з приводу нездійснених відносин, різні очікування у відносинах, зміни ролей у відносинах і поліпшення соціальних навичок.

Терапія на основі пам'яті

Терапія на основі уважності вважається частиною «третьої хвилі» когнітивної та поведінкової психотерапії. До неї входять прийняття та прихильність терапії, усвідомлення когнітивно-поведінкової терапії й усвідомлена медитація. Хоча вона відносно нова для західних підходів, але має довгу історію практики в східних філософіях (наприклад, це – буддизм, даосизм, йога). Уважність у цьому методі можна визначити як приділення уваги певним чином меті, теперішньому моменті й неосудливості пацієнта.

Наративна експозиційна терапія

Наративна експозиційна терапія – це стандартизоване короткострокове втручання, адаптоване з терапії свідчень (традиційно використовується в роботі з жертвами тортур та цивільними жертвами війни), а також – із основних підходів експозиції. Спочатку вона була розроблена як лікування тих, хто вижив, і для документування порушення прав людини. Проводиться у вигляді керованої розповіді про своє життя від раннього дитинства до моменту травми з акцентом на деталях травмуючої події та аналізі відповідних думок та емоцій. Передбачається, що методика працює в двох напрямках: сприяння звикання до травмуючих спогадів через експозиції та реконструкції індивідуальної автобіографічної пам'яті.

Стрес-менеджмент

Термін «стрес-менеджмент» використовується, щоб охопити широке коло нетравмофокусованих когнітивних, поведінкових і фізіологічних методів, спрямованих на зниження проявів збудження та зміну особливостей способу життя, які впливають на рівень стресу або тривожності індивіда. Застосування стрес-менеджменту при ПТСР спрямоване на зниження рівня симптомів збудження, а також – на вплив симптомів тривожності й уникнення на спосіб життя особистості. Основні компоненти стрес-менеджменту, що використовуються при ПТСР можуть включати: а) фізичні стратегії, такі як релаксаційний тренінг, контрольоване дихання (на противагу гіпервентиляції), аеробні вправи, гігієну сну й харчування; б) когнітивні стратегії, такі як самостійні алгоритми дій (допінг-стратегії) для опанування при зіткненні зі страхами або ситуаціями уникнення, техніки відволікання уваги та зупинки думок; і С) поведінкові стратегії, такі як структурування повсякденного життя, збільшуючи кількість занять, що приносять задоволення, та використання соціальної підтримки.

Підтримуюче консультування та терапія, центрована на сьогоднішні

Підтримуюче консультування – це нетравмофокусований підхід, що зосереджується на аспектах поточної життєвої ситуації особистості з метою розгляду та вирішення поточних питань або проблем. При ПТСР підтримуюче консультування усуває проблеми, що виникають у зв'язку з посттравматичною психопатологією, а також – у зв'язку з іншими обставинами життя. Воно спрямоване на покращення розуміння ситуації та на самодопомогу шляхом застосування практичного вирішення проблем і копінг-стратегій. Рівень терапевта, спрямовування та надання порад при підтримуючому консультуванні варіюється. Один із напрямків підтримуючого консультування – це терапія, центрована на сьогоднішні.

Альтернативні підходи

Кілька нових методів лікування ПТСР сприяли значно швидшому проведенню терапії ніж стандартні процедури, хоча належним чином контрольовані дослідження, як правило, відсутні на цей момент. Вони іноді всі разом відомі як «силова терапія». Найбільш відомі з них – методи волі емоцій (EFT). EFT вимагає від клієнта зосередитися на травматичній пам'яті, коли терапевт (або пацієнт) злегка торкається різних традиційних

акупунктурних точок меридіана на обличчі, верхній частині тулуба й на руках. Базове для EFT припущення, що емоційні розлади, пов'язані з травмуючими подіями, – причини порушень в організмі енергетичного поля (система меридіанів), які можна відновити за допомогою цієї техніки. Інші супутні підходи включають терапію поля мислення, візуально-кінестетичну дисоціацію та скорочення травматичного інциденту. Ще один альтернативний підхід – метод рахунку, розроблений Ochberg. Цей метод передбачає, що терапевт рахує вголос від 1 до 100, у той час як пацієнт проходить через травматичні переживання від початку до кінця подумки. Сам рахунок вважається засобом допомоги хворому не відхилятися від травматичної пам'яті та перешкоджає розриву.

Феліс Джака (Felice N. Jaska Ph.D.), президент Міжнародного товариства досліджень в області харчової психіатрії, виявила (1) та в рандомізованих дослідженнях підтвердила (2) вплив продуктів харчування на психіку людей значно більшим чином, чим це уявлялось раніше (2010, 2015, 2019).

Харчові антидепресанти

Рослинні продукти: зелень кульбаби, шпинат, капуста, кінза, гірчиця, базилік, червонокачанна капуста, грейпфрут, бурякова гичка, латук, буряк, барбадоська вишня, ріпа, брюссельська капуста, гарбуз, папая, болгарський перець, петрушка, броколі, водяний крес, кольрабі, цвітна капуста, мускатний гарбуз, салатний цикорій.

Інші продукти тваринного походження: сайда, лосось, зубатка, омари, сьомга, субпродукти, краб, золотистий окунь, устриці, молюски, равлики, тунець, макрель, оселедець, райдужна форель, восьминіг, козлятина, печінка, пташині потрухи, рибна ікра, мідії, ему.

Які харчові добавки допомагають при депресії?

Це:

- S-аденозилметіонін;
- Метафолін (Левомефолієва кислота);
- Вітамін D;
- Креатин;
- Фолінова кислота;
- Комбінації амінокислот.

Найкраще зарекомендували себе: поліненасичені жирні кислоти Омега-3.

Вони не тільки покращують емоційний стан, а й ефективні в лікуванні монополярної депресії та біполярного розладу. Причому ейкозапентаєнова кислота (ЕПК) зарекомендувала себе краще ніж докозагексаєнова (ДГК).

Хороший сон

1; 2: деякі продукти, за наявними даними, сприяють спокійному сну та забування кошмарів, зокрема це – ківі, багаті «гормоном гарного настрою» – серотоніном, і вишневий сік.

Швидкому та міцному засипанню допомагає середземноморська дієта, в якій багато фруктів, овочів, плодів і горіхів.

Знеболювальні препарати при емоційному болю

Такі популярні знеболювальні препарати, як парацетамол та ібупрофен, можуть допомагати не тільки при фізичному, але й при емоційному болю – про це свідчать результати дослідження, виконаного в Університеті Каліфорнії. Згідно з отриманими даними, ці препарати можуть позитивно впливати на емоційну чутливість людини.

Жінки, які отримували ібупрофен, визнали, що вони менше страждали від переживань, що спричиняли емоційний біль, в порівнянні з жінками, які отримували плацебо. Цікаво, що цей ефект відзначений лише в жінок-учасниць дослідження, а в чоловіків відмічено протилежний ефект – у них знеболюючий препарат викликав емоції. Крім того, вчені встановили, що ці препарати впливають на здатність до емпатії. Як чоловіки, так і жінки, які прийняли дозу парацетамолу, показували менший стрес, коли читали про людину, яка зазнає фізичних чи емоційних страждань. Вони також відчували менше співчуття до цієї людини.

Дарниця це наше

Будь ласка, не робіть помилок

«ЗЕПАМ» (BZD) – це препарат, гордість радянської фарміндустрії, який не пройшов жодного якісного клінічного випробування. Проте було надзвичайно багато доклінічних досліджень на щурах. Найбільш цитоване дослідження щодо гідазепаму та його молодшому брату – феназепаму – має назву: «Discriminative effects of phenazepam and gidazepam in rats: comparison with other GABA-related drugs». Там пишуть, що пацюкам сподобалось.

Застереження з приводу медикаментів при постстресових розладах:

- Бензодіазепіни – синдром відміни, синдром психотравмуючого рикошету, відтермінованої ініціації ПТСР, залежність, висока ймовірність депресивних розладів;
- Нейролептики – неможливість когнітивного опрацювання травми, нейролептичне когнітивне зниження, серцеві проблеми;
- Зопіклони – неможливість опрацювання травми, проблеми формування нової пам'яті, негативний вплив на когнітивну сферу, залежність;
- Антидепресанти старого покоління (ТСА, ІМАО) – надмірна седація, кардіотоксичність, збільшення маси тіла.

Додаткові ресурси:



Додаткові матеріали щодо тем медичної психології, психотерапії, психіатрії та поради пацієнтам – за лінком:

<http://surl.li/btpbl>

Ми працюємо тут, наші контакти:

Кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії
 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
 Клінічна лікарня на залізничному транспорті № 1,
 вул. Михайла Коцюбинського, буд. 8-а, м. Київ.

Дякую за те, що слухали. Гарних і теплих вам думок, бережіть себе та будьте здорові!