

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ОСІБ З ГОСТРИМИ РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ

Проф. Б. В. МИХАЙЛОВ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Подано сучасні дані про психогенні розлади, які спостерігаються під час і відразу після надзвичайних ситуацій. Виділено чотири групи таких розладів: непатологічні (фізіологічні) і патологічні реакції, невротичні і реактивні психотичні стани. У віддаленому періоді у потерпілих внаслідок надзвичайних ситуацій розвиваються порушення психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів або хронічних змін особистості через перенесену катастрофу.

Ключові слова: екстрена медико-психологічна допомога, психотерапія, реакція на стрес, невротичні стани, психотичні стани.

Останнім часом в Україні зростає кількість осіб, які потребують екстреної медико-психологічної допомоги. Це пов'язано з наявністю значних контингентів безпосередніх учасників воєнних дій в зоні АТО, свідків цих подій і постраждалих серед мирного населення, тимчасово переміщених осіб.

Психогенні розлади при соціальних заворушеннях, стихійних лихах, масових катастрофах займають особливе місце у зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великої кількості людей. Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, які виявляються, а також проведення всіх можливих (у конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальних заходів.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Надзвичайна ситуація (НС) — обстановка на певній території (акваторії, об'єкті), що склалася в результаті певних подій (соціального заворушення, в тому числі воєнних дій, природної або техногенної катастрофи, іншого лиха), які можуть спричинити (або спричинили) людські жертви, завдати шкоди здоров'ю людей, навколишньому природному середовищу, значні матеріальні збитки та порушення умов життєдіяльності людей.

НС соціального характеру: війни, військові зіткнення, економічні кризи, терористичні (диверсійні) акти, локальні і регіональні конфлікти, масові заворушення тощо.

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

НС природного характеру: гідрометеорологічні, гідрогеоморфологічні та інші явища.

ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Психопатологічні розлади в НС мають багато спільного з клінічними порушеннями, що розвиваються за звичайних умов. Однак є і суттєві від-

мінності: по-перше, внаслідок чисельності раптово діючих психотравмуючих чинників у НС психічні розлади одночасно виникають у великої кількості людей, по-друге, клінічна картина в цих випадках не має суворо індивідуального, як при звичайних психотравмуючих обставинах, характеру і зводиться до невеликого числа досить типових проявів.

За умов НС психічні розлади виявляються в широкому діапазоні: від стану дезадаптації і невротичних реакцій до реактивних психозів. Їхня тяжкість залежить від багатьох факторів: віку, статі, рівня попередньої соціальної адаптації, індивідуальних характерологічних особливостей, а також додаткових обтяжливих чинників на момент катастрофи.

Психогенний вплив екстремальних умов складається не тільки з прямої, безпосередньої загрози для життя людини, але й опосередкованої, пов'язаної з її очікуванням. Психічні реакції при різних екстремальних ситуаціях не мають певного специфічного характеру, притаманного лише конкретній екстремальній ситуації. Це скоріше універсальні реакції на небезпеку, а їхня частота і глибина визначаються раптовістю й інтенсивністю екстремальної ситуації.

Визначальну роль у виникненні розладів психіки і поведінки відіграють характер і сила психічної травми, з одного боку, і конституціональні особливості та преморбідний стан осіб — з іншого. При цьому психопатологічні розлади характеризуються досить типовими проявами.

Психогенні розлади, які спостерігаються під час і безпосередньо після НС, об'єднують у чотири групи — непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психози. У віддаленому періоді внаслідок НС у постраждалих розвиваються порушення психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів або хронічних змін особистості через перенесену катастрофу [1–3].

1. Непатологічні (фізіологічні) реакції характеризуються переважанням емоційної напруженості, психомоторних, психовегетативних,

гіпотимічних проявів. Типовими для людини, що опинилася в катастрофічній ситуації, є почуття тривоги, страху, пригніченості, занепокоєння за долю рідних і близьких, прагнення з'ясувати справжні розміри катастрофи. Зазвичай зберігаються працездатність (хоча вона і знижена), можливість спілкування з оточуючими і критичний аналіз своєї поведінки, здатність до цілеспрямованої діяльності. Такі реакції також позначаються як стан стресу, психічної напруженості, афективні реакції і т. д.

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) такі реакції визначаються за діагностичною рубрикою Z65.5 (переживання стихійного лиха, бойових дій та інших подібних обставин) [4].

2. Психогенні патологічні реакції відзначаються невротичним рівнем розладів у вигляді астенічного, депресивного синдромів із дисоціативно-конверсійними та іншими включеннями. Загальною характеристикою є гостре виникнення, зниження критичної оцінки того, що відбувається, і можливостей цілеспрямованої діяльності.

Безпосередньо після гострого стресового впливу, коли з'являються ознаки небезпеки, у людей виникають розгубленість, нерозуміння того, що відбувається. За цим коротким періодом при простій реакції страху спостерігається помірне підвищення активності. Порушення мови обмежуються прискоренням її темпу, запинаннями, голос людини стає неадекватно гучним. Відзначається мобілізація волі. Мнестичні порушення в цей період виражені зниженням фіксації навколишнього, нечіткими спогадами про те, що відбувається навкруги, однак у повному обсязі запам'ятовуються власні дії і переживання. Характерною є зміна відчуття часу, перебіг якого сповільнюється, і тривалість гострого періоду здається збільшеною в кілька разів. При складних реакціях страху в першу чергу відзначаються більш виражені рухові розлади за гіпер- або гіподинамічним варіантом. При спробі надати постраждалим допомогу вони або пасивно підкоряються, або стають негативістичними. Мовна продукція уривчаста, обмежується вигуками, в ряді випадків наявна афонія. Спогади про подію та свою поведінку у постраждалих у цей період недиференційовані, сумарні.

Поряд із власне психопатологічною симптоматикою нерідко спостерігаються соматовегетативні кореляти — нудота, запаморочення, прискорене сечовипускання, остудоподібний тремор, непритомність. Сприйняття простору змінюється, спотворюються відстані між предметами, їх розмірами і формами. Часом навколишнє уявляється «нереальним», причому це відчуття зберігається протягом кількох годин після дії. Тривалими можуть бути і кінестетичні ілюзії.

При простій і складній реакціях страху свідомість звужена, хоча в більшості випадків зберігаються доступність зовнішніх впливів, вибірковість поведінки та можливість самостійно знаходити вихід зі скрутного стану.

Найбільш характерними є три феномени:

1) суб'єктивне почуття звуження часу, коли все сприймається як «тут і зараз», а минулого і майбутнього немає;

2) уявлення про відсутність ресурсів для виходу із ситуації;

3) переживання загрози на рівні змісту цінностей.

При пом'якшенні або зникненні стресової ситуації симптоми слабшають протягом 8 год, а при збереженні стресу — 48–72 год.

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

3. Психогенні невротичні стани. Невротичні розлади, які характеризуються ускладненням, у ряді випадків — утратою критичного розуміння того, що відбувається, і можливостей цілеспрямованої діяльності. Важливою особливістю невротичних розладів є збереження інтелекту і основних психологічних характеристик особистості, а також зворотність патологічної симптоматики. Клінічна картина формується поступово, має тривалий характер. У пацієнтів повністю зберігається критичне ставлення до навколишнього світу і свого захворювання. За МКХ-10 ці стани ідентифікуються у межах діагностичного кластера F40 (невротичні, пов'язані із стресом і соматоформні розлади).

Дисоціативний (конверсійний) розлад (F44) найчастіше розвивається внаслідок гострої психогенії. У клінічній картині виділяють три головних симптомокомплекси: рухові, сенсорні та вегетативні порушення. Рухові розлади представлені досить різноманітними гіперкінезами: грубий ритмічний тремор голови та кінцівок, тики, хорееформні посіпування, блефароспазм, глосолабільний спазм та ін. Гіперкінези корелюють з емоційним станом потерпілих, поєднуються з іншими істероїдними симптомами. Акінезії спостерігаються у вигляді істеричного парезу та паралічу, їхній перебіг відбувається за типом моно-, парапарезу, рідко — геміпарезу та плегії. Вони можуть імітувати центральні спастичні та периферичні м'язові паралічі. Класичними є порушення ходи — абазія або неможливість стояти — астазія. При цьому тонус м'язів, сила та об'єм рухів у кінцівках людини зберігаються в положенні лежачи. Відносно рідко спостерігаються втрата голосу — афонія, параліч язика, м'язів шиї, кінцівок, істеричні контрактири. Локалізація істеричних паралічів не збігається з топографією нервів, не буває патологічних рефлексів. Одним із характерних істеричних проявів є напади.

Сенсорні порушення найчастіше виявляються у вигляді розладів чутливості та больового синдрому: гіпер- і гіпоанестезії, алгії. Як і при рухових порушеннях, немає анатомо-топографічної відповідності.

Фобічний розлад (F40.1–40.2) формується рідше і дещо пізніше. Характеризується розвитком відчуття страху із чіткою фабулою за наявності достатньої критики. На тлі гострих нападів страху

критична основа може втрачатися, і потерпілі вважають небезпеку реальною. Фобічний невроз у «чистому» вигляді, без obsесивного компонента вирізняється пасивним характером реагування.

Obsесивно-компульсивний розлад (F42) формується рідше і є дещо віддаленим у часі. Характеризується нав'язливими ідеями, страхами (фобіями), рахунком, мудруванням («розумовою жуйкою»), спогадами забутих імен, термінів, дат, формулювань тощо, які іноді переходять у нав'язливі дії, тобто такі, що здійснюються проти бажання або при повному усвідомленні їх безглуздості, незважаючи на всі докладені зусилля, щоб утриматися від них.

Розлади адаптації (F43.2) формуються, коли психогенний чинник має підгострий, але пролонгований характер. У клінічній структурі переважає депресивний синдром на астенічному тлі. Депресія не має вітального характеру, її прояв ситуаційно залежний. Туга неглибока, не буває брадикінезії (загальне сповільнення рухів), слабо виражені сомато-вегетативні стигми. Добова динаміка зворотна порівняно з ендогенною депресією (стан погіршується у вечірні години). Характерні дифузні іпохондричні та астенічні скарги, сльозливість, порушення сну із частим прокиданням. У ці проміжки з'являється тривога, виникають серцебиття, страхи, побоювання за своє життя або суїцидальні думки з тенденцією до їх реалізації.

4. Реактивні психози. Серед таких психозів у ситуації масових катастроф найчастіше спостерігаються афективно-шокові і депресивні реакції, дисоціативно-конверсійні розлади психотичного рівня.

Афективно-шокові реакції виникають при раптовому зворушенні із загрозою для життя, вони завжди нетривалі — від 15–20 хв до кількох годин або діб. Клінічно ці реакції виявляються у двох формах: гіперкінетичній і гіпокінетичній.

Гіперкінетична форма (реактивне психогенне збудження): дисоціативна fuga (F44.1) — раптове хаотичне, безглузде рухове занепокоєння. Потерпілий кидається, кричить, благає про допомогу, іноді намагається бігти без будь-якої мети, нерідко в бік нової небезпеки. Така поведінка спостерігається на тлі психогенного сутінкового розладу свідомості з порушенням орієнтування і подальшою амнезією.

Гіпокінетична форма (реактивний психогенний ступор): дисоціативний ступор (F44.2) — раптове знерухомлення. Незважаючи на смертельну небезпеку, людина застигає, не може зробити жодного руху, не в силах вимовити ні слова (мутизм). Реактивний ступор зазвичай триває від кількох хвилин до кількох годин. У тяжких випадках цей стан затягується, настає виражена атонія або напруженість м'язів. Пацієнти лежать в ембріональній позі або витягнувшись на спині, не приймають їжу. Очі широко розкриті, міміка відображає або переляк, або безвихідний відчай. При згадці про психотравмуючу ситуацію потерпілі бліднуть або червоніють, покриваються потом, у них

відзначається прискорене серцебиття (вегетативні симптоми реактивного ступору). Затьмарення свідомості при реактивному ступорі обумовлює подальшу амнезію.

Психомоторна загальмованість може не досягати ступеня ступору, у цих випадках пацієнти доступні для контакту, хоча відповідають коротко, із затримкою, розтягуючи слова. Моторика скута, рухи уповільнені. Свідомість пацієнта звужена або він приголомшений. Іноді картина гострого психогенного ступору супроводжується вираженим страхом: міміка, жестикуляція виражають жах, відчай, розгубленість.

У рідкісних випадках у відповідь на раптові сильні психотравмуючі дії настає так званий емоційний параліч: тривала апатія з байдужим ставленням до загрозової ситуації та індіферентна реєстрація того, що відбувається навколо.

Депресивні психогенні реакції (реактивна депресія). У цьому стані пацієнти пригнічені, сумні, сльозливі, ходять згорбившись, сидять у згорбленій позі з опущеною на груди головою або лежать, підібгавши ноги. Ідеї самозвинувачення бувають не завжди, але зазвичай переживання концентруються навколо обставин, пов'язаних із психічною травмою. Думки про неприємний випадок невідступні, деталізуються, часто стають надцінними, часом досягають ступеня марення. Психомоторна загальмованість іноді переростає у депресивний ступор; хворі весь час лежать або сидять згорбившись, обличчя застигле, з виразом глибокої туги або безвихідного розпачу, вони безініціативні, не можуть обслужити себе, навколишнє не привертає їхньої уваги, складні питання не осмислюються.

Реактивна депресія іноді поєднується з окремими істеричними розладами, а також явищами дереалізації, деперсоналізації, сенестопатично-іпохондричними розладами, маренням. Інколи стан пацієнта виглядає депресивним раптусом.

Від ендогенних реактивних депресій відрізняються тим, що їх початок збігається з психічною травмою. Психотравмуючі переживання позначаються в клінічній картині депресії, після вирішення тяжкої ситуації або протягом деякого часу реактивна депресія зникає.

У разі коли депресія має відчутну позитивну динаміку, ці стани слід визначати за МКХ-10 як F43.2 (розлади адаптації), якщо ж динаміка має прогресуючий характер, вона набуває ознаки так званої «ендореактивної депресії» за О. Б. Смулевичем і має рубрикуватися як F33 (рекурентний депресивний розлад).

Дисоціативно-конверсійні реакції психотичного рівня характеризуються наявністю вираженої симптоматики і виявляються певною кількістю клінічних картин, які можуть переходити одна в іншу. Вони можуть спостерігатися у формі істеричних порушень свідомості, які описані під назвою «синдром Ганзера», і близького до нього стану — псевдодеменції, а також пуерилізму і реактивного ступору.

Ганзеровський синдром (F44.90 (дисоціативні розлади, не класифіковані)) характеризується істеричним присмерковим розладом свідомості, під час якого хворі дають безглузді відповіді на найпростіші запитання, виявляють нездатність виконувати найпростіші дії, не розуміють призначення повсякденних предметів. Привертає увагу той факт, що безглузді відповіді пацієнтів зазвичай лежать у площині поставленого запитання. Вони безцільно топчуться, здійснюють неправильні вчинки. Стан перебігає гостро і закінчується протягом кількох днів.

Псевдодеменція (F44.9) відрізняється від ганзеровського синдрому меншою вираженістю порушень свідомості. Потерпілі дають також неправильні відповіді на прості запитання. Поміляючись при простих діях, вони несподівано можуть упоратися зі складним завданням. Вираз обличчя дурнуватої, пацієнти витріщають очі, часом сміються, проте афект частіше депресивний. Іноді у них розвиваються стани тривоги. Псевдодеменція може перебігати гостро і закінчуватися за кілька днів, але іноді триває місяцями.

Пуерилізм (F44.9). Клінічна картина відрізняється вираженими рисами дитячості в поведінці, миміці й мові, характері суджень і емоційних реакцій. Хворі починають гратися з іграшками, роблять кораблики, вередують, плачуть, називають себе дитячими іменами. При виконанні елементарних завдань помиляються, як і хворі з псевдодеменцією. У порівнянні з псевдодеменцією пуерилізм має тенденцію до більш тривалого перебігу.

Психогенний ступор — дисоціативний ступор (F44.2), якому може передувати один з описаних раніше реактивних станів. Виражається повною знерухомленістю хворих і мутизмом. На обличчі пацієнтів зазвичай вираз страху, вони відмовляються від їжі, бувають неохайні. У них спостерігаються тахікардія, підвищена пітливість. Ця форма реактивного стану розвивається поступово, має тенденцію до затяжного перебігу.

Особливістю усіх дисоціативно-конверсійних реакцій є їхня здатність переходити з однієї форми в іншу, а також схильність до повного зворотного розвитку [5].

ВІДКЛАДЕНІ У ЧАСІ РОЗЛАДИ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ НЕВРОТИЧНО-ОСОБИСТІСНОГО РЕГІСТРУ

Посттравматичні стресові розлади (F43.1) — відкладені і затяжні реакції на стресову подію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, після латентного періоду від кількох тижнів до кількох місяців. Типові ознаки включають епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценцій), снів чи кошмарів, що виникають на тлі хронічного почуття заціпеніння й емоційної притупленості, відчуження від інших людей, відсутності реакції на навколишнє, ангедонії, ухилення від діяльності та ситуацій, що нагадують про травму [6].

Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F62.0). Більш пролонговані стійкі зміни психіки і поведінки можуть виявлятися хронічною зміною особистості, яка виникає внаслідок стресу катастрофи і спостерігається протягом двох і більше років. Такі стани характеризуються наявністю ригідних і дезадаптуючих ознак, які призводять до порушень у міжособистісному, соціальному і професійному функціонуванні, а саме: вороже або недовірливе ставлення до світу, соціальна відгородженість, відчуття спустошеності й безнадійності, хронічне почуття хвилювання, постійної загрози, існування «на межі», відчуженість.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ НАДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ У НАДЗВИЧАЙНІЙ СИТУАЦІЇ

При всіх розладах психіки і поведінки насамперед за можливості слід усунути контакт особи з причиною захворювання — психотравмуючою ситуацією. Афективно-шокові реакції через короткий час зазвичай або закінчуються, або переходять в інший реактивний стан, перш ніж потерпілий потрапляє до лікаря. При реактивних розладах психічного рівня — депресіях, параноїдах, галюцинозах, дисоціативно-конверсійних розладах — потерпілим необхідна госпіталізація. Комплексне лікування реактивних психозів проводиться із застосуванням нейролептиків у поєднанні з антидепресантами і транквілізаторами. При ажитації, тривозі в структурі депресії рекомендується комбінована терапія антидепресантами (призначають у першій половині дня) і нейролептиками (призначають у другій половині дня). Якщо реактивні депресії неглибокі, то можливе амбулаторне лікування.

При розладах адаптації та багатьох невротичних розладах метою медико-психологічних втручань є профілактика (вторинна і третинна) психічної дезадаптації, психічних і психосоматичних захворювань. У цих випадках поряд з усуненням додаткових травмуючих впливів мають використовуватися психокорекція, когнітивно-поведінкова та інші види психотерапії. За спеціальними показаннями призначаються препарати групи адаптогенів і ноотропів, які мають патогенетичну лікувально-профілактичну дію, а також транквілізатори і психостимулятори. Для того щоб людина вийшла з пасивної ролі жертви, необхідно відновити у неї почуття власної активності, контролю над ситуацією. Завданням психотерапевтичної допомоги є підтримка, опрацювання травмуючого матеріалу, переоцінка кризової ситуації, зміна світосприйняття, підвищення самооцінки, вироблення реалістичної перспективи та активної життєвої позиції. Важливо повернути постраждалому почуття компетентності за рахунок спогадів про подолання тяжких ситуацій і проектування майбутнього, в якому можна використовувати вдалий минулий досвід. При цьому фахівцю потрібно відстежувати у пацієнта можливі суїцидальні

тенденції і афективні реакції, розряджати агресію, переводячи її на себе.

При невротичних станах основною метою лікування є купірування тривожної напруги й страху, пристосування людини до життя і діяльності в умовах психогенії, що продовжується. Для цього використовують транквілізатори, антидепресанти з універсальною заспокійливою дією і психотерапію. Найефективнішим психотерапевтичним методом у цих випадках є когнітивна психотерапія [7–9].

ЕКСТРЕНА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ ІЗ ГОСТРИМИ РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ ПСИХОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

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

- невідкладність;
- наближеність до місця подій;
- очікування відновлення нормального стану;
- єдність і простота психологічного впливу.

Невідкладність означає, що допомогу постраждалому треба надати якомога швидше: чим більше часу мине з моменту травми, тим вища ймовірність виникнення більш глибоких і пролонгованих розладів, у тому числі й посттравматичного стресового розладу.

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

Очікування відновлення нормального стану: з особою, що перенесла стресову ситуацію, слід поводитись не як з пацієнтом, а як із здоровою людиною. Необхідно підтримати її впевненість у швидкому поверненні нормального стану.

Єдність медико-психологічного впливу означає, що або його джерелом має виступати одна особа, або процедура надання психологічної допомоги має бути уніфікованою.

Простота медико-психологічного впливу передбачає відведення потерпілого від джерела травми, надання йому їжі, відпочинку, створення безпечного оточення і можливості бути вислуханим.

У цілому служба екстреної медико-психологічної допомоги виконує такі базові функції:

- практичну: безпосереднє надання швидкої медико-психологічної і першої медичної (за необхідності) допомоги населенню;
- координаційну: забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими медико-психологічними і психіатричними службами.

Екстрена медико-психологічна допомога при НС проводиться на засадах кризового втручання.

ТЕХНІКИ КРИЗОВОГО ВТРУЧАННЯ

Кризове втручання визначається як екстрена та невідкладна медико-психологічна швидка допомога, спрямована на повернення постраждалого до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативного впливу

травматичної події. Головними принципами кризового втручання є невідкладність, близькість до місця події, установка на відновлення, фокус на вирішенні проблем, короткочасність і простота. Основні цілі — стабілізація стану потерпілого (купірування наростання дистресу), зняття або зменшення гострих симптомів дистресу і відновлення адаптивного незалежного функціонування.

Найважливіша мета кризової інтервенції — допомогти пацієнтові впоратися з травмою, пристосуватися до нової ситуації, повернути його до колишніх рівнів функціонування. Для її досягнення пацієнта заохочують говорити про свої переживання, виробити якийсь погляд на подію, розібратися в пов'язаних із нею почуттях і вирішити питання про те, як поводитися зі своїми проблемами.

Завдання кризового втручання: допомогти пацієнтові розповісти свою історію; дещо дистанціюватися від події, щоб зрозуміти, що сталося; висловлювати досвід; повернути пацієнта до його колишнього рівня функціонування. Розповідаючи історію травмуючого переживання, пацієнт може плакати, сміятися, кричати, шепотіти, замовкати на деякий час, згадувати про інші, не пов'язані з подією втрати, турбуватися якоюсь історією, яка здається незначною. Терапевту слід терпляче слухати і повертати пацієнта до його історії.

У процесі висловлення травмуючих переживань виявляються кілька феноменологічних різновидів:

- 1) люди, які захоплені емоціями, ледве говорять;
- 2) люди, які, розповідаючи про страхітливі події, не виражають ніяких емоцій взагалі;
- 3) люди, які відчувають провину за те, що пережили це лихо, тоді як інші загинули або постраждали;
- 4) люди, які відчувають провину за те, що вони бачили стали причиною катастрофи або що їм слід було зробити щось інакше, щоб когось врятувати.

Коли людину переполюють емоції, консультант повинен допомогти їй заспокоїтися, відвівши в тихе місце, запропонувавши склянку води, дозволивши їй «попереживати» деякий час, а потім постаратися допомогти їй говорити про те, що вона переживає. Посидіти з пацієнтом у тиші або дозволити йому поплакати деякий час дуже корисно, але врешті-решт важливо допомогти йому спробувати висловитися.

Пацієнтові, який перебуває у стані емоційного заціпеніння, консультант може вказати на звичайні почуття, які більшість людей могли б відчувати в подібних обставинах, і подумати разом із ним, які почуття можуть бути приховані. Але треба пам'ятати, що емоційне заціпеніння служить відведенню непереборного афекту. Важливо, щоб консультант поважав захист пацієнта і давав йому час, щоб той міг дозволити почуттям, пов'язаним із пережитим, піднятися на поверхню. Деякі жертви травми можуть здаватися благополучними в перші

дні після кризи, а потім, будучи вже в безпеці, декомпенсуватися.

Дуже часто зустрічаються люди, які відчувають провину за те, що вони вижили в трагедії, в якій інші загинули. Кризовому консультанту потрібно стежити за суїцидальністю у цих пацієнтів і допомагати їм оплакувати втрати, заохочуючи їх говорити про людей і речі, які вони втратили. Іноді буває корисним запитати людину, хотіли б його улюблені загинути, щоб вона страждала або ж була щасливою протягом подальшого життя. Це, звичайно, зміщує фокус із вини того, хто вижив, на скорботу, яка міститься під нею.

Тим, хто відчуває, що вони могли якимось чином стати причиною катастрофи або могли щось зробити, щоб врятувати когось, важливо допомогти усвідомити, наскільки потужним був противник, з яким їм довелося зіткнутися, усвідомити страх і замішання того моменту, і знову допомогти їм оплакати свої втрати. Після того як людина розповість свою історію, для неї часто буває корисним розповідати її знову і знову. Немає потреби говорити про це пацієнтам, але потрібно давати їм відчуття, що вони можуть вільно розповідати свою історію заново, не відчуваючи при цьому, що вони докучають людям одним і тим самим оповіданням. Консультант може очікувати, що з кожним викладанням розповідь буде мати нові подробиці і стримувані афект дедалі вивільнятиметься.

ДЕЯКІ ВАРІАНТИ ПРОВЕДЕННЯ КРИЗОВОГО ВТРУЧАННЯ

Екстремальні ситуації, пов'язані із загрозою для життя. За короткий час відбувається зіткнення з реальною загрозою смерті (у повсякденному житті психіка створює захист, що дає змогу сприймати смерть як щось далеке або навіть нереальне). Змінюється образ світу, дійсність уявляється наповненою фатальними випадковостями. Людина починає ділити своє життя на дві частини — до події і після неї. Виникає відчуття, що оточуючі не можуть зрозуміти її почуттів і переживань. Необхідно пам'ятати, що навіть якщо людина не піддалася фізичному насильству, вона все одно отримала колосальну психічну травму.

Допомога постраждалому включає такі дії.

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

2. Покажіть потерпілому, що навіть у зв'язку з найжахливішою подією можна зробити висновки, корисні для подальшого життя (нехай людина сама поміркує над тим досвідом, який вона здобула в ході життєвих випробувань).

3. Дайте постраждалому можливість спілкуватися з людьми, які з ним пережили трагічну ситуацію (обмін номерами телефонів учасників події тощо).

4. Не дозволяйте потерпілому грати роль «жертви», тобто використовувати трагічну подію для отримання вигоди («Я не можу нічого робити, адже я пережив такі страшні хвилини»).

Марення і галюцинації

1. Викличте бригаду швидкої психіатричної допомоги.

2. До прибуття спеціалістів стежте за тим, щоб потерпілий не нашкодив собі й оточуючим. Заберіть від нього предмети, що є потенційною небезпекою.

3. Ізолюйте потерпілого і не залишайте його на самоті.

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

Апатія може виникнути після тривалої напруженої, але безуспішної роботи; в ситуації, коли людина потерпає від серйозної невдачі, перестає бачити сенс своєї діяльності; коли близький загинув. У стані апатії людина може перебувати від кількох годин до кількох тижнів.

У такій ситуації:

1. Поговоріть із потерпілим. Поставте йому кілька простих запитань: «Як тебе звуть?»; «Як ти почувашся?»; «Хочеш їсти?» і т. д.

2. Проведіть потерпілого до місця відпочинку, допоможіть йому зручно влаштуватися (обов'язково допоможіть зняти взуття).

3. Візьміть потерпілого за руку або покладіть свою руку йому на чоло.

4. Дайте постраждалому можливість поспати або просто полежати.

5. Якщо немає можливості відпочити, то більше говоріть з потерпілим, залучайте його до будь-якої спільної діяльності (прогулятися, сходити випити чаю або кави, допомогти оточуючим, що потребують допомоги).

Ступор — одна з найсильніших захисних реакцій організму, яка настає після нервових потрясінь, коли людина витратила на виживання стільки енергії, що сил на контакт із навколишнім світом вже немає.

У такій ситуації:

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

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

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

4. Людина, перебуваючи в ступорі, може чути і бачити, тому говоріть їй на вухо тихо, повільно і чітко те, що може викликати сильні емоції (краще негативні). Необхідно будь-якими засобами домогтися реакції потерпілого, вивести його із заціпеніння.

Рухове збудження. Іноді потрясіння від критичної ситуації (вибухи, стихійні лиха) настільки сильне, що людина просто перестає розуміти, що відбувається навколо неї. Вона не в змозі визначити, де вороги, а де помічники, де небезпека,

а де порятунок. Людина втрачає здатність логічно мислити і приймати рішення, стає схожою на тварину, яка метається в клітці.

У такій ситуації:

1. Використовуйте прийом «захоплення»: перебуваючи позаду, просуньте свої руки потерпілому під пахви, притисніть його до себе і злегка перекиньте на себе.

2. Ізолюйте постраждалого від оточуючих.

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

4. Не сперечайтесь з потерпілим, не ставте запитань, у розмові уникайте фраз із часткою «не», що належать до небажаних дій («Не біжи», «Не розмахуй руками», «Не кричи»).

5. Пам'ятайте, що потерпілий може завдати шкоди собі та іншим.

Рухове збудження зазвичай триває недовго і може змінитися нервовим тремтінням, плачем, а також агресивною поведінкою.

Агресія. Агресивна поведінка — один із мимовільних способів, яким організм людини намагається знизити високу внутрішню напругу.

У такій ситуації:

1. Зведіть до мінімуму кількість оточуючих.

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

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

4. Демонструйте доброзичливість. Навіть якщо ви не згодні з постражданим, не звинувачуйте його самого, а висловлюйтеся з приводу його дій, інакше агресивна поведінка буде спрямована на вас. Не можна казати: «Що ж ти за людина!» Слід сказати: «Ти жакливо злишся, тобі хочеться все рознести вщент. Давай разом спробуємо знайти вихід із цієї ситуації».

5. Намагайтеся розрядити обстановку смішними коментарями чи діями.

Агресію можна погасити страхом покарання: якщо немає мети отримати вигоду від агресивної поведінки; якщо покарання суворе і ймовірність його здійснення велика.

Якщо не надати допомогу розлюченій людині, це призведе до небезпечних наслідків: через зниження контролю за своїми діями вона буде робити необдумані вчинки, може завдати каліцтва собі та іншим.

Страх. Панічний страх, жах можуть спонукаати до втечі, спричинити заціпеніння або, навпаки, збудження, агресивну поведінку. При цьому людина погано контролює себе, не усвідомлює, що вона робить і що відбувається навколо.

У цій ситуації:

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

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

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

4. Зробіть потерпілому легкий масаж найбільш напружених м'язів тіла.

Нервово тремтіння

1. Потрібно посилити тремтіння.

2. Візьміть потерпілого за плечі і сильно, різко потрясіть протягом 10–15 с.

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

4. Після завершення реакції необхідно дати потерпілому можливість відпочити. Бажано покласти його спати.

5. Не можна: обіймати потерпілого або притискати до себе, вкривати його чимось теплим, заспокоювати, говорити, щоб він узяв себе в руки.

Плач

1. Не залишайте постраждалого на самоті.

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

3. Застосовуйте прийоми «активного слухання» (вони допоможуть потерпілому виплеснути своє горе): періодично вимовляєте «ага», «так», кивайте головою, тобто підтверджуйте, що слухаєте і співчуваєте. Повторюйте за потерпілим уривки фраз, в яких він висловлює свої почуття; говоріть про свої почуття і почуття потерпілого.

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

5. Не ставте запитань, не давайте порад постраждалому. Ваше завдання — вислухати.

Істерика

1. Видаліть глядачів, створіть спокійну обстановку. Залишіться з потерпілим наодинці, якщо це не небезпечно для вас.

2. Несподівано зробіть дію, яка може сильно здивувати (можна дати ляпас, облити водою, з гуркотом упустити предмет, різко крикнути на потерпілого).

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

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

5. Не потурайте бажанням потерпілого.

Надання допомоги зазначеним контингентам має здійснюватися за системним принципом, включаючи первинну оцінку психічного і поведінкового статусу, розробку психокорекційної програми і її реалізацію.

Психокорекційна програма як обов'язкові компоненти має включати психотерапевтичні методи і психофармакологічні засоби. Така ступенева і комплексна тактика дає змогу якнайшвидше усунути розлади психічної сфери і попередити їх подальше прогресування.

Список літератури

1. Михайлов Б. В. Психодинамическая психотерапия. Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии / Б. В. Михайлов, М. П. Боро, Р. Краузе; под ред. Б. В. Михайлова, М. П. Боро.— Донецк: Каштан, 2009.— С. 395–422.
2. Психоневрологічні розлади у осіб, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС: клініч. посіб. / упоряд.: Б. В. Михайлов, Т. С. Міщенко, Н. П. Волошина [та ін.].— Х., 2006.— 40 с.
3. Посттравматичні стресові розлади: навч. посіб. / за заг. ред. Б. В. Михайлова / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, С. Є. Казакова [та ін.].— Х.: ХМАПО, 2013.— 224 с.
4. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца.— К.: Сфера, 2000.— 464 с.
5. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників): метод. рек.— К.: МОЗ України, 2010.— 31 с.
6. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: метод. рек. / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак, І. М. Сарвір.— Харків, 2014.— 16 с.
7. Психотерапія: учеб. для врачей-интернов высш. мед. учеб. завед. III–IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов.— Харьков: Око, 2002.— 768 с.
8. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: метод. рек. / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак, І. М. Сарвір.— Харків, 2014.— 28 с.
9. Behavioral therapy versus addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders / M. P. McGovern, C. Lambert-Harris, A. I. Alterman [et al.] // J. of Dual Diagnosis.— 2011.— № 7.— P. 207–227.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ОСТРЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ

Б. В. МИХАЙЛОВ

Представлены современные данные о психогенных расстройствах, которые наблюдаются во время и непосредственно после чрезвычайных ситуаций. Выделены четыре группы таких расстройств: непатологические (физиологические) и патологические реакции, невротические и реактивные психотические состояния. В отдаленном периоде у пострадавших вследствие чрезвычайных ситуаций развиваются нарушения психики в виде посттравматических стрессовых расстройств или хронических изменений личности из-за перенесенной катастрофы.

Ключевые слова: экстренная медико-психологическая помощь, психотерапия, реакция на стресс, невротические состояния, психотические состояния.

MEDICO-PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT OF PERSONS WITH ACUTE DISORDERS OF MENTAL STATE AND BEHAVIOR

B. V. MYKHAILOV

The contemporary data about psychogenic mental disorders observed during and immediately after emergencies are presented. Four groups of such disorders, i. e. non-pathological (physiological) reactions, pathological reactions, neurotic and reactive psychotic states were distinguished. In the late period the victims of emergencies develop posttraumatic stress reactions or chronic personality disorders after catastrophic events.

Key words: urgent medical-psychological care, psychotherapy, stress reaction, neurotic states, psychotic states.

Надійшла 21.09.2015